56. évfolyam. **9. szám.** *Budapest, 1912 március 3.*

ORVOSI HETILAP

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

Török Béla: A középfülbántalmak és a labyrinthus. 157. lap.

Picker Rezső: Dolgozat a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Tanulmány az emberi ondóhólyag járatrendszeréről. 159. lap.

Baer Arthur és **Kraus Hugó:** Közlemény a „Sanatorium Wienerwald"-ból. Tapasztalataink a tüdőtuberculosisnak mesterséges pneumothoraxszal való kezeléséről. 162. lap.

Keviczky Lajos: A vörheny gyógykezelése. 165. lap.

Wein Manó: A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekkel. 166. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Wolff J.:* Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. — *J. Fischer:* Aerztliche Standespflichten und Standesfragen. — *Lapszemle. Belorvostan. Einhorn:* Az agar használata vehiculum gyanánt bélbajokban. — *Sebészet. Butzengeiger:* Az agy homloklebenyében székelt tályog. — *Gyermekorvostan. Papanagiotu:* A gyermekkori meningitis cerebrospinalis és antimeningococcus-serummal való gyógykezelése. — *Orthopaedia. M. Böhm:* Az angolkór mint a hátgerinczelgörbülés okozója. — *A. Blencke:* A kis trochanter izolált törésének ismerete. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lewandowski:* Chocolin. — *Olfert:* Enteritis follicularis. — *Lemoine:* Bronchitis. 168—170. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 170. lap.

Vegyes hirek. 170—171. lap.

Tudományos társulatok. 172—176. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A középfülbántalmak és a labyrinthus.*

Irta: ***Török Béla*** dr., egyet. magántanár.

A midőn másfél év előtt ezen themával foglalkoztam, kiindulási pontul egy kétségbeesett eset szolgált, hol az illető egyik fülén már előzőleg megsiketült volt, ép fülén pedig acut genyes középfülgyuladás után annyira megromlott a hallása, hogy csak irásban lehetett vele értekezni. Ezen súlyos hallászavar általandó szédülés és ismételt hányás kiséretében állott be s az *Alexander*-féle labyrinthitis serosa klinikai képét adta. Gondosan áttanulmányozván a labyrinthitis serosáról közölt tapasztalatokat, sehol nyomát sem találtam annak, hogy valamely medicamentosus beavatkozás kiséreltetett volna meg ezen fokozott labyrinthusbeli nyomás mielőbb való megszüntetésére, csak azt hangsúlyozzák a szerzők, hogy ezen bajban az esetek egy részében a hallóképesség spontán többé-kevésbé visszatér, másokban a hallás vagy elvész, vagy erősen lefokozott marad véglegesen.

Ekkor erélyes resorptiós kúrára fogtam a beteget s hallóképessége aránylag rövid idő alatt visszatért. Ez volt a kiinduló pont, melyhez további kisérleteim sorakoztak. A következő eset, mely észlelésem alá került, szintén acut genyes folyamat után beállott súlyos nagyothallás képét tárta elénk, mely hallás-zavar a functionalis vizsgálat során a hangfelfogó készülék bántalmazottságára engedett következtetni. Az anamnesisben azonban nem találtunk támpontot arra, hogy a hallászavar vestibularis tünetek kiséretében következett volna be.

Az előbb tapasztalt jó siker után, labyrinthaer nagyothallás tünetei mutatkozván, itt is megkiséreltem a resorptiós kúrát. S az eredmény frappáns volt. Ez vezetett azután azon gondolatra, hogy a labyrinthitis serosa talán enyhébb formájában bekövetkezhetik a markáns vestibularis tünetek nélkül is, hol csak a sokkalta érzékenyebb csigabeli végapparátust éri sérülés.

Ezen az alapon tértem át kisérleteimmel többi között a catarrhalis folyamatokra.

Azért tartottam szükségesnek ezt felemlíteni, mert *Rejtő* dr. a mult szakosztályi ülésen tartott előadásában[1] teljesen figyelmen kívül hagyta, hogy a labyrinthitis serosa klinikai képe alatt ismeretes bántalom kapcsán kivántam elsősorban reámutatni arra, hogy ilyen esetben nem kell tétlenül várnunk az esetleg bekövetkezhető spontán javulásra, hanem erélyes resorptióval elősegíthetjük a labyrinthusnak a fokozott nyomás alól való felszabadulását, mely minél tovább áll fenn, annál nagyobb veszedelmet rejt természetesen magában a végapparatus functioképességének épségére.

A mi a genyes gyuladások során beállott folyamatokat illeti, csak annak a nézetemnek adtam kifejezést, hogy labyrinthitis serosa bekövetkezhetik az eredetileg *Alexander* által a klinikai képben hangsúlyozott vestibularis tünetcsoport nélkül is, a mit különben *Herzog*-nak kórboncztani vizsgálatai is igazolnak.

A mi már most a catarrhalis folyamatokat illeti, elvitázhatatlan, hogy számos esetben találkozunk olyan hurutos középfülbántalommal, hol a functionalis vizsgálat a hangfelfogó készülék bántalmazottságára mutat, és pedig nemcsak régi bajokban, hanem sokszor acut, néhány hetes catarrhusok mellett is.

Egy rendkívül érdekes esetet kivánok itt felemlíteni, melyet tavaly volt alkalmam észlelhetni.

Fiatal leány jelentkezett az ambulantiámon azzal, hogy hallása egy hó óta nátha után megromlott. A vizsgálat során

* Előadva az otolog. szakosztály 1912 febr. 23.-i ülésén.

[1] A hurut okozta középfül-elváltozásokról Orvosi Hetilap, 1912, 6. szám.

orrgarathurut, a dobhártya retractiója volt konstatálható, a hangvilla vizsgálat alkalmával a Weber a beteg oldal felé lateralizált, Rinne —, a mély hangok erősen lefokozva, a magasak kevésbé. Hallás súgott beszédre $^1/_2$ m. Befúvás után a hallás 3—4 méterre javult. Tehát tiszta képe az acut tuba- és középfül-hurutnak.

A leány rendesen bejárt kezelésre, míg a harmadik héten azon panaszszal állott elő, hogy újabban a befúvások után nem tapasztal javulást és hallása feltünően megtompult.

A vizsgálat már most kideritette, hogy a Weber, mely azelőtt a beteg oldal felé terelődött, éppen ellenkezőleg az ép oldal felé hangzik, a csontvezetés, mely azelőtt 13—14" volt, leszállott 7"-re, a magas hangok perceptiója erősen lefokozódott 10—12-ről 5"-re, a mélyeket egyáltalán nem hallja, már mint a vizsgálatkor használt megpengetésre. Hallás 20 cm., befúvásra absolute nem javul.

8 pilocarpin-injectióra a hallás 6 m.-re javult és ezen állapotban meg is maradt, a míg a beteget látni alkalmunk volt.

Ha már most közelebbről analyzáljuk ezen esetet, azt látjuk, hogy közönséges középfül- és tuba-catarrhus során, melyben a functionalis vizsgálat a hangvezető készülékben székelő hallás-zavar képét adta, rövid időn belül olyan elváltozások állanak be, melyek az eleinte középfülkezelésre javuló hallóképességnek a kezdetleges állapothoz képest is jelentékenynek mondható romlására vezetett. A functionalis vizsgálat pedig egyidejűleg olyan irányban mutat eltéréseket, melyek nem a hangvezetésben bekövetkezett nagyobbodó akadályra, hanem a hangfelfogó képesség csökkenésére engednek következtetést vonni. Tehát olyan elváltozásokat kell feltételeznünk, melyek az idegvégapparatus functioképességét bénítják.

S ha továbbá azt látjuk, hogy ezen súlyos hallás-zavar resorptiós therapiára napokon belül a normalisra tér vissza, nem marad más hátra, mint odakonkludálnunk — a pilocarpinkúrának mást, mint folyadékelvonó hatást nem tudhatván be —, hogy a labyrinthus-folyadékból vontunk el, mely elvonás hatott jótékonyan az idegvégkészülék működő képességére. Ha pedig a labyrinthusfolyadék elvonása, tehát az endolabyrinthalis nyomás csökkentése előnyös volt, nyilvánvaló, hogy a nyomás fokozott voltának kellett a káros hatás előidézésében szerepelnie.

Hogy egyidejűleg a dobüregnek hurutos, infiltrált nyálkahártyájára is jótékony hatással lehet a resorptio, az csak természetes, de ettől directe a hangvezetésben várhatunk csak javulást.

Teljesen elképzelhetőnek tartom, hogy az endolabyrinthalis nyomás fokozódása, a labyrinthus-folyadék megszaporodása a *Herzog* s mások kórbonczolástani vizsgálatai alapján a genyes gyuladások mellett ismeretes toxinhatás folytán következett be a jelen esetben is, mint a hogyan azt előbbi dolgozatomban kifejtettem. De talán catarrhalis folyamatokban arra kell gondolnunk s talán inkább effelé hajlanék nézetem, hogy keringési zavar létesülhet úgy a vérerekben, mint a nyirokerekben s ezen keringési zavar azon communicatio alapján, mely a dobüreg és a labyrinthus között fennáll, nyilvánvaló, visszahatással lesz a labyrinthus belsejére, aránytalanság létesülhet a labyrinthusnedvek termelésében és levezetésében. Talán a glaukomával lehetne némiképpen összehasonlítást tennünk. Itt is zárt tömlőt alkot a szemteke, melyben keringési zavarok folytán tensiofokozódás jön létre, mely a chronikus glaukomában éveken át fennáll. A nyomásfokozódás következménye, mint consecutiv folyamat, az idegvégkészüléknek progressive fokozódó sérülése.

A középfülben a resorptiós hatás folytán bekövetkező felszívódások ezen úton mindenesetre lehetnek, sőt kétségtelenül vannak is hatással a labyrinthusra a keringési viszonyok megjavulása útján.

Még egy esetről kivánok megemlékezni, melyet a közelmultban volt alkalmam észlelni s mely annyiban bir különösen érdekkel, hogy a vestibularis részéről is állottak fenn tünetek.

A beteg azzal jelentkezett, hogy egy hónap óta hallása megromlott, s e romlás annyira fokozódott, hogy a rendes beszéddel való érintkezés lehetetlenné vált részére. Ehhez még súlyos szédülés társult, úgyannyira, hogy egyedül, kiséret nélkül járni sem tudott.

Felvételkor hallása mindkét oldalt hangos conversatiós beszéd ad concham volt. Hangvillák: Weber jobbra, csontvezetés A hangvillával j. o. 7", Rinne —, A 5" C_{IV}. 9" b. o. csontv. 10", Rinne —, A 5" C_{IV}. 11".

A dobhártyák mindkét oldalt retraháltak, a tubákban átfúváskor szörtyögés hallható. Befúvásra hallása változatlan.

10 pilocarpin-injectio után hallása jobboldalt súgott beszédre 5—6 m., baloldalt 4 m., csv. j. o. 12—13", b. o. 15", Rinne mindkét oldalt +, A j. o. 28", b. o. 25", j. o. C_{IV}. 30", b. o. C_{IV}. 20". Baloldalt a dobhártya retrahált, a tuba kissé nehezebben átjárható, befúvásra hallása itt is 5—6 m.-re javul.

Tehát újból mit látunk? Objective középfülhurutnak a képét, a functionalis vizsgálat alkalmával pedig oly fokát a hallás-zavarnak, melyet ez a kép absolute nem fed, mely hallás-zavar középfülkezelésre nem változik, mely hallás-zavar ezenfelül súlyos szédüléstől kisértetik. Resorptiós kezelésre a hallás napokon belül közel normalisra javul, a szédülés pedig elmarad. Igazán a legkevesebb, a mit mondhatok, képtelenség volna jelen esetben holmi dobüregbeli lerakódások felszívódására hivatkozni, sőt talán merészség volna az inactivitásos atrophiák theoriájába kalandozni.

Kétségtelen, hogy másról, mint a hurutos dobüregbántalom által indukált labyrinthusbeli elváltozásról, tensiofokozódásról, itt nem lehet beszélnünk.

S ez volt előbbeni czikkemnek tulajdonképpeni lényege, mit *Rejtő* dr. teljesen félreértett. Nem a pilocarpinkúráról van ott szó, hiszen az teljesen mellékes, vajjon a resorptiót minő segédeszközzel idézem elő, sőt még a labyrinthitis serosa is csak plausibilis magyarázata kivánt lenni annak, hogy milyen módon gondoltam ezen elváltozásnak keletkezését. A fősúlyt arra helyeztem, hogy az endolabyrinthalis nyomásnak kell valami úton-módon fokozódnia, mely azután a hallásnak romlására vezet.

Csodálatosnak tartom, hogy *Rejtő* dr. a kisérleti anyagnak kiragadja egy részét, a többit teljesen negligálja s ezen egy résznek alapján kritikát gyakorol az egész felett s e mellett véletlenségből éppen a lényeges részt hagyja ki.

Rejtő dr. a régebbi keletű eseteket nem tartja hurutoknak, csak hurutos elváltozásoknak, melyek resorbeálódnak, a mi ugyan nem sokat változtat a dolgon, ha a keringési zavarokat veszszük a tensiofokozódás okának magyarázatául.

Nehezen érthető ugyan, miért ne lehetne valakinek éveken át tartó hurutja. Éppen a dobüreg nyálkahártyája volna ez alól kivétel?

Nem szabad szem elől tévesztenünk azt sem, hogy számtalan esetben hurutra való hajlandóság mellett időszakonként kiújulhat valakinek a hurutja s a hurut utáni elváltozások, az esetleg indukált következmények fenmaradhatnak a szembetűnő hurutos tünetek lezajlása után is.

Azt mondja továbbá, hogy hurut okozta középfülelváltozások csakis úgy okozhatnak labyrinthusbántalmat, hogy a középfül functióját csökkentve, megakadályozzák az ingerek továbbjutását s ezáltal a felfogókészülék tétlenségi degeneratióját okozzák.

Hát elképzelhető, hogy egy tétlenségi degeneratio okozta hallás-zavar 8—10 napon belül resorptióra gyógyuljon vagy feltűnően javuljon? Ehhez igazán merész phantasia kell.

Dolgozat a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Tanulmány az emberi ondóhólyag járatrendszeréről.*

Picker Rezső dr.

Az emberi ondóhólyag eddig főleg csak anatomiai, szövettani és fejlődéstani kutatásoknak volt tárgya. A húgyivarszervek klinikájának szempontjából alaposan elhanyagolták, mert az urogenitalis tractus bacterium okozta megbetegedéseinek pathologiájában jelentősége teljesen háttérbe szorult a hólyagbetegségekkel, a prostata-betegségekkel és a gonorrhoea pathologiájában különösen nagy szerepet játszó *„hátulsó húgycsővel"* szemben. Az én figyelmem akkor irányult az ondóhólyag megbetegedésének gyakoriságára, mikor a húgyivarszervek bacteriumos fertőzéseivel való foglalkozásom közben teljesen megalkottam és pontosan kidolgoztam volt a magam számára az idetartozó szervek helyi kórjelzését.[1] Már a megbetegedett ondóhólyagokból nyert különböző alakú lenyomatok[2] hívták fel figyelmemet az ondóhólyag morphologiai sokféleségére.

Különböző morphologiai typusok mellett szóltak klinikai tapasztalataim is a betegség különböző tartamát, a lázas mozgalmak megjelenését illetve kimaradását, a vizelési inger beálltát stb. illetőleg. A gyakorlatomban előforduló spermatocystitis-eseteket t. i. a heveny, lázas szak lezajlása után kivétel nélkül lehetőleg naponkénti massage-zsal kezeltem és mégis hatalmas eltérések mutatkoztak a kezelés tartamában, a melyeket csak úgy tudtam magamnak megmagyarázni, ha felvettem, hogy a megbetegedett, retentiós góczokként szereplő ondóhólyagok különböző anatomiai szerkezetűek.

Nyilvánvaló tehát, hogy ez a részben kedvező, részben kedvezőtlen berendezés a lobos fertőző váladék pangására, illetőleg lefolyására, tehát a betegség gyógyulási tartamára kell, hogy befolyással legyen.

Az ondóhólyag anatomiájára vonatkozó kutatások eredményeit 1904-ig *Eberth*[3] „Die männlichen Geschlechtsorgane" című művében találjuk összegyűjtve; *Pallin*[4] munkája — az egyedüli, a mely tárgyamat, de ezt is csak tisztán descriptiv szempontból, tárgyalja — szintén nem elégített ki, mert vizsgálati anyaga kicsi, 18 eset. *Lewin* és *Bohm*[5] az utóbbi években megjelent „Zur Pathologie der Spermatocystitis gonorrhoica" című dolgozatában is vannak ugyan anatomiai adatok, ezek azonban az ondóhólyag topographiájára, illetőleg felső és alsó határuk meghatározására szorítkoznak és egy szóval sem érintik mostani tanulmányom tárgyát. Azonkívül „Helyi kórjelzésemben"[6] úgyis már nyomatékkal kifejtettem, hogy a beteg helyes elhelyezkedése esetén *bármely ondóhólyag teteje elérhető*, a mi által *Bohm* és *Lewin* adatai elvesztik jelentőségüket a klinika és a therapia szempontjából, úgy hogy csak anatomiai érdekük és értékük marad.

Különböző oldalról ért megtámadtatás után magam akartam meggyőződni arról, hogy azok az alakok, a melyeket én a váladék-lenyomatok alapján leírtam, valóban megfelelnek-e az ondóhólyagnak és nem tévedtem-e, mikor tisztán klinikai tapasztalatok alapján három főtypust különböztettem meg az ondóhólyag különböző szerkezetét illetőleg?

* Előadás a Német Urologiai Társaság III. congressusán Bécsben, 1911 szeptember 12.-én és a Budapesti kir. Orvosegyesület 1911 november 16.-án tartott ülésén 72 anatomiai készítmény bemutatásával és Röntgenképek vetítésével.

[1] *Picker*: A férfi idősült húgycsőkankójának helyi kórjelzése. Orvosi Hetilap, 1907, 7—9. sz. és 1908, Eggenberger-féle kiadás; németül O. Coblenz, Berlin, 1909.

[2] *Picker*: Tanulmány a húgyivarszervek bacteriumos fertőző betegségéről. Orvosi Hetilap, 1910, 42—45. szám, I. tábla, 3—6. ábra.

[3] *Bardeleben*: Handbuch der Anatomie des Menschen. VII. kötet, II. rész. II. fejezet. *Fischer*, Jena, 1904.

[4] Archiv für Anatomie, 1901, 135. oldal.

[5] Zeitschrift für Urologie, 1909, 1. sz.

[6] Lásd a 2. számú jegyzetet.

Munkatervemet 1910 nyarán volt szerencsém *Lenhossék* tanárnak bemutatni, a kinek érdeklődése és nagybecsű támogatása mellett a vezetése alatt álló I. számú anatomiai intézetben 1911 augusztus haváig végeztem azon vizsgálataimat, melyekről alább számolok be. Kellemes kötelességet teljesítek, mikor e helyen is hálás köszönetemet fejezem ki ezért.

Ugyancsak sok hálával tartozom *Elischer Gyula* dr. és ifj. *Liebermann Leo* dr. tanársegédeknek, kik szivesek voltak elkészíteni praeparatumaimnak bemutatott és vetített, kitünően sikerült radiogrammjait és fényképeit.

Szivesen és köszönettel emlékezem meg e helyen *Renk Ernő* szigorló orvos fáradhatatlan buzgalmáról is, ki az anatomiai praeparatumok kidolgozásában, valamint gyüjteményem elkészítésében és rendezésében igen kitartó és kiválóan ügyes munkatársam volt.

* * *

Összesen 150 páros ondóhólyagot vizsgáltam meg. Kezdetben kollargollal töltöttem meg őket, aztán a *Beck*-féle *bismuth*-pasztával dolgoztam. Az injectiós és praeparatiós eljárás technikájának körülbelül anyagom fele esett áldozatul. Végeredményben azonban így sem veszett el ez az anyag, mert mindegyik ondóhólyagon végigtanulmányoztam a telődés különböző módozatait és fogalmat kaptam ürtartalmukról maximalis sebészi teltségük esetén. 72 páros ondóhólyagot kifogástalanul sikerült kipraeparálnom, ezekről számolok be az alábbiakban.

Technikám a következő volt:

A kis medencze szerveit úgy vétettem ki a hullából, hogy azok a Douglas felett jól magasan átvágott rectumot, a hólyagot, a penist, a funiculus spermaticust a herékkel együtt tartalmazzák. A végbél meghúzásával kifeszítettem a plica Douglasi-t és kevéssel felette átmetszettem a hashártyát. A subperitonealis és gyakran igen zsíros kötőszövetet a rectum folytonos erős húzása közben könnyen lehetett tompán lefejteni a hólyag hátulsó faláról; a kékesen áttűnő ondóhólyagok most szabadon feküdtek előttem. A rectumnak a prostata csúcsáig való leválasztása sohasem okozott nehézséget. Épp így aránylag könnyen voltak leválaszthatók az ondóhólyagok is a hátulsó hólyagfalról, csak lateralis szélüknek és csúcsuknak kiszabadítása ment nehezebben, egyrészt az itt futó ér-, ideg- stb. kötegek, másrészt az esetleges erős kötőszöveti rögzítés következtében.

A prostata és az ondóhólyagok kötőszöveti tokját és az ereket a mennyire lehetett, eltakarítottam, majd a húgycsövet a prostatán alul átvágtam. Erre megnyitottam az urethra pars prostaticáját a ventralis oldal felől és az ondóhólyagok, valamint a prostata alapos kinyomása után lefogtam egy vérércsípő segítségével a colliculus seminalist. Most ferdén leköszörült kanülöket vezettem a magasan átmetszett vas deferensekbe, megerősítettem azokat és meleg vízbe tettem a praeparatumokat. Ebben töltöttem meg cm^3-ekre osztott Rekord-fecskendővel az ampullákat és ondóhólyagokat a jól felmelegített, folyékony *Beck*-pasztával. Minden esetben a maximalis teltséget igyekeztem elérni s ezen igyekvésnek esett áldozatul a vizsgálati anyagnak egy része. Igy a telődési folyamatot nagyon jól meg lehet figyelni. A kanülök eltávolítása és a vas deferensek lekötése után hideg vízbe helyeztem a készítményt, hogy pasztaszerű összeállásúvá legyen ismét a meleg által folyékonnyá tett injectiós anyag.

Az egyes járatok és diverticulumok szétválasztásakor anatomiai csipeszt használtam, a legtöbb esetben nem is volt szükségem más eszközre.

Az exprimált és lehetőleg külön-külön felfogott prostata- és ondóhólyagváladékot nativ készítményben leukocytákra vizsgáltam meg, a mit a táblázatos kimutatásba bejegyeztem.

Az ürtartalmat jelző számok a *maximalis „sebészi" teltségre* vonatkoznak, a mely folytán az ondóhólyagok a végbél felé kiemelkednek. Ugyanezt látjuk élőkben is peracut spermatocystitisek esetén, melyekben a végbél teltségérzete és gya-

kori székelési inger a beteg legnagyobb panasza. Ha ilyen eseteket rectálisan vizsgálunk, csak úgy sikerül megkerülnünk a tumort, ha ujjunkat az excavatio sacralisnak megfelelően görbítjük hátra, mert az ampulla recti ilyenkor *teljesen ki van töltve* a lobos tumor által. Ugyanavval a maximalis teltséggel állunk tehát szemben, mint a minőt a descriptiv és sebészi anatomia is alkalmaz az ínhüvelyek és izületi üregek tanulmányozása alkalmával és mint a milyenre a kórbonczolástanban a pneumoniás tüdő nyujtja a legszebb példát.

Anyagom beosztása:

A. Egyszerű, egyenes csövek (I. készítményen kettős jobb ondóhólyag)	2 példány,	3·5%
B. Vastag, spiralisan futó tömlők diverticulumok nélkül vagy kevés diverticulummal	8 „	15%
C. Vékony, spiralisan futó csövek diverticulumok nélkül vagy kevés diverticulummal	8 „	15%
D. Egyenes vagy spiralisan futó fővezeték „bogyószerű“ diverticulumokkal	19 „	33%
E. Rövid fővezeték nagy, szabálytalan, ágazatos mellékjáratokkal	19 „	33%
	56	

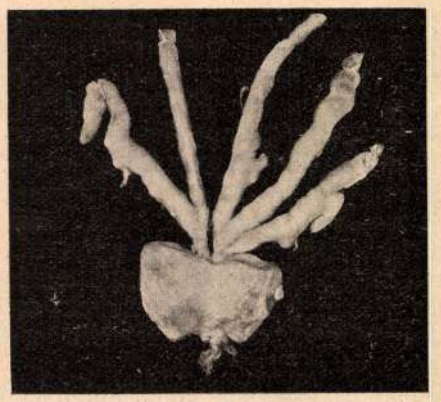
F. Varia:
I. Fejlődési rendellenességek:
(Kettős ondóhólyag *A.* csoport 1. sz. ábra)
Csökevényes ondóhólyag.
(Persistáló *Müller*-féle vezeték, *B.* XVII.)
(Az ampullára csigajáratszerű mellékággal áthajló ondóhólyag, *E.* L.)
(A ductus ejaculatorii a hátulsó prostata-falban futnak, *E.* XLIV.)
II. Kóros elváltozások: Gyuladásos, kibonthatatlan összenövések, ductus deferensek elzáródása, carcinoma vesiculae seminalis, *F.* LXVI. (11. sz. ábra)
16 példány
Összesen = 72 példány.

Pallin beosztása:

I. Ondóhólyagok gyengén kanyargós fővezetékkel.
1. Ondóhólyagok rövid, egyenlően fejlett diverticulumokkal.
2. Ondóhólyagok különböző nagyságú, részben hatalmas, többszörösen elágazódott vagy kanyargós diverticulumokkal.
II. Ondóhólyagok erősen kanyargós fővezetékkel.
A. Ondóhólyagok egyenlően fejlett diverticulumokkal:
a) 4—7 diverticulummal biró ondóhólyagok,
b) 8-nál több diverticulummal biró ondóhólyagok.
B. Ondóhólyagok, a melyek diverticulumai közül egynéhány hatalmasan fejlett, ágazatos vagy kanyargós:
a) 4—7 diverticulummal biró ondóhólyagok,
b) 8-nál több diverticulummal biró ondóhólyagok.
Összesen 18 páros és 1 páratlan ondóhólyag.

I. Ondóhólyagok.

A) *Egyszerű, egyenes csövek.* 2 példány. Anyagomnak 3·5%-át teszik. Űrtartalmuk, hosszúságuk jelentéktelen.



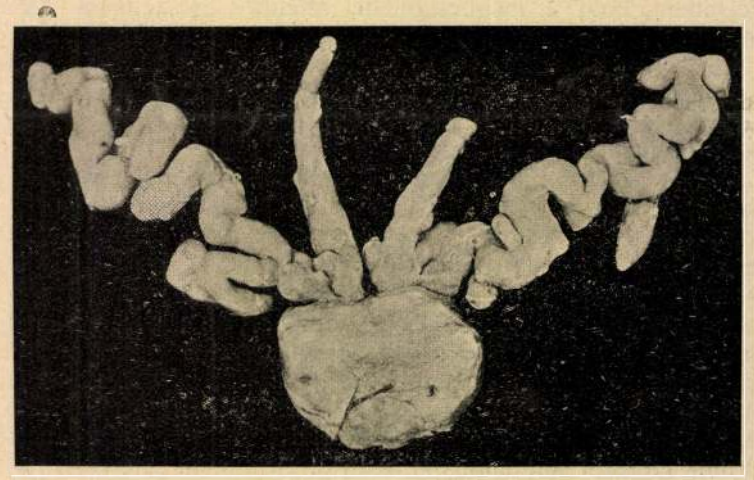
1. sz. ábra. I. készítmény. Az eredeti $^1/_2$ nagysága.

A jobb oldalon két egyenes járatot látunk, melyek kettős ondóhólyagot mutatnak. A bal oldalon a fővezeték vége kifelé hajlik; így jön létre az ondóhólyag „pásztorbot“-szerű alakja, a melyet a descriptiv bonczolástanban typusnak írnak le. Eredeti méretek: baloldali ondóhólyag 6 cm. hosszú ($2^1/_2$ cm³), jobboldali felső 6, alsó 5 cm. (összesen e két utóbbi $4^1/_2$ cm³). Megfelelnek az ondóhólyag legkezdetlegesebb fejlődési typusának, a mely úgy mutatkozik, mint a vas deferens egyszerű diverticuluma.

A klinika szempontjából nem járhat különösebb szövődményekkel az ilyen alakú ondóhólyag fertőzéses megbetegedése, mert a mindenütt egyenletesen tág, diverticulumnélküli cső nem alkalmas a lobos váladékok retentiójára.

B) *Vastag, spiralisan futó tömlők diverticulumok nélkül vagy kevés diverticulummal.* 8 példány. Anyagomnak 15%-át teszik. Jellemzi őket óriási űrtartalmuk és koloszszális hosszúságuk, milyet eddig nem említettek még a leiró

2. sz. ábra. III. készítmény. Az eredeti $^2/_5$ nagysága.



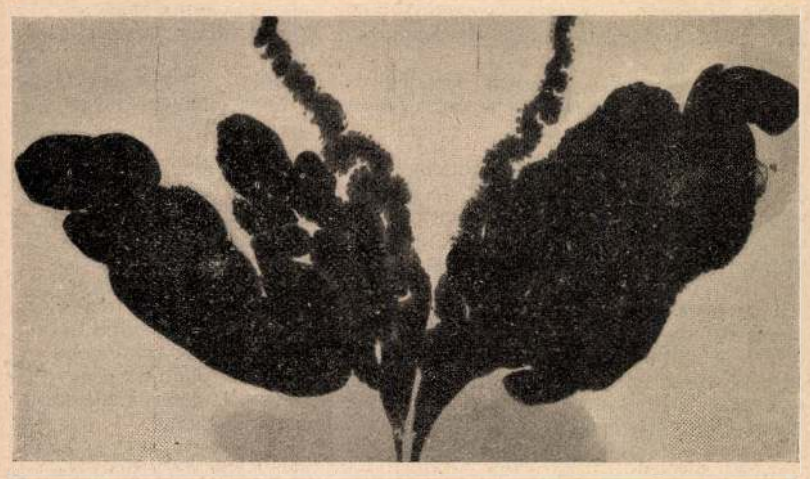
3. sz. ábra. IV. készítmény. Az eredeti $^2/_5$ nagysága.

boncztanban. A III. számú készítmény (2. sz. ábra) jobboldali ondóhólyagja 22 cm., a bal 19 cm. hosszú, mindkettő 10—10 cm³ űrtartalmú. A IV. készítmény (3. sz ábra) jobb oldala 23 cm. hosszú és $10^1/_2$ cm³ űrtartalmú, a bal 22 cm. hosszú és $11^1/_2$ cm³ űrtartalmú. A legrövidebb és legkisebb űrtartalmú e csoportban a VIII. készítmény, mindkét oldala 8—8 cm. hosszú és 4—4 cm³ űrtartalmú. A *fővezeték* csavarmenetekben fut, a kanyarulatok tengelye a rectum felé irányul, *vége felé* rendesen *vastagodik*, elhajlást vagy megtörést nem mutat. (III. és IV. számú készítmény.) Kevés diverticulum jellemzi e csoportot (0—6 darab), úgyszintén kevés basis-diverticulum (0—2 darab).

Klinikailag valószínűleg azon esetek tartoznak ide, a melyeknek acut stadiumában nagy genytömegek képződnek. Amíg a gyuladás nincs demarkálódva és a míg a geny a ductus ejaculatorius lobos megduzzadása miatt nem folyhatik le, azaz amíg „retentio“ alatt áll, a kórképet jellemzik: magas láz, egy az ampulla recti felé kiboltosuló gyuladásos tumor és erős subjectiv panaszok a hólyag és rectum részéről (vizelési és székelési inger).

Ezen viszonyokat legjobban érzékíti a IV. készítmény kibontás előtti természetes nagyságú Röntgen-képe (4. ábra)

mely szerint a megtelt ondóhólyag alkotta tojásdadalakú tumor hossza 6 cm., szélessége 3 cm.; magassága a kibontatlan készítményen legalább 3 cm. volt. Ehhez az élőben még hozzászámítandó a környező szövetek lobos duzzadása.



4. sz. ábra: a IV. készítmény Röntgen-képe kibontás előtt. Természetes nagyság.

Adott esetben akkor gondolnék erre az anatomiai berendezésre, ha az imént felsorolt tünetekhez még *ondóhólyagkólikák* is csatlakoznának, a melyek a felhamozódott lobos váladék vagy spontán kiürülésére, vagy erős massage által eszközölt kiürítésére eltűnnek egy időre, és ha a vehemens tünetekkel járó megbetegedés az ondóhólyag rendszeres kiürítése folytán *szokatlanul rövid idő alatt (2—4 hét) gyógyul meg.*

Az *ondóhólyagkólikák* leginkább gyakori vizelési ingerrel járnak, a nélkül azonban, hogy a betegek mindig tudnának vizelni; gyakran ezen görcsök közben azonban oly érzetök van, mintha váladék jutna a hátulsó húgycsőbe. Egy másik jellemző tünete ezen megbetegedésnek a *gyakori székelési inger* és a *végbél állandó teltségének érzete*, mely néha még az ülést is lehetetlenné teszi. Azáltal, hogy a postata ilyenkor szintén erősen meg van duzzadva és a hólyagfenékre is átterjed a gyuladásos duzzanat, incomplet, sőt complet vizelet-retentiók fejlődhetnek tiszta maradékvizelettel. A hólyag e mellett oly űrtartalmat mutat, a mely alig kisebb valamivel a rendesnél. A kólikák létrejöttét szépen magyarázzák anatomiailag a nagy, spiralisan futó, *izmos falú* tömlők maximalis teltségük esetén. Felfogásomnak a helyességét pedig mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a vizelési illetőleg székelési ingernek érzett ondóhólyagkólikák azonnal eltűnnek, mihelyt a geny csak egy részét (a felesleget) eltávolítom massagezsal és nem is mutatkoznak mindaddig, míg e tömlők újból teljesen meg nem teltek genynyel. Nem egy betegem volt, kinek annyira heves ilyfajta görcsei voltak, hogy morphium nagy adagjai suppositoriumban és a bőr alá fecskendezve teljesen hatástalannak bizonyultak; a görcsök 3—5—10 percznyi időközökben ismétlődtek; a bódítószer csak a velük járó fájdalmakat tompította. Csak a midőn massage útján sikerült a genyet részletekben eltávolítani, engedtek *rögtön* a görcsök eleinte 2—3, később 6—8 órára. Midőn visszatértek, eleinte órás, majd $^1/_2$ órás közökben jelentkeztek, végül mindinkább szaporábban, amíg egy újabb massage-zsal való genyürítés ismét rendet teremtett. Egy heti massage-kezelésre a görcsök legtöbbször elmaradnak és a végleges gyógyulás (bacteriummentesség) is nem egy esetben meglepő gyorsan következett be.

Egy ízben egy massage alkalmával 15 gr. genyet[7] ürítettem a betegből, a kinek a teljes gyógyulása azután 3 hét alatt következett be.

Egy ilyen súlyos megbetegedés kedvező lefolyását könnyen megmagyarázhatjuk az e csoportba tartozó ondóhólyagok anatomiai szerkezetével. Diverticulumaik nincsenek, a melyek akadályt gördítenének a kiürülés elé, a kólikák pedig egyenesen elősegítik a váladék gyors eltávozását.

Ilyen esetben azonban mindig vizsgáljunk egy 4—5. sz. *Jacques* patent-katheterrel, nincs-e a hólyagban retentio, mert az ezzel járó kellemetlenségek ráadásul igen megkeserítik a betegek amúgy sem irigylendő sorsát.

A kólikák létrejöttét mindenesetre az is megmagyarázza, hogy a *B)* csoportba tartozó ondóhólyagoknak már a makroskopos készítményen is szembeötlő, rendkívül erős izomzatuk van.

Ha valamilyen gyuladásos folyamat révén hegesen lefűződik egy kedvezőtlenebbül fekvő rész (pl. a fővezeték végének cystás tágulata vagy egy megtört nagyobb mellékjárat), vagy ha a heveny gyuladás után a járatrendszer végleges összeesését a körülötte támadt lobos izzadmány akadályozza meg, akkor a typusos fertőző megbetegedés spontán gyógyulása után empyema falsum keletkezhetik, a mely mindig praedisponál akár haematogen, akár ascendáló secundaer fertőzés megfészkelésére. Az empyema falsum még évek mulva (10—20—30 év is eltelhetik azon gonorrhoea után, mely erre a talajt előkészítette) góczpontja lehet mmindenféle saprophytás urethritisnek, valamint furcsa és megmagyarázhatatlan influenzás, rheumás és sepsises megbetegedéseknek, melyek nem egy esetben mint kryptogenetikus sepsis előbb-utóbb mindenféle szív-, izületi és vesetünetek között sírba viszik a beteget, a nélkül, hogy orvosának csak fogalma is lett volna, hogy az általa észlelt tünetek változatos egymásutánját tulajdonképpen az e szervekben *lappangó* infectio tartja fenn.

C) *Vékony, spiralisan futó csövek diverticulumok nélkül vagy kevés diverticulummal.* 8 példány. Anyagom 15%-át teszik. Ürtartalmuk 2 és 7 cm^3 között van, hosszúságuk 11 és 8 cm. között változik. E csoportnak legtypusosabb tagja a XI. számú készítmény.

5. sz. ábra. XI. készítmény. Az eredeti $^2/_5$ nagysága. A fővezetékek hossza 8—8 cm., ürtartalmuk 2—2 cm^3.

Mindkét oldal symmetrikusan fut *finom*, keskeny csavarmenetekben, végükön meghajtva nincsenek, hosszuk aránytalanul nagyobb ürtartalmuknál, diverticulumaik nincsenek.

A csoport többi tagján már látható a leíró bonczolástan által typusosnak mondott lateralis elhajlás a fővezeték végén. Egynémelyikük meglehetősen sok diverticulumot is hord.

A spermatocystitisek klinikájában eddig nem akadtam olyan kórképre, a melyet erre a specifikus anatomiai berendezésre vonatkoztathatnék. Az elméletben azonban sokkal inkább elképzelhető ily berendezés mellett valamely fertőző megbetegedés sima, spontán meggyógyulása, mint a következő csoportok bármelyikében.

A *B)* és *C)* csoportra jellemző, hogy a megtöltött ondóhólyagok kibontásakor nem akadtam durvább kötőszöveti összenövésekre és az intercanalicularis kötőszövet mindenütt könnyen volt leválasztható.

(Folytatása következik.)

[7] A III. urologiai congressuson bemutatva.

Közlemény a „Sanatorium Wienerwald"-ból.

Tapasztalataink a tüdőtuberculosisnak mesterséges pneumothoraxszal való kezeléséről.

Irta: *Baer Artúr* dr. és *Kraus Hugó* dr.

1908 óta alkalmazzuk erre való esetekben a tüdőtuberculosis gyógyításában a mesterséges pneumothoraxot. Egész sorozatunk van oly esetekből, melyeket részben *Brauer* tanár operált a mi meghívásunkra, részben pedig saját magunk. A kezelés nitrogen-befúvásokkal történt, az egyes eseteket hosszabb ideig észleltük műtét előtt és után.

Eseteink közül az alábbiakban csak azon tizenkettőre vagyunk tekintettel, a melyekben a kezelés megkezdése óta legalább is fél esztendő mult el. Az utolsó időben műtétre került eseteket nem tárgyaljuk.

Első 5 esetünket már 1910-ben közöltük (a „Wiener klin. Wochenschrift" 15. számában); azonkívül *Brauer* és *Spengler* közleményeiben is van róluk referatum (*Brauer*'s Beiträge z. Klinik der Tuberkulose. Bd. XIX. 1911).

Legelőször is előrebocsátjuk a 12 eset röviden összefoglalt történetét.

I. eset. B. K. 36 éves lovastiszt, 1904 augusztusa óta beteg. 1905 juliusában vettük fel a bal felső lebeny infiltratumával. Ekkor 3 hónapig kezeltette magát sanatoriumunkban; 1906-ban újból 6 hónapot töltött nálunk; két tuberculin-kurában is részesült. 1907 májusában a bal felső lebenyben szétesési folyamatot állapíthattuk meg. A betegség tehát többszöri szabályos és szabatos sanatoriumi kezelés és ismételt tuberculinkúra daczára is lassan előrehaladt. Minthogy betegünk nem láthatta el szolgálatát és minthogy amúgy sem várhattunk eredményt a már egyszer alkalmazott kúrák megismétlésétől, a mesterséges pneumothorax műtétét javasoltuk. A műtétet *Brauer* hajtotta végre Marburgban 1908 novemberében. Hirtelen lényeges javulás állott be, betegünk 9 hét mulva már bevonult ezredéhez és zavartalanul teljesítette nehéz lovastiszti szolgálatát. A nitrogennel való utántöltést ambulatorice mi magunk végeztük a „Sanatorium Wienerwald"-ban; semminemű szövődmény sem jelentkezett. Betegünkön most sem észlelünk tüneteket reggelenkénti csekély köpeten kivül. A tüdőcsúcsot ugyanis nem sikerült odanövése következtében teljesen összenyomni és igy nem is várhattunk egyéb eredményt. Most hagyjuk véglegesen felszívódni a pneumothoraxot, hogy a tüdő egészséges részletei újból megkezdjék a lélegzést.

II. eset. Cs, J. 36 éves hivatalnok 1908 októberében jelentkezett nálunk. 14 év óta beteg, 6 évvel ezelőtt pleuritise volt, a bacteriumlelet évek óta positiv. Néhány hónap óta magas lázai vannak, állapota rohamosan rosszabbodik; egész jobb tüdeje erősen infiltrált. $3^1/_2$ hónapi intézeti kezelésre javult a beteg subjectiv állapota, 6 kilót hizott is, az objectiv lelet azonban teljesen változatlan maradt.

A beteg kezelőorvosával, *Benedikt* magántanárral folytatott consilium eredményeképpen a pneumathorax-kezelést ajánljuk betegünknek. Az operatiót *Brauer* tanár végezte Marburgban 1909 februárjában. Kevéssel az operatio után Budapesten genyes pleuritisbe esik a beteg, a mely nagy mértékben legyengíti. Az exsudatum ismételt megpungálásával és többszöri nitrogen-utántöltéssel sikerül a beteget átsegíteni ezen a szövődményen; csak ezután fejtette ki a pneumothorax kedvező hatását. A láz leszállt, a beteg munkaképessége és életkedve újból megjött.

A legutóbbi időben influenzája támadt, magas láza volt, mely máig sem szűnt meg és egyre gyengíti. Nem lehet egyelőre biztosan megállapitani, vajjon a folyamatnak rosszabbra való fordulásáról vagy másféle szövődményről van-e szó.

III. eset. D. G. 22 éves férfibeteg. 1908-ban jelentkezett első haemoptoëja, azóta is volt többször vérzése; 1908 deczemberében vettük fel az egész bal oldal infiltratiójával, rossz közérzettel, lázzal, progrediáló folyamattal; a sanatoriumban is többször voltak erős tüdővérzései, erősen fogyott. 1909 júniusában készített nála *Brauer* tanár mesterséges pneumothoraxot; az eredmény kitünő volt, a mennyiben köpete 40–60 cm³-ről 10 cm³-re szállt le pro die, a láz leesett, súlyban gyarapodott, vérzései teljesen abbamaradtak.

Három hónapig lázmentes volt, kitünően érezte magát, baloldalt volt ugyan izzadmánya, de igen csekély (1. ábra). 1910 februárjában nitrogen-befúvással könnyen elnyomható vérzése támadt, ezután azonban az addig teljesen ép jobb alsó lebeny infiltrálódott. Kevéssel ezután zavarossá vált a baloldali exsudatum, benne tuberculosisbacillusokat mutattunk ki. Rohamos rosszabbodás és exitus.

IV. eset. F. Z. asszony, 23 éves. 1909 májusában lépett kezelésünkbe, $1^1/_2$ év óta beteg, állapota egyre rosszabbodik. Felvételkor a jobb oldal teljesen infiltrált, a középső és felső lebenyben több tyúktojásmekkoraságú caverna (2. ábra), állandó magas láz, bő köpet napi 200 cm³-ig; erős fogyás. 1909 novemberében operálta *Brauer* tanár. (3. ábra.) Az operatio után feltünően gyorsan javult a beteg állapota, hőmérseklete csaknem normalis, gyarapodik súlyban, köpete 25 cm³-re redukálódik. Deczemberben újból vannak vérzései, ezek azonban 1000 cm³ nitrogenre azonnal elállnak. 1910 januárjában kis exsudatuma támad, azóta azonban kitünően érzi magát, erősbödik, pompás színben van, élénk, teljesen egészségesnek látszik.

Egy punctio következtében támadt mellkasfali sipolya 2 hónap alatt magától gyógyul be, a nélkül, hogy legkevesebbet is rontott volna a beteg állapotán. Tisztára kivehető a beteg oldal folytonos zsugorodása és a megfelelő thorax-fél lelapulása. Köpete nincs, s nem is köhög.

A pneumothoraxot most hagyjuk felszivódni; a kétségbeejtő állapotban volt asszony nemsokára gyógyultan fogja elhagyni intézetünket.

V. eset. Ch. N. 17 éves nőbeteg. 1908 novemberében vettük fel legalább is két évre visszaterjedő bajával. A bal felső lebeny erősen beszűrődött, a jobb csúcs is gyanus; nálunk progrediál a folyamat, a bal felső lebenyben caverna képződik, a láz tartja magát, súlyban fogy, *néhány napi időközben meg-megújuló vérzései vannak.* Egy évi kezelés után 1909 novemberében *Brauer* tanár megoperálja. (4. ábra.) A köpet napi mennyisége 30—40 cm³-ről 10 cm³-re csökken, kevesbedik a tuberculosis-bacillusok száma, a hőmérséklet leesik, de a legfeltünőbb és legszembeötlőbb eredmény a vérzéseknek azonnali elmaradása volt. Azóta egyre javult a beteg állapota, 1910-ben elhagyta a sanatoriumot. *Spengler Lucius* levélben arról értesít, hogy 1911 júniusa óta beszüntette a pneumothorax-therapiát. Betegünk állapota változatlanul kitünő.

VI. eset. W. M. 23 éves asszony. 1909 óta beteg. 1910 májusában vétette fel magát a „Sanatorium Wienerwald"-ba. Az egész bal oldal beszűrődött, cavernája is van, állandóan magas láz, rengeteg bő bacterium, a jobb oldal ép. 1910 julius 9.-én mesterséges pneumothorax-műtét. Közvetlenül ezután határozott javulás, a láz leesik és elmarad, a betegnek jó a színe, két hónap alatt 6 kilót hízik. Szeptember közepén hagyta el az intézetet. Arco-ba ment, a hol egy ideig nitrogen-utókezelésben részesült, a mint ezt *Persch* egy közleményéből tudtuk meg (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, Nr. 38). Ugyanez év áprilisában „klinikailag gyógyultan" (l. c) hagyta el Arcot és visszatért hazájába, Täbrisbe. Kevéssel ezelőtt vettük ottani kezelőorvosától a szomorú hirt, hogy a beteg állapota lényegesen rosszabbra fordult és hogy az egész bal oldal felett hallhatók szörcsölő zörejek. Nyilvánvaló, hogy ebben az esetben nem tartották fenn elég hosszú ideig a pneumothoraxot.

VII. eset. G. R. 32 éves gváros. 1895 óta beteg. 1904-ben tartózkodott két hónapig sanatoriumunkban kétoldali gyenge csúcsmegbetegedésével. Javulás mutatkozott, mire a beteg foglalkozása után nézett, azzal a következménynyel, hogy állandóan rosszabbodott az állapota. 1910-ben jelentkezett újból. A jobboldali csúcs meggyógyult, a bal oldal egész terjedelmében beszűrődött, a felső lebenyben nagy cavernája van. A sputum mennyisége 150—160 cm³, állandóan magas láz, többször ismétlődő vérzés.

1910 július 9.-én mesterséges pneumothorax létesítése. A lefolyás nem volt egészen sima. Időnként magas hőmérséklet-emelkedések mutatkoztak, közbe-közbe rendkívül erős vérzések, a melyeket csak utántöltéssel lehetett csillapítani s akkor is igen magasnak kellett lennie a nyomásnak. És mégis lényeges javulás mutatkozott az állandóan folytatott kezelés mellett. A láz és a vérzések elmultak. A beteg az utolsó nyáron a sanatoriumon kivül lakott és csak ambulatorice kezeltette magát. Legutóbbi időben 6 kilót gyarapodott. Tehát ebben az esetben is jó eredményt értünk el, noha kezdetben zavarok mutatkoztak a lefolyásban. Az elért eredményt igen jónak kell mondanunk, ha tekintetbe veszszük a beteg kedvezőtlen felvételi állapotát és az életét sokszor veszélyeztető vérzéseit; minden valószínűség szerint a végleges eredmény is kedvező lesz.

VIII. eset. P. J. kisasszony, 20 éves. 1908-tól 1910-ig tartózkodott Davosban, kezdetben javult az állapota, de 1909 tavaszán átszenvedett influenzája óta ágyban való fekvés daczára is láza van; ismételten kisfokú haemoptoë. 1910 márcziusában vétette fel magát a „Sanatorium Wienerwald"-ba. Az egész bal oldal beszűrődött, fölötte egész terjedelemben nedves és száraz szörcsölő zörejek hallhatók. A beteg állandóan subfebrilis; a temperaturák ugyan visszamennek kevéssé, de sohasem egészen láztalan. 1910-ben mesterséges pneumothorax. Csakhamar igen kedvező eredmény mutatkozik, a mennyiben valamennyi tünet visszafejlődik, a sputumban nem találunk bacillust, a hőmérséklet pedig normalissá lesz.

Minthogy a beteg 1911 őszén teljesen jól érezte magát és tünetei nem voltak, elhatároztuk, hogy a pneumothoraxot nem tartjuk fenn tovább. A nitrogen lassan resorbeálódott egy kis hólyag nagyságára, de a nyomás megszüntével ismét néhány szörcsölő zörej lett hallhatóvá az alsó lebeny felett. A pneumothoraxot tehát kénytelenek voltunk fentartani, talán 1912 tavaszán szívattathatjuk fel.

IX. eset. P. K. 19 éves, felső iskolai hallgató. Egy éve beteg, néhányszor volt haemoptoëja, legutóbb magas láz mellett gyorsan infiltrálódott jobb felső lebenye. 1910 júniusában vettük fel sanatoriumunkba: a jobb felső lebeny teljesen beszűrődött, a bal alsó is beteg, de igen kis mértékben. A sanatoriumban való tartózkodása alatt progrediál a folyamat, az infiltrált jobboldali tüdőrészletek gyorsan szétesnek, többször vannak vérzései. 1911 január 9.-én mesterséges pneumothorax készítése. Ha eltekintünk a harmadik utántöltés alkalmával keletkezett kis, három hét alatt eltünő ömlenytől, síma és igen kedvező a lefolyás. A beteg a nyáron már csak ambulatoriusan részesül utókezelésben, tanul-

mányait folytatja, vizsgáit leteszi. Az operatio óta nincsenek vérzései. Most Davosban van, a compressiós therapiát folytatják rajta, állandóan jól érzi magát, a javulás egyre tart.

X. eset. L. P. 34 éves hivatalnok. 1911 májusában vettük fel. A jobb oldal egész terjedelmében beszűrődött. A jobb felső lebenyben szétesési folyamatok, a bal tüdőcsúcsban kisfokú hurut. Állandóan magas láz, mely naponként 39°-ra is felemelkedik. Pulsus 120, diazoreactio +, más szerv részéről nem mutatkozik complicatio, a köpet mennyisége 120—130 cm³, erős fogyás, nagy elesettség. A kétségbeejtő helyzetben — tekintve a bal tüdő elég jó állapotát — ultimum refugiumként a pneumothoraxtherapiát alkalmaztuk, a nélkül, hogy magunkat és a beteg hozzátartozóit reménynyel kecsegtettük volna. Június 26.-án végeztük a műtétet simán, complicatiók nélkül. A további lefolyás azonban szerfelett csodás volt. A pneumothorax completnek bizonyult, a beteg azonnal lényegesen jobban érezte magát már csak azért is, mert jóval kevesebb köpete volt; hőmérséklete ingadozott, de egészben véve alacsonyabb volt, mint a műtét előtt, sőt lázmentes napjai is voltak. *A diazo-reactio most negativvá lett.* Daczára ennek szemlátomást csökkent a beteg erőbeli állapota, noha subjective jól érezte magát. A gyengülés semmi okát sem találtuk. Július 26.-án hirtelenül óriási bélvérzés állott be, csakhamar peritonitises tünetek. Másnap megújultak a bélvérzések. Exitus július 30.-án. Ebben az esetben tehát *egy teljesen occult béltuberculosissal* állottunk szemközt; ki kell emelnünk, hogy a betegnek sohasem volt bélbántalomra utaló tünete, obstipatióit leszámítva. Nyilvánvaló, hogy ily körülmények között a pneumothoraxnak különben kedvező hatása nem menthette meg a beteget.

XI. eset. P. A. 13 éves leány. Mindig gyenge volt, kifejezetten beteg 1 év óta; noha sokat tartózkodott délvidéken, betegsége progrediált. A „Sanatorium Wienerwald"-ba való belépésekor az egész bal tüdő beszűrődött, a jobboldali ép; 6 heti sanatoriumi kezelésre sem állt be kedvező változás; állandóan volt láza, igen gyenge és étvágynélküli, kínzó köhögése van napi 40—50 cm³ köpettel. Testsúly 34 kgr.

Június 13.-án mesterséges pneumothorax készítése nagyobb nehézség nélkül. Átvilágításkor *széles összenövéseket* látunk a bal felső lebenyen. A további kezelés alatt ezek nagyobbára *oldódnak*, úgy hogy pusztán a csúcs marad oldalvást odarögzítve; a tüdő ezáltal kívülről felülről befelé és lefelé nyúlik el. A tüdő összenyomatása tehát nem teljes, épp ezért nem is szűntek meg a szörcsölő zörejek a beteg thoraxfél felett.

Azóta javult a betegnek az állapota. Temperaturái rendesek, csak néha mutatnak még csekély emelkedést. A testsúly valamennyire gyarapodik. Annyi biztos, hogy a kezelés a folyamatot további előhaladásában akadályozza, de a remélt nagy eredmény eddig még nem állt be. Gyanunk van arra, hogy egyéb occult góczok a pneumothorax eredményét és hatását kedvezőtlenül befolyásolják. Mindenesetre folytatjuk a megkezdett compressiós therapiát.

XII. eset. H. E. 25 éves kereskedő. 2 hónappal ezelőtt betegedett meg hirtelenül pneumoniás tünetekkel. A sanatoriumba való felvétele alkalmával (1911 május 23.-án) erősen infiltrált az egész jobb alsó lebeny, kisebb mértékben a jobb felső is; bő váladékképződés rengeteg bacteriummal. Más complicatio nincs. Minthogy a folyamat progrediál és a láz nem szűnik, továbbá mert a beteg gyengül és súlyban fogy, július 8.-án mesterséges pneumothoraxot készítünk. A beteg a műtétet jól tűri, különben sincs semmi akadály. Augusztus végén gyenge nitrogen-utántöltésre azonnal szűnő haemoptoë. Azóta láztalan a beteg, subjective teljesen jól van. Hízik. Az időt ágyon kívül sétálással tölti. Kis steril ömlenye van.

Az itt közölt esetek közül kettő halállal végződött, marad tehát 9 esetünk, a melyekben az operatio óta $^1/_2$—3 év telt el. A míg fennemlített munkánkban csak arról tudtunk beszámolni, hogy a kezdeti eredmények igen jók, addig most az egyes operatiók után hosszabb idő elteltével ennek a kezelésnek a végleges értékét is meg tudjuk ítélni.

A tüdőtuberculosis therapiájában a therapiás pneumothorax *indicatióit* a következőkben foglaljuk össze: Csak olyan egyoldali súlyos folyamatokban alkalmazzuk — legyenek azok akár heveny progrediáló, akár idült cavernás esetek —, a melyekben hosszas megfigyelés után meggyőződtünk arról, hogy a szokásos therapiával: a szabad levegőn való tartózkodással és segédeszközeivel, esetleg tuberculinkúrával sem tudunk eredményt felmutatni. Nem szükséges, hogy a másik tüdő teljesen ép legyen, elég ha az *Brauer* szavaival élve, „praktice egészséges".

Ezen operatiónak főkelléke azonban, a mely nélkül nem is szabad a műtétet vállalni, az, hogy *az operálandó oldalon szabad pleurarés legyen.*

A mellhártya nagyterjedelmű összenövései tehát akadályai az operatiónak. Mindig azon vagyunk, hogy minél pontosabb képet nyerjünk a mellhártya állapotáról; eszközeink: a pontosan felvett anamnesis, a szokásos klinikai eljárások és a Röntgen-átvilágítás. Mindezek daczára némely esetben mégsem jutunk biztos eredményre, úgy hogy csak a műtét dönti el, sikerül-e nitrogen-hólyagot létesíteni? A fennemlített 12 eseten kívül, a melyek mindegyikében akadály nélkül sikerült a pneumothorax létesítése, még egy esetünk van, a melyet mások operáltak, a mi kezelésünkbe pedig csak ezután lépett; ebben a pleura nagyterjedelmű összenövései miatt csak tökéletlen pneumothoraxot sikerült teremteni és ezt se lehetett megtartani, mert kis térfogata miatt nem volt therapiás értéke.

Három további esetünkben egyáltalában nem találtunk szabad pleurarést. Ez utóbbi három eset közül legtragikusabb egyik nő-betegünké. Kevéssel a mi sanatoriumunkba való felvétele előtt egy déli gyógyhelyen pleuritis exsudativa jelentkezett az erősen megtámadott oldalon; akkoriban igen könnyen lehetett volna mesterséges pneumothoraxot létesíteni, csak az exsudatumba kellett volna beleszúrni; sajnos, erre nem gondoltak. A mikor a beteg nálunk jelentkezett, nagyon is kétségesnek tartottuk, hogy sikerrel operálhatjuk meg. A beteg hozzátartozóinak a kívánságára mégis megkíséreltük a műtétet annál is inkább, mert operativ beavatkozás nélkül teljesen reménytelen volt az eset. Sajnos, igaznak bizonyultak aggályaink: az ömleny felszívódott, s a pleura 2 lemeze teljesen összenőtt. A tuberculosis rohamosan progrediált, kevéssel utóbb exitus.

Ellenjavalt a pneumothorax-kezelés természetesen akkor, ha más szervek is súlyosan betegek. *Forlanini* egy tanítványa, *da Gradi* tanitása szerint a gégetuberculosis nem contraindicatiója a pneumothorax-therapiának; mi azonban mégsem vállaljuk a műtétet, ha legcsekélyebb gyanunk van erre a szövődményre. Ellenjavalt ez a kezelés akkor is, ha a bél részéről mutatkoznak complicatiók, a melyeket tuberculosisos természetűnek tartunk. Sajnos, a bél tuberculosisa néha teljesen lappangva fejlődik ki, annyira, hogy idejében nem is diagnoskálható. Egy betegünk éppen egy ilyen latens béltuberculosis hirtelen előhaladása következtében kevéssel a műtét után halt meg. A vesét is a legnagyobb figyelemmel kell kisérnünk; a legcsekélyebb albuminuria a műtét elhalasztására kell, hogy késztessen. Ennek a fontosságát következő tanulságos esetünk bizonyítja:

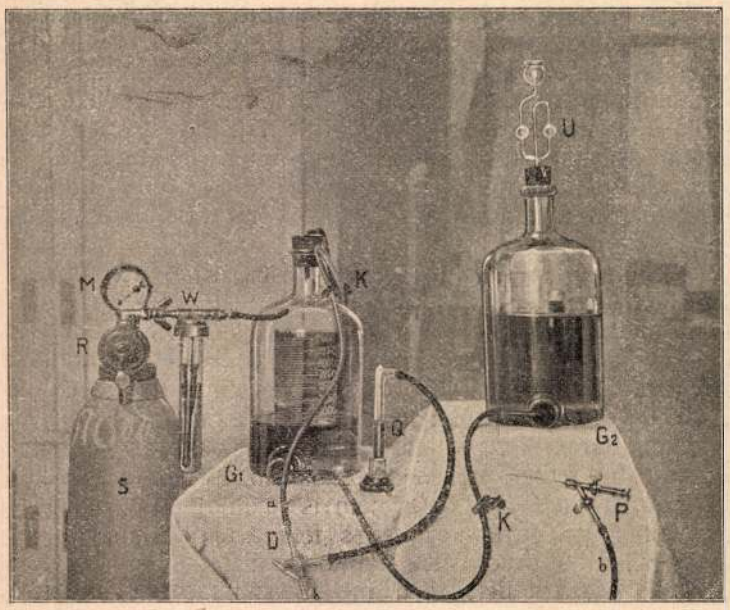
Egy nőbetegünkön megvolt valamennyi feltétel a mesterséges pneumothoraxra, az operatiót a legközelebbi napok egyikére tűztük ki. Műtét előtt két nappal váratlanul kisfokú albuminuria jelentkezik, mire az operatiót elhalasztjuk. Néhány héttel utóbb vérzéses nephritis fejlődik ki, a beteg állapota rohamosan romlik, csakhamar exitus. Ha a prodromális albuminuriát nem vettük volna észre, minden valószínűség szerint a műtétre vezettük volna vissza a nephritis keletkezését.

Az e therapiára alkalmas esetek száma, a tüdőtuberculosis óriási elterjedtségéhez viszonyítva, tehát relative igen csekély, mindazonáltal nem megvetendő. A mi anyagunk nem túl nagy és három esztendő alatt mégis 15 esetet operáltunk. Ennél azonban sokkal több alkalmas esetünk lett volna, ha az operatio külső körülmények miatt nem maradt volna el. A pneumothorax-therapia első sorban csak intelligens betegeken válik be. A betegnek vagy hozzátartozóinak intelligentiája hiján sok esetben még csak nem is ajánlottuk, noha meglettek volna az egyéb szükséges feltételek. Az általunk és más consiliarius orvos által ajánlott műtétet csak két ízben utasították vissza a betegek. E mellett az indicatio határait a legszűkebbre vontuk, amit legjobban az a körülmény bizonyít, hogy két betegünket, a kiknél megbetegedésük kedvező lefolyása mellett nem is gondoltunk műtétre, mások operálták meg sanatoriumunkból való kilépésük után. Lehet, hogy később mi is kibővítjük még a mesterséges pneumothorax indicatióit, jelenleg azonban az az álláspontunk, hogy szigorúan olyan esetekre redukáljuk e therapiát, melyek súlyosak, egy oldalra szorítkoznak és melyekben a szokásos therapia nem vezet czélhoz. Az utolsó esztendőben pl. két esetet volt alkalmunk hosszú ideig észlelni, a melyekben a tuberculosis heveny módon jelentkezett és egy egész oldal infiltratiójára ve-

zetett, és a melyekben különben is megvoltak a feltételek a pneumothorax létesítésére. Minthogy azonban a heveny tünetek lezajlása után kedvezőre fordult a betegek állapota, vártunk a műtéttel. A további lefutás igazolta eljárásunk helyességét, mert a tuberculosis fibrosus-nak mutatkozott, tünetei visszafejlődtek. A két eset még mindig kezelés alatt áll és jó reménynyel nézünk a gyógyulás elé mesterséges pneumothorax nélkül is. Méltán kívánhatjuk tehát, hogy e nem éppen közömbös therapia megkezdésével lehetőleg várjunk és csak hosszabb, pontos klinikai megfigyelés után szánjuk reá magunkat.

Az imént említett két esetben sem értünk el volna többet műtéti beavatkozással. Az új, alkalmas esetekben áldást hozó eljárás régi kipróbált módszereinket, különösen pedig a hygienés-diaetás therapiát tehát nem teszi nélkülözhetővé, sőt egyenesen csak kiegészíti azokat. Igaz, hogy a mi eljárásunk által — értvén itt a nehéz esetekre való szorítkozást — rosszabbodik a pneumothorax-műtét eredményességének a statisztikája ; másoknak bizonyára jobbak az eredményei, mert könnyű esetekben is operálnak, de statisztikájuk éppen ezért nem irányadó a mi therapiás eljárásunk irányítására.

A mi a mesterséges pneumothorax *technikáját* illeti, a *Forlanini* szúrási eljárásával szemben álló, *Brauer*-től származó metszési methodushoz tartjuk magunkat. A nélkül, hogy közelebbről érintenők a két eljárás használhatósága feletti vitát, csupán annyit jegyzünk meg, hogy a pneumothoraxnak metszéssel való létesítése oly könnyű és szemmel való ellenőrizhetése miatt oly biztos beavatkozás, hogy nem is vágyódtunk más eljárásra. Technikánkat annak idején a Wiener klin. Wochenschrift-ben részletesen közöltük. Röviden összefoglalva az ott mondottakat, következőképen járunk el. Novocain-érzéstelenítéssel az 5—7 cm. hosszú, a bőrt és fasciát szétválasztó metszés után tompán szétválasztjuk a mellkasi és bordaközötti izomzatot ; most ugyancsak tompa *Salamon*-féle kanüllel megrepesztjük a pleurát, mire, ha ugyan van szabad pleuraűr, jól hallani a levegő beáramlását. A kanült most összekapcsoljuk az előkészített és közvetlenül elébb kipróbált nitrogen-töltő készülékkel (5. ábra). Ez utóbbi következőképpen



van összeállítva: egy fokokra osztott tartályból (G_2) meleg sublimatoldat folyik egy másik tartályba (G_1) és kiszorítja vékony duritcsöveken keresztül a *Salamon*-féle kanülbe a nitrogent, a melyet fémhengerből (S) ömlesztettünk a G_1 edénybe. A készülékre erősített kénesőmanometer (Q) egy három fúrású csap különböző állása szerint vagy a mellürben uralkodó nyomást jelzi, vagy pedig a betóduló nitrogen nyomását. Ha a megfelelő nitrogen-mennyiséget beömlesztettük, sebészi módon zárjuk a sebet; legnagyobb figyelemmel mindenkor a pleura résének és az izomzatnak egyesítésére vagyunk, így kerüljük ki legbiztosabban a bőremphysema képződését. A bőr egyesítésére már kapcsok is elegendők. Az első alkalommal bebocsátott nitrogen mennyisége 400—800 cm^3-t tesz ki a szerint, hogy milyen a beteg állapota és mekkora az alkalmazott nyomás, a melynek nagysága ismét egyrészt a mellhártya rugalmasságától, másrészt pedig a kisebb-nagyobb mértékben beszűrődött tüdő komprimálhatóságától függ. A többi utántöltés már lényegesen egyszerűbb : a megtöltött nitrogentöltő-készülékre közönséges punctiós tűt erősítünk (P) és beleszúrunk a klinikailag és röntgenologiailag pontosan meghatározható nitrogen-hólyagba. Mi sem természetesebb, hogy az utántöltéseknek épp úgy, mint az első operatiónak is szigorú asepsissel kell történnie és hogy mindenkor pontosan meg kell figyelnünk az intrathoracalis nyomást. Az első utántöltések kevés napi időközökben kell hogy kövessék egymást ; később már 3—6 heti időközökben alkalmazott utántöltések is kellő mértékben összenyomják a tüdőt. Utántöltéskor 400—1200 cm^3-t adunk, szükségessé az utántöltések akkor válnak, ha az összeszorított tüdő felett lélegzést vagy esetleg szörcsölő zörejeket hallunk, továbbá, ha a Röntgen-képen a pneumothorax kevésbé telt, a tüdő pedig nem teljesen komprimált. A Röntgen-átvilágítást különben is aligha nélkülözhetjük e therapiában, nálánál becsesebb segédeszközünk a kezelés egész tartama alatt nincs.

Vázolt technikánk mellett soha semmi kellemetlenségünk sem volt, sem az operatio, sem az utántöltések alkalmával. Egyetlen egyszer képződött egy operatiónk után kisterjedelmű bőremphysema; elvétve ugyan utántöltések alkalmával is keletkeztek ilyenek, de ezek még akkor sem okoztak kellemetlen tüneteket, ha terjedelmesebbek voltak A *Forlanini* szúrási módszere után beálló fenyegető symptomákat: collapsust, „pleurashock"-ot, melyeket *Brauer* légemboliára vezet vissza, nem volt alkalmunk észlelni a metszési eljárásnál. Betegeink néhány nappal a műtét után felkelhetnek, csakhamar mozoghatnak is, az utókezelés pedig annyira nem jár nehézséggel, hogy *több esetben ambulatorice kezeltük betegeinket.*

A mesterséges pneumothorax vizsgálatának klinikai tünetei semmiben sem különböznek a természetes pneumothoraxéitól: kopogtatásra telt doboz-hangot kapunk, hallgatódzáskor vagy nem hallunk vagy csak igen gyenge légzést, metallikus csengő szörtyzörejeket és positiv plessimeter-pálczika-tünetet; ha exsudatum is van: typusos loccsanás. Nem lehet félreismerni a viszonyokat a Röntgen-képen.

A mesterséges pneumothorax hatásának a módjáról, mechanismusáról, theoriájáról sokat írtak már. Szerintünk a kedvező hatás főtényezői: az egész beteg oldalnak nyugalomba való hozatala, merev szövetrészletek feszülésének a megszűnte, cavernák összeesése és végül a vér- és nyirokkeringés javulása. A láz gyors leesése bizonyára arra vezethető vissza, hogy kisebb mennyiségű pyogen tömegek kerülnek felszívódásra.

A mesterséges pneumothorax létesítésének *azonnali eredménye* majd valamennyi esetünkben kedvező volt. Miután néhány nap után eltűntek az operatio közvetlen kellemetlen következményei, gyorsan csökkent a köhögési inger, kevesbedett a köpet és leszállt gyorsabban vagy lassabban a láz. A legfeltűnőbb eredmény azonban az, hogy egy csapásra végképpen vagy hosszabb időre megszűnik a haemoptoë. Jobbra fordulván állapotuk, gyorsan kapnak erőre a betegek, gyarapodnak, új reményt, új életkedvet merítenek. Egy betegünk „újból születettnek" mondta magát az operatio után. Mi magunk is örültünk és áldottuk e módszert, mikor lassan satnyuló, pusztuló betegeink egyszerre szint kaptak, mikor hónapokig tartó ágybanfekvés után nehézség nélkül sétálgattak és a közös étkezések idején megjelentek. Igaz, hogy így sem ment mindegyiknél símán a gyógyulás és hogy némely betegünk türelme alapos megpróbáltatásnak volt kitéve. A tuberculosisra jellemző, különféle természetű complicatiók egymást váltogatva itt is sokszor késleltették a rendes lefolyást.

A többi szerző tapasztalatával megegyezően a mi eseteinkben is a *pleuraüreben jelentkező exsudatum volt a leggyakoribb complicatio.* Különféle magyarázattal igyekeztek megokolni e szövődmény gyakoriságát, ezek közül legelfogadhatóbbnak azt tartjuk, hogy közvetlenül a pleura visceralis alatt fekszik egy tuberculosisos gócz, a mely rendes körülmények között bizonyára összetapasztotta volna a két pleuralemezt, így azonban nem állván fenn érintkezés köztük, ömleny képződött. Annyi bizonyos, hogy ez ideig nem áll módunkban e szövődményt elhárítani. Egy esetünkben kezdettől fogva genyes volt az exsudatum, a többiben savós és steril, három esetben azonban később genyessé vált. Egy ízben sikerült csak a punctiós folyadékban tuberculosisbacillust kimutatni. Sokszor láttunk kis exsudatumokat jelentkezni az operatio után, ezek azonban ismét teljesen eltűntek. Az aetiologiát illetőleg azt is megjegyezzük, hogy egyszer angina után, máskor pedig egy intézeten kívüli megerőltetés után láttunk megjelenni exsudatumot.

Az exsudatum képződése közben rendszerint láz áll be, a mely azonban csak rövid ideig tart; más káros hatást nem észleltünk az ömleny részéről. Ellenkezőleg: néha még kedvezően is hat, a mennyiben késlelteti a nitrogen resorptióját, s azért nagyobb időközökben eszközölhetjük az utántöltéseket. Ismételten úgy jártunk el, hogy az exsudatumot részben kibocsátottuk és nitrogennel helyettesítettük, hogy az egyensúlyt újra helyreállítsuk.

Egy (II.) esetünkben a bőr alatti kötőszövet infiltrálódott az ömleny lebocsátása után; ez infiltratio néhány hétig fennállt, azután azonban genyképződés nélkül visszafejlődött; egy (IV.) esetünkben mellkasfali sipoly képződött, de ez is magától záródott, a nélkül, hogy különösebb következményekkel járt volna.

Praktikus és theoretikai szempontból egyaránt fontos, hogy a belső szervekben akkor sem tudtuk kimutatni az amyloidosist, ha sok évig állt fenn a genyes exsudatum.

Az irodalom csaknem kivétel nélkül elismeri, hogy a mesterséges pneumothorax létesítése elsősorban akkor javalt, ha a szükséges feltételek jelenlétében erős *vérzések* rontják a beteg állapotát. Ez irányban nekünk is kitünő eredményeink vannak, méltán mondhatjuk tehát a pneumothoraxot a tuberculosis therapiájában erélyes haemostypticumnak. V. esetünkben 1 évnél hosszabb ideig mutatkoztak vérzések, az operatio egy csapással megszüntette azokat. VII. esetünkben többször keletkeztek igen erős vérzések, sőt a pneumothorax műtéte után is megismétlődtek a merev, cavernás tüdőszövetből, fenyegetve a beteg életét. Csak igen magas nyomásra szűnt meg a haemoptoë, ettől a pillanattól kezdve azonban rohamosan javult a beteg állapota. Más két esetünkben, ha nem is volt oly óriási a vérzés, szintén kiváló eredményt értünk el a pneumothorax-szal. A pneumothorax akkor is elállította a vérzést, a mikor a többi módszer: a különféle belső gyógyszeres kezelések, a végtagok lekötése, gelatinás és lóserum-injectiók, felmondták a szolgálatot. Egy esetünkben azonban (XII.), a melyben azelőtt sohasem észleltünk haemoptoët, a műtét után állott be vérzés; ezt magas nitrogen-nyomással sikerült elnyomnunk. 4 hónap óta máig nem jelentkezett újból.

Nem tekinthetjük eldöntöttnek azt a kérdést, *mikor szüntessük be a mesterséges pneumothoraxot;* előreláthatólag nem is lehet erre sémásan válaszolni. Az irodalom körülbelül *egy* évben állapítja meg a pneumothorax fenntartására szükséges és elégséges időt, némely szerző rövidebb idő alatt gondolja elérhetni a gyógyulást. Bennünket ebben a kérdésben praktikus szempontok vezetnek. A VIII. esetben pl. $1^1/_2$ évig tartottuk fenn a pneumothoraxot, már-már teljes gyógyulásra gondoltunk és abbahagytuk az utókezelést, minthogy azonban megint csak szörtyzörejek lettek hallhatóvá, újból hozzáláttunk a nitrogen-kezeléshez és talán $^1/_2$ évig fogjuk még folytatni e therapiát. Egy másik esetünkben (VI.) az általunk létesített pneumothoraxot mások 9 hónap után hagyták felszívódni, mert gyógyultnak tartották a beteget. A további lefolyás azonban, a melyről levélileg értesültünk, azt mutatja, hogy a therapiát túlhamar szüntették be, különben nem állt volna be súlyos recidiva.

Brauer azt kívánja, hogy a betegek legnagyobb mértékben kíméljék magukat a pneumothorax felszívódása alatt; ehhez csak annyit teszünk hozzá, hogy a klinikai megfigyelésnek is igen pontosnak kell lennie, hogy azonnal újból megkezdhessük a therapiát, ha csalódtunk volna. Az imént említett két eset legjobban bizonyítja ennek a szükségességét. I. esetünkben hosszabb ideig tartottuk fenn a pneumothoraxot, mint a mennyi időt szükségesnek tartottunk, de ez azért történt, mert a beteg külső körülményeinél fogva nem kímélhette magát. Most a mikor pihenhet és ápolhatja magát, a therapiát is beszüntetjük. Három évi compressio után újból alkalmasak lettek a légzésre az ép tüdőrészletek.

Mi a pneumothoraxot kivétel nélkül súlyos, majd mindig reménytelen esetekben alkalmaztuk; a betegek halálos vagy rohamosan progrediáló állapotban jöttek hozzánk, vagy hosszú tespedésük és elerőtlenedésük folytán néztek haláluk elé; daczára ennek nagyon is kielégítők voltak eredményeink, úgy hogy alkalmas esetekben nyugodt lelkiismerettel ajánljuk ez eljárást, a melyet nagyon is érdemesnek tartunk a további fejlesztésre.

Általánosítani azonban nem szabad a mesterséges pneumothorax-műtétet, mert eredménye csak akkor lesz, ha tapasztalt szakorvos végzi, lehetőleg zárt intézetben, a hol meg vannak adva a gyógyulás összes feltételei.

A vörheny gyógykezelése.

Irta: ***Keviczky Lajos*** dr. Bakabányán.

A szakemberek tudják, hogy a vörheny azon betegségek közé tartozik, melyek aetiologiáját nem ismerjük s a melyeket ezen oknál fogva csak tünetileg gyógykezelhetünk.

A szakkönyvek és közlemények a gyógyszereknek és módszereknek egész legióját sorolják fel, a nélkül, hogy csak egyet is a vörheny gyógyszerének lehetne tartani. Alig van hónap, hogy valamely új gyógykezelési módról ne vennénk tudomást és mégis a vörheny halálozási százaléka egy és ugyanazon a niveaun libeg. Ha el is értek egyesek jobb eredményeket, szerintem ez nem annyira a gyógyszernek, mint az enyhe lefolyású eseteknek tulajdonítandó. Véleményem szerint valamely gyógyszer vagy gyógykezelési mód csak akkor érdemel figyelmet, ha különösen a súlyosnak igérkező kóresetekben is megállja a helyét.

Az általam kipróbált gyógykezelési mód ezen követelményeknek megfelel. Ezen a vidéken ugyanis maga a nép gondoskodik arról, hogy az orvos elé csakis a súlyos esetek kerüljenek, mert a könnyű lefolyású eseteket föl sem veszi; arra meg egyáltalán nem is gondol, hogy azokat az orvosnak bemutassa.

De térjünk rá a gyógykezelésre. Nem új szerről, még talán nem is új módszerről lesz az alábbiakban szó.

A vörheny virusa, bár nem ismerjük, a legnagyobb valószínűség szerint a szájon és orron keresztül hatol be az emberi szervezetbe és először az orrtorokürben, még pedig különösen a mandulákon üt tanyát. Ez kétségtelen, mert az első napokban, sőt sok esetben később is csak a torokban konstatálhatjuk, részint a vörheny virusa által előidézett lob és izzadmány, részint a szervezet által termelt védő lobgát alapján. Nagyon sok esetben a vörheny az imént jelzett alakban meg is állapodik s a beteg csakhamar meggyógyul. A legtöbbször azonban átlépi a lobgátat és elárasztja az egész szervezetet.

Ebből önként következik, hogy a tüneti gyógykezelést elsősorban az orrtorokürben kell foganatosítanunk és azután a szervezet sejtjeinek ellenállóképességét kell növelnünk.

Ezt úgy érjük el, hogy a vörheny virusát már az orrtorokürben, a mennyire csak lehet, tünkreteszszük, másrészt a szervezet által alkotott lobgátat minél előbb erősítjük, azaz a szervezetet védő, gyógyító munkájában támogatjuk. Én erre

a czélra a sokszor más bajokban is kitünően bevált jodtinctura használom, még pedig annak. 10—20%-os glycerines keverékét. (Rp. Tinct. jodii 1·0—2·0, Glycer. 10·0.)

Az alkalmazás úgy történik, hogy ujjnyi vastag pálczikának a végére vattát csavarok (czimbalomverőszerűen), a pálczikának vattás részét bemártom a glycerines jodtinctúrába és a szokásos módon (az ápoló ölében tartja a beteget és pedig annak fejét, kezét és lábát egyaránt) a nyelv lenyomásával mérsékelt nyomással *alaposan* kitörlöm a gyermek torkát. A vattás pálczikát azonnal a tűzbe dobom és minden alkalommal tiszta pálczikát és vattát használok.

Az ecsetelés helytelenítendő, mert az ecset nem tartható tisztán és mert nem lehet vele törlőmozgást végezni.

Ezt a kitörlést kétszer naponta végzem addig, a míg megfelelő reactio bekövetkezett, a mandulák feltisztultak, a betegségi tünetek enyhültek.

Hogy hány napig kell ezt végezni, az a reactio nagyságától, a betegség állapotától és a kóros általános tünetek csökkenésétől függ. Szem előtt kell tartani, hogy az esetleges lepedéket egészen el kell távolítani, ha nem sikerül az első napon, a második vagy harmadik napon távolítjuk el a maradványt. Az nem baj, hogy a mandula és annak környéke megduzzad, sőt törekedni kell arra, hogy ezt a vérbőséget előidézzük, mert ez teszi tönkre a leskelődő mikroorganismusokat.

Ennek a beavatkozásnak nemcsak helybeli jó hatása van, hanem közvetve a szervezet ellentálló képességét is emeli, mert reflectorice élénkíti a fehér vérsejteknek a szaporodását és mozgását.

Ha megfelelően viszszük keresztül és a szervezet még rendetkezik ellenálló-, illetőleg reactioképességgel, akkor 2—3 nap mulva csökken vagy egészen megszűnik a láz, a közérzet javul és nem számítva a megnagyobbodott mandulát, a beteg gyógyultnak tekinthető. Ha az általános tünetek javultak, akkor a reactiós vérbőségre már nincs szükség és a beszűrődés a nyakon borogatással és ichthyol-kenőcscsel szétoszlatható. Egy alkalommal tyúktojásnyira beszűrődött a nyaki kötőszövet a nélkül, hogy baj származott volna belőle.

Nem kell félni, hogy a reactiós lob átterjed a fülkürtre és meglobosodik a fül környéke, mert ez gyógyító lobosodás, mely nem megy át genyedésbe, és borogatásra, esetleg ichthyol-kenőcsre nyom nélkül eltűnik.

Ezenkívül, hogy a vérnek alkaliságát emeljem, belsőleg natrium citricumot szoktam adagolni a kornak megfelelő maximalis adagokban.

Az így kezelt 58 súlyos vörhenyes beteg közül egy sem halt meg, sőt rajtuk az azelőtt oly gyakori szövődmények (fülgenyedés, veselob, izületlob, agyvelőtünetek stb.) sem jelentkeztek.

Ezzel szemben 3 év előtt Salgótarjánban a régi módszer szerint gyógykezelt 66 beteg közül 10 halt meg és többön szövődmények állottak be, pedig ott akkor mindenféle addig ajánlott gyógyszert (chlorkali-torokvíz, Credé-kenőcs, serum, pióczázás stb.) alkalmaztam minden különösebb eredmény nélkül.

Mellékesen megjegyzem, hogy az úgynevezett torokvíz csak szájvíznek mondható, a torkot egyáltalán nem desinficiálja. Az összehúzó gyógyszerekkel való ecsetelés pedig többet árt mint használ, mert a szervezetnek védő munkáját csökkenti a mellett, hogy nem desinficiál (különösen a fertőzött ecset nem).

Az esetleges szövődmények, a melyek a belső szervekben jelentkeznek, még pedig sokszor nem a vörheny virusa által előidézve, hanem a szervezetbe jutott új infectio által, a szokásos módon kezelendők.

A vis medicatrix naturae-nek ilyen és hasonló módon való élénkítését ajánlom más fertőző bajokban is. A gyüjtőerek útján történő vérsterilezés is alkalmasint ezen alapszik, mert a vérbe injectio által bevitt desinficiens szer annyira diluálódik, hogy közvetlen desinficiálásról szó sem lehet; ha pedig az adagot növeljük, előbb pusztítjuk el a vérnek alakelemeit, mint a bacteriumokat.

A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekkel.

Irta: *Wein Manó* dr.

(Vége.)

A gyermekévekben a gümőkóros fertőzés első nyilvánulása egy harmadik csoportjára is figyelemmel kell lennünk.

A csecsemők és gyermekek ama betegségeit értem, a melyek teljesen charakterizált más fertőzéstől eredő betegséggel kezdődnek, de nem a más fertőzésre jellemzően folynak le, hanem elnyúlnak; többé-kevésbé idősült jelleget öltenek.

Ezekben a betegség kezdete tehát nem is lehet jellemző, a betegség későbbi lefolyása az, a mi jellemző.

A fejlődési idő későbbi szakaszaiban és a meglett életkorban észlelhető egészen analog gümőkóros betegségeket itt egészen figyelmen kívül hagyom, mert feltehető, hogy az abban a korban jelentkező gümőkóros jelenségek nem új keletű fertőzésnek, hanem rendszerint az első gyermekévek nem tökéletesen gyógyult fertőzésének a következményei.

Ha ezeket a későbbi jelenségeket most figyelmen kívül nem hagynám, fel kellene sorolnom ama gümőkóros jelenségeket is, a melyek kifejlődéséhez nem másfajta fertőzések, hanem például külső behatások, traumák, insultusok adják meg a lökést.

Ezek azonban nem tartoznak ide, mert kevés kivétellel biztosan megállapítható, hogy a gümőkóros fertőzésnek nem első nyilvánulásai, hogy nem új, hanem régi keletű gümőkóros fertőzés eredményei.

Ide tartoznak a lélegző- és tápcsatorna megbetegedései, akár fokozódó huruttal, akár fulminans lobbal kezdődnek, ha nem úgy folynak le, mint a hogy az a megállapított fertőzés vagy kórok jellemének megfelel; helyesebben mondva, ha úgy folynak le, mint a hogy az a gümőkóros fertőzés jellemének megfelel.

Nemcsak a gyermekkorban, hanem a későbbi életévekben is ebben a betegcsoportban a vezető szerepet a náthák és bélhurutok játszszák.

Ha elnyúlnak, ha nem gyorsan, ha nem tökéletesen folynak le; akkor is, ha többször ismétlődnek: gümőkóros eredetre gyanusak, és ennek megfelelően gyógyítandók.

Különben a betegségek idetartozó csoportjának a jellemzésére csak ismételhetem, hogy mindenfajta megbetegedése a gyermekkornak idetartozhat, mert minden betegség, a mely a gyermek ellentállóképességét kedvezőtlenül befolyásolja, alkalmat adhat arra, hogy a gümőkóros fertőzés, illetőleg a gümőkóros fertőzöttség megnyilvánulhasson.

Evvel egyben áttérek a fejlettebb kor gümőkóros eredetű ama betegségformáinak a tárgyalására, a melyeket eddig nem tartottak gümőkóros eredetűnek, de a melyek specifikus szerekkel — antitoxikus és isopathiás hatásúakkal egyaránt — befolyásolhatók és így kétségtelenül gümőkóros fertőzésen alapulnak.

A gyermekkor ilyneműbetegségeivel szemben a későbbi életévek kórformáit a gyógyító orvosnak különben is más szemmel kell néznie. Legfőképpen azért, mert a kor előrehaladásával mindinkább valószínűvé válik, hogy a gümőkóros fertőzésnek nem primaer, hanem egy rég betelepült fertőzésnek vagy fertőzéseknek másodlagos nyilvánulásaival áll szemben.

Hogy ez így van, legjobban bizonyítja a *Römer*-féle, az allergiapositivitást feltüntető táblázat, a mely szerint a gümőkórral való fertőzöttség már a 12. évben kulminál.

A specifikus gyógyítás szempontjából ez igen jelentős különbség, mert a míg a meg nem rögzült fertőzés ilyen gyógyítástól simán meggyógyul, a megrögzült, különösen a több góczban, különbözőképpen megrögzült fertőzés gyógyítása hosszadalmas, sokféle esélytől függő, szövevényes, ennek megfelelően nem mindig tökéletes.

Sok esetben a viszonyok a gyógyítás czélzatától is eltiltanak és — a mint azt előző dolgozataimban bővebben fejtegettem — legfeljebb egyes tünetek enyhítését engedik meg.

Az első életéveken túl is, a további fejlődés korszaka az, a melyet a gümőkóros fertőzés okozta betegségek szempontjából leginkább figyelemben kell részesítenünk. De kétségtelenül áll az, hogy mindezek a betegségek a fejlődés korán túl is igen sok esetben gümőkóros fertőzés következményei. Igy különösen a megállapodott és az aggkorban is a szegénynyvérűség, a csúzos fájdalmak, a bélhurutok és más emésztési zavarok idősült vagy gyakran ismétlődő formái elég gyakran gümőkóros eredetűnek bizonyulnak és antitoxikus szerekkel meglepő eredménynyel befolyásolhatók. Az elnyúló vagy ismétlődő náthák idült lefolyásának legközönségesebb, mert aránytalanul leggyakoribb oka a gümőkóros fertőzés.

Ugyanezt tapasztaljuk anaemiában, chlorosisban, a fejlődési kor csúzos betegségeiben, hiányos fejlődés esetén és fejlődési zavarokban, ha antitoxikus szerek adagolásával a baj eredeti okát illetőleg kérdést intézünk a szervezethez.

Meglepő, hogy ne mondjam megdöbbentő válaszokat kapunk; megdöbbentők, mert túlnyomó többségben igenlők.

Különösen a fejlődési kornak anaemiáit és a sápkórt kell mindenkor a gümőkóros eredettel meggyanusítani, a mint némelyest elnyúlnak. Még ha egészen más is az aetiologiájuk, gondoljunk gümőkóros befolyásra, a mint nem rohamosan, nem úgy gyógyulnak, mint a hogy az a fiatal korban természetes, az ebben a korban hatalmas erőforrásoknak megfelelő.

A fejlődési kornak a csúzairól elmondhatjuk, hogy egy csoportba csak azért tartoznak, mert kórtanilag egy, de csak egy vonatkozásukat illetőleg megegyezők: rendszerint indeterminált betegségek. A gyermekkor ephemaer lázaival való analogia szembeszökő. Ott lázat találunk, itt fájdalmat panaszol a beteg és az orvos nem tudja, hogy itt a fájdalomnak, ott a láznak mi az oka.

Az izomcsúz, izületi csúz egyaránt, a purpura rheumatica csak úgy mint a növési fájdalmak, az arthralgiák meg a gerinczoszlop fájdalmai mindmegannyian ide tartoznak.

Már rég reájöttünk volna ezeknek a bántalmaknak az aetiologiájára, ha olyan túlnyomó nagy többségben meg nem gyógyulnának maguktól, vagy meg nem gyógyulnának nyugalomtól, rövid ideig tartó pihentetéstől, az anyagcserét fokozó eljárásoktól. Elég gyakran befolyásolhatók salicylkészítményekkel. Ez a könnyű megbetegedésekre és azokra vonatkozik, a melyek nem gümőkóros eredetűek.

Különösen a salicylkészítményekkel jól befolyásolhatók, ezektől gyorsan meggyógyulók egészen bizonyosan nem gümőkóros eredetűek. De mindazok, a melyek nem syphilis következményei és a melyek salicylkészítményektől nem rögtön gyógyulnak, gümőkóros fertőzés, gümős góczmegbetegedések következményei, a melyek meggyógyulnak, vagy legalább is megnyugszanak borogatásoktól, nyugalomtól; meggyógyulnak a hosszabb ideig, mondjuk hetekig adagolt salicylkészítmények daczára.

A ki hozzászokik, hogy ilyen betegeknek, a mint salicylkészítményre nem kap prompt hatást, antitoxikus szert adagoljon, rögtön tisztában lesz avval, hogy mennyivel értékesebb a causalis a tüneti gyógyításnál. Igy eljárva, hetekig tartó ágyban tespedést és orvosságok nyelését takarítjuk meg a betegnek, nem szólva az anaemiáról és elgyengülésről, a melyek éppen ezen betegeknek lábbadozását oly hosszúra nyujtják.

Sokkal jelentősebbek azok a csúzos betegségek, a melyek nem ily lefolyásúak és nem tökéletesen gyógyulnak.

Idetartoznak a növési fájdalmak közül különösen az alsó végtagokon és a gerinczoszlop egyes részein főleg a fejlődési korban oly gyakran észlelhető, csúzosnak mondott, vagy a növéssel összefüggésbe hozott, egyszer pontosan egy pontra lokalizált, máskor egy tájékra vonatkozó fájdalmak, a melyek néha igen ingadozó, annyira ingadozó jelleműek, hogy éppen ezen okból jelentőségüket lebecsüljük, figyelemben alig részesítjük.

Idetartoznak a későbbi fejlődési kor rhachitisesnek mondott elgörbülései, a melyek leggyakrabban az említett fájdalmakkal kapcsolatosak, azokkal következményes viszonyban vannak.

Észre sem veszszük, hogy a gyermek időnkint kiújuló panaszainak már észrevehető következménye is van. Pl. az egyik alsó végtagja fejlődésében visszamaradt, rövidebb, vagy az egyik térde, az egyik bokája mindinkább gacsossá válik, vagy az egyik csípőizület mozgékonysága csökkent, vagy csak forgási felületének a test vagy a végtag hossztengelyéhez való viszonya változott meg. Ezeknek a változásoknak pedig a következménye, hogy a gerinczoszlop kiegyenlítő módon elgörbül.

A gerinczoszlop önállóan is elgörbülhet, ha egyik vagy több csigolyájában ugyancsak a csont szövetét befolyásoló gümőkóros góczmegbetegedések vannak.

Mert minden ilyen elgörbülésnek gümőkóros csontmegbetegedés, gümőkóros csontlob az oka csakúgy, mint a hogy a *Pott*-féle megbetegedésnek is mindig ez az oka. Mind a kettő spondylitis tuberculosa, a melyek között csak fokozati különbség van. A *Pott*-féle betegségben a csont többé-kevésbé elhal; sequester-képződéssel és genyedéssel, vagy a nélkül, de elhal. A rachitisesnek nevezett eme változásokban pedig csak rarificatio indul meg a beteg csontban, a mely így veszít ellentállásképességéből és leggyakrabban, sajnos, feltűnő fájdalmak és feltűnő kisérő tünetek nélkül megváltozik az alakja a megterhelés viszonylatainak megfelelően.

Eddig a szervezetnek az erősítésén kívül az elgörbülés fokozódásának a veszélye ellen küzdöttek, támasztókészülékekkel. Már elkésve fogtak a védekezéshez. De a sikerek nemcsak ezért, hanem azért is hiányosak, mert a gyógyítás csak tüneti volt. Próbálják meg antitoxikus gyógyítással és majd meglátják, hogy a késői rhachitis okozta maradandó hiányok mivé törpülnek. Gyógyítsák antitoxikus szerekkel a fejlődési kornak csúzos és növési csontfájdalmait, még mielőtt a csontlob rarifikáló hatása a csontot a reánehezedő súly ellenében való ellentállásától megfosztotta és sem a bokában, sem a térdben, sem a csípőben, sem a medenczén, sem a gerinczoszlopon elgörbüléseket fejlődni többé nem, vagy csak aránytalanul kisebb mértékben fognak látni. Természetesen a gümőkóros góczmegbetegedések súlyosabb, necrobiosisra vezető formái, a *Pott*-féle betegség csak úgy, mint a caries is megfelelően ritkábbak lesznek.

És ha az izületi fájdalmak és izületi lobok nagy táborát szintén ilyen szemmel fogják nézni: akkor nem fogják többé elhinni, hogy valakinek az izülete fáj, mert az illető anaemiás, hanem azt fogják nézni, miért anaemiás az, a kinek fáj az izülete; akkor természetesen a gümőkóros izületgyuladásoknak a száma is majd megcsappan.

Hasonlók a viszonyok a felnőtteken is.

A felnőtt korban is számos olyan kórforma és kórlefolyás van, a melyet eddig a gümőkórral nem hoztak kapcsolatba és a melyet gümőkóros fertőzés okoz vagy befolyásol.

Ez utóbbit itt külön is kiemelem, ámbátor a dolog természetéből következik, hogy egy ismert kórforma — a melynek a gümőkórhoz semmi köze sincsen — lefolyásának kezdeti vagy későbbi szakát, a már régen szerzett és többé-kevésbé lappangó gümőkóros fertőzés befolyásolja és így ez az eshetőség a későbbi korban mindinkább gyakoribbá válik, mind gyakrabban figyelembe is veendő.

Az influenza következményeit, ha elnyúlnak, minden esetben a gümőkóros jellem gyanujával kell illetni: protrahált fejfájás, szédülés, álmatlanság, neuralgiás vagy csúzos fájdalmak, a szív működési zavarai, csak úgy mint az a tüdőhurut, vagy bélhurut, vagy pneumoniás tömörülés, vagy pleuralis exsudatum, a mely nem rohamosan, nem a heveny fertőző influenza typusának megfelelő ütemben fejlődik vissza.

És a mint ez áll az influenzáról, az ő jellemző sajátosságával, a szertelen prostratióval, csak úgy áll a többi heveny fertőző betegségről is, a melyeknek közös sajátsága, hogy szintén nagy erőveszteséget okoznak.

Áll ez természetesen a gyermekágyról is, a mely ha nem is kórtani, de élettani alapon szintén nagy erőveszteséget jelent.

Mindezeknek a betegségeknek, csak úgy, mint a gyermekágynak, megvan a maguk szabványos lefolyásuk.

A lábbadozás, a reconvalescentia is a lefolyáshoz tartozik.

Az is szabványos, és ha nem az, mindig keressük az okát: mi zavarja meg a szabványos lefolyást? Eddig is kerestük. De keressük specifikus antitoxikus hatású gümőkórellenes szerekkel és a leggyakrabban igenlő választ fogunk kapni és meg fogjuk tudni akadályozni a gümőkóros fertőzöttség hátrányos befolyását; meg fogjuk tudni akadályozni, hogy a régi és esetleg hosszú idő óta lappangó gümőkóros fertőzöttség feléledjen, hogy a gümőkór előrehaladjon és egyben siettetni fogjuk a manifest betegség lefolyását.

Apróra nem folytatom az egyes idetartozó betegségek felsorolását. Egy előadás keretében ez alig is lehetséges. Hiszen alig van betegség, a melyet a gümőkóros fertőzöttség, akár régi keletű, akár legújabb eredetű, kedvezőtlenül ne befolyásolhatna; alig van lobforma, a melyet gümőkór ne okozhatna.

Nem azt tekintettem a legfontosabbnak, hogy mindazokat a lobformákat, a melyeket a gümőkóros fertőzés okoz vagy a gümőkóros fertőzöttség befolyásol, leírjam, hogy a gümőkóros intoxicatio és a gümőkóros góczmegbetegedések összes nyilvánulásait felsoroljam; hanem azt tartottam első feladatomnak, hogy a gümőkóros fertőzés egész szerepkörét 8 évi, az antitoxikus szerek hatásával szerzett tapasztalataim alapján ismertessem.

Elsősorban újból ki akartam mutatni — hiszen előző dolgozataimban is figyelemmel voltam erre a körülményre —, hogy az antitoxikus szereknek a diagnostikai értéke milyen rendkívüli. Most már tapasztalataim a kérdés egész complexumára kiterjednek és így egészen concret javaslatokat is tehettem.

Mindenek előtt át kell mennie a köztudatba, hogy a gümőkóros fertőzés a legelterjedtebb és leggyakrabban ismétlődő heveny fertőző betegség, a mely a fertőzésre legkedvezőbb viszonyok mellett idősültté is válhatik, elég gyakran idősültté is válik, de az esetek túlnyomó többségében spontán is meggyógyul; hogy ez a spontán, esetleg nyom nélkül való meggyógyulás a szabály, a többi eshetőség pedig a kivételt vagy legalább is az aránytalan kisebbséget jelenti; hogy a gümőkóros fertőzés elsődlegesen szabály szerint a legzsengébb csecsemő- és gyermekkort támadja meg; hogy a gümőkóros fertőzésnek elsődleges nyilvánulásai mindig hevenyek és rendszerint általánosak; hogy a gümőkóros szöveti változások mindig másodlagos jelenségek; hogy az eddig gümőkórosként meghatározott betegségek mondhatni kivétel nélkül a fertőzés harmadlagos nyilvánulásai; hogy az antitoxikus szerek méregtelenítő és automatikus reactiót kiváltó hatása számos betegségre és sok kórlefolyásra, olyanokra is, a melyeket eddig a gümőkóros fertőzéssel kapcsolatba nem hoztak, reásüti a gümőkóros eredet vagy a gümőkóros befolyás bélyegét; végül hogy ezen útmutatás mellett antitoxikus szerekkel ezek a betegségek rendkívül megrövidíthetők, sikeresen gyógyíthatók.

Az oly számos, eddig aetiologice helytelenül megállapított betegség és kórlefolyás gümőkóros eredetének a megismerésével gyakorlati felfogásunk súlypontja is egy csapással el kell, hogy tolódjék. És ha megismerésünk odavezet, hogy a gümőkóros fertőzés legtöbbször a legzsengébb életkort támadja meg és — bármi legyen is az igazság a fertőzés gyakoriságát illetőleg — ha belátjuk, hogy a gümőkóros fertőzés első, heveny időszakában is felismerhető és emez időszakában tüneteit és végleges gyógyulását illetőleg is egyaránt aránytalanul hathatósabban befolyásolható, mint a hogy erre az eddigi közfelfogáson alapuló gyakorlat képesített: akkor gondoskodásunk súlypontja nemcsak a gümőkóros fertőzés gyógyítását illetőleg fog eltolódni, hanem a kérdés közegészségügyi vonatkozásai is lényegesen meg fognak változni.

Ez a — sok részletében is — egészen új megismerés természetes folyománya annak, hogy új vizsgálati módszer állott rendelkezésemre, a mely minden esetben ex juvantibus megmutatta, hogy milyen betegségek függnek össze a gümőkóros fertőzéssel, milyen betegségeket okoz, aetiologice régen felderített betegségeket mennyiben befolyásol a gümőkóros fertőzés.

Dolgozatomnak nincs más czélja, mint az, hogy erre az új vizsgálati módszerre orvostársaim figyelmét felhívjam és hogy eme vizsgálódásaihoz annyi útmutatást nyujtson, mint a mennyi sanyarú viszonyaim között gyenge tehetségemtől telik.

Felfogásom és tapasztalataim nyilvánításától nem tart vissza a tudat, hogy a részleteket illetőleg mennyi bennük a hiány. Nem tart vissza, mert értékemnek, erőmnek, viszonyaimnak gyarlóságát egyrészt, másrészt a kérdésnek és a vele összefüggő mellékkérdéseknek óriási terjedelmét, nagy tömegét elég jól ismerve, eleitől kezdve, de napról-napra mind szilárdabb meggyőződésemmé kellett válnia, hogy a mi itt elsősorban szükséges, az orvosi közfelfogásnak ilyen nagy jelentőségű, ilyen mélyreható befolyásolását csak számos, nálamnál sokkalta jelentősebb képességű kutatónak egybevetett, becsületes és kitartó munkássága tudja elérni.

Örömmel tölt el a tudat, hogy nézeteimmel már ma sem állok egészen egyedül; *Hollós József* dr. vizsgálatai hasonirányúak, részben azonos eredménynyel jártak.

Kötelességemnek tartom már ezen alkalommal is hangsúlyozni, hogy *Spengler K.* „I. K.“ jelzésű szerének használatát illetőleg *Hollós József* dr. „A gümőkóros intoxicatiók“ czímű könyve útmutatásaihoz tartottam magam. Eme kitűnő és lelkes búvárunknak tapasztalatait és eredményeit becses figyelmükbe ajánlom. Nekem megállapításai nagy segítségemre voltak. Nemcsak az előttem ismeretlen „I. K.“ gyakorlati alkalmazását illető útmutatásáért tartozom neki köszönettel, hanem azért is, hogy egyes oly betegségekre, pl. a habitualis székrekedésre, a *Basedow*-kórra is felhívta a figyelmemet, a melyeknek a gümőkóros fertőzöttséggel való esetleges kapcsolatára addig nem gondoltam.

Fogadja e helyen is nemes törekvéseiért hálás köszönetemet; sikeres búvárkodásáért csekély értékű, de annál őszintébb elismerésemet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Wolff J.: Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. G. Fischer, Jena. I. rész, 1907, 745 oldal, 20 márka. II. rész, 1911. 1261 old., 36 márka.

Ritka szorgalommal és lelkiismeretességgel megirt munka. A II. kötet tartalomjegyzéke 56 oldalon az 1909. évig megjelent 10.000-nél több dolgozatra utal. Hogy a szerző ezen óriási anyagot mily gonddal kezelte, az kitűnik abból, hogy mind a 10.000 adat helyességéről az eredeti közleményekkel való összehasonlítás útján győződött meg. Már ezen, mondhatni emberfölötti munkával egymagában is megbecsülhetetlen szolgálatot tett mindazoknak, kik a rákbetegséggel foglalkoznak, mert kiderült, hogy a mai kor sietősen dolgozó búvárai az adatok mintegy 10%-át hibásan idézik, míg *Wolff* könyvében feltétlenül megbízható gyüjtőmunkával gazdagodtunk. Ha meggondoljuk, hogy *Wolff* berlini gyakorló orvos létére a rák kóroktanának, szövettanának, vagyis elméleti részének kérdéseivel önálló vizsgálatok alapján nem ismerkedett meg, akkor fokozott mértékben lep meg az adatok halmazából levont következtetéseinek helyes, pontos volta. A német rákbizottság a szerzőt kitünő s általános elismerésben részesült művének folytatására tiszteletdíjban részesítette s így a harmadik kötet megjelenését, mely a statisztikáról, valamint a gyógykezelésről fog beszámolni, nagy érdeklődéssel várjuk.

Az I. kötet hét fejezetre, minden fejezet több alfejezetre oszlik s az atra bilis-, a lympha- és blastoma-elméletet, a sejtpathologiát, az embryonalis, a sejt- és a parasita-theoriákat tárgyalja.

A II. kötet a rákbetegség kórtüneteinek, kórbonczolástanának, kórszövettanának történeti fejlődéséről és a különböző szervek rákjának a kórjelzéséről számol be. Megjegyzendő, hogy a mű nemcsak a rák, hanem a többi rosszindulatú daganat irodalmát is felöleli, a mi értékét és használhatóságát még inkább fokozza. *Krompecher.*

J. Fischer: Aerztliche Standespflichten und Standesfragen. Eine historische Studie. Wien-Leipzig. W. Braumüller, 1912, 190 lap. Ára 4 K 80 fillér.

A szerző munkája méltán nevezhető első ily irányú kísérletnek, a mely az orvosi deontologia és az orvosi rendi viszonyok történelmi fejlődését taglalja. Munkájából eléggé kitetszik, hogy mindezen kérdések, mélyek oly modernül hangzanak, igen régóta, sok vonatkozásban már az ó-kor óta foglalkoztatták az orvosokat. Épp oly régi azon orvosi társulatok alakulása is, melyeknek czélja az orvosi méltóság és az orvosok anyagi helyzetének emelése volt. Kutatásainak felső határa a 18. század, mert az ez után előállott kérdéseket rendszerint már maguk a kortársak méltatták összefoglaló ismertetésre.

A munka első fejezetében szól: az orvosi titoktartás, a bejelentési kötelezettség, a hivatás gyakorlásának kényszere, az ingyenes szegénykezelés, az egyházi kötelezettség, a kollegialitás kötelmei, a consiliumokon való magatartás, a gyógyszerekhez való viszony, az orvosi reklám kérdéseiről; a második fejezetben az orvosi tiszteletdíj kérdését, az orvosnak jogi felelősségét, a társulatokat és egyesületeket, valamint az orvosi segélyező és jóléti intézményeket taglalja.

Elolvasásra méltó, forráskutatás alapján készült munka.

Győry.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az agar használatáról vehiculum gyanánt bélbajokban ir *Einhorn* tanár. Bélzavarokban nagy előny, ha a használandó szer nagy felületet fed be, mielőtt teljesen felszívódik. Ez pedig elérhető agarral. Mert a gyógyszerrel impraegnált agar először folyadékot vesz fel és csak azután válik belőle szabaddá osmosis útján a gyógyszer; minthogy pedig ez lassan megy végbe, nagy bélfelületekkel jön érintkezésbe. Előnye továbbá az agarnak az is, hogy erős vízszívó képessége folytán a bélsár mennyiségét nagyobbítja és a bélsarat puhábbá teszi. Innen van kedvező hatása székrekedés eseteiben (cascara sagradával kombinálva regulin néven van forgalomban). Jól használható továbbá az agar diarrhoea eseteiben is, a mennyiben megakadályozza a használt összehúzószerek és opium-készítmények folytán esetleg beálló túlságos kiszáradását, keménynyé válását a bélsárnak, a mi a bél nyálkahártyájának gyuladása vagy fekélyesedése esetén károsabb hatású lehet, mint a diarrhoea. A szerző a következő készítményeket állíttatta elő: 1. Phenolphthalein-agar; lecsapott kavéskanálnyi mennyisége 0·03 cm^3 phenolphthaleint tartalmaz. 2. Rheum-agar; kávéskanálnyi mennyisége 1 cm^3 extr. fluid. rhei-t tartalmaz. 3. Calumba-agar; kávéskanálnyi mennyisége 2 cm^3 extr. fluid. calumbae-t tartalmaz. 4. Gambir-agar; kávéskanálnyi mennyisége 2 cm^3 tinct. gambir. composit.-t tartalmaz. 5. Tannin-agar; kávéskanálnyi mennyisége 3 centigramm acidum tannicum-ot tartalmaz. 6. Simaruba-agar; kávéskanálnyi mennyisége 1 cm^3 tinct. simarubae-t tartalmaz. 7. Myrtill-agar; kávéskanálnyi mennyisége 1 cm^3 tinct. myrtill.-ot tartalmaz. 8. Ipecacuanha-agar; kávéskanálnyi mennyisége 1 cm^3 tinct. ipecacuanhae-t tartalmaz. 9. Sumbul-agar; kávéskanálnyi mennyisége 1 cm^3 extr. fluid. sumbul.-ot tartalmaz. A phenolphthalein- és rheum-agar székrekedés ellen jó; rendes adagja egy-egy kávéskanálnyi a reggeli és vacsora után. A calumba-agar nagyon jónak bizonyult sok nyálka termelésével járó colitis eseteiben, ha a székelés egyébként rendes; naponként 3-szor veendő be egy-egy kávéskanálnyi az étkezések után. A gambir-, tannin-, simaruba- és myrtill-agar heveny, főleg azonban idősült hasmenés ellen jó kávéskanálnyi adagban naponként 3-szor étkezések után. Az ipecacuanha-agart dysenteria ellen fogja megkísérelni a szerző. A sumbul-agartól ideges bélbajokban látott jó eredményt, naponként 3-szor adva kavéskanálnyit az étkezések után. (Berliner klinische Wochenschriftt, 1912, 3. szám.)

Sebészet.

Az agy homloklebenyében székelt tályogról értekezik *Butzengeiger.* Míg az otogen eredetű halántéklebeny- és kisagyvelő-abscessusok nem tartoznak a ritkábban előforduló megbetegedések közé, addig a rhinogen eredetű homloklebenytályogok aránylag ritkábban észleltetnek. Ennek oka abban rejlik, hogy az utóbbi megbetegedés nehezen diagnoskálható. A szerző esete, mely 12 éves gyermekre vonatkozik, több szempontból érdekes. Az infectio a sinus frontalisból indult ki és daczára annak, hogy az abscessus kifelé áttört, a fertőzés nem állapodott meg, hanem az agy felé is terjedt. A szerző ezt az irodalomban nem található kettős áttörést a sinusban levő infectio virulentiájából magyarázza. A tünetekre vonatkozólag különösen jellemző a gyakran ismétlődő hányás, a hirtelen feljajdulása a betegnek és a pulsus feltünő ritkasága. Az utóbbi symptoma igen fontos és azért a szerző minden oly genyedés esetén, mely az orrból vagy melléküregeiből indul ki, vagy a mely otogen eredetű, a pulsusnak pontos ellenőrzését ajánlja. Hiányzott a szerző esetében a pangásos papilla, nem voltak gócztünetek, nem volt hőemelkedés. A szerző esetében két recidiva volt, a mit a valószínűleg visszamaradt genygóczoknak tulajdonít, melyek ismételten abscessusokra vezettek. Abból a körülményből, hogy hetekkel a beteg gyógyulása után jelentkeztek, azt a tanuságot kell levonnunk, hogy az ilyen betegeknek hosszabb ideig kell orvosi felügyelet alatt állniok. A mi az agyhomloklebeny eltávolítható mekkoraságát illeti, *Denker* az ő esetében körülbelül diónagyságú agyállományt távolított el a nélkül, hogy a patiensnek valami kellemetlensége származott volna. A szerző a műtétet úgy végezte, hogy a bőrmetszést az orbitalis szél mellett vezette, majd a csonthártyától megfosztott csontot tette szabaddá, melynek eltávolítása után a durához jutott mely erősen feszült volt és pulsatiót nem mutatott. A punctióval már nagyon csekély mélységben genyet talált. Ezen helynek megfelelőleg az agyba bevezetett ujj kb. tyúktojásnagyságú tályogüregbe jutott. A mi a homloklebenyben előforduló abscessusok rosszabb gyógyulási statisztikáját illeti a kisagyéi és temporalis lebenyekéi mellett, ennek magyarázatát a szerző abban leli, hogy az utóbbi esetekben a beteg úgy helyezkedhetik el, hogy a geny könnyen kiürül.

Recidiva jelentkezésekor ajánlatos ellennyílást készíteni, a mit a szerző is esetében kénytelen volt megtenni. (Münch. medizin. Wochenschrift, 1911, 46. szám.)

Ifj. *Háhn Dezső* dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori meningitis cerebrospinalisról és antimeningococcus-serummal való gyógykezeléséről értekezik *Papauagiotu.* Adatait az Athénben legutóbb lefolyt járvány alkalmával, 14 eset kapcsán szerzett tapasztalataiból merítette. A megfigyelt gyermekek kora 8 hótól 10 évig változott. Kimutatja, hogy a fertőzést nem annyira a beteg gyermek, mint inkább a csírahordozó egészséges egyén terjeszti. Ennek oka szerinte az, hogy egyrészt a beteg többé-kevésbé el van különítve, másrészt ilyenkor a meningococcus virulentiája csökkentnek látszik. A betegséget néha hosszan elhúzódó különböző tünetek vezetik be és csak napok, esetleg hetek mulva állanak be a jellegzetes tünetek (fokozott reflexek, opisthotonus, tarkómerevség). Főleg a lumbalpunctio vezet eredményre a kórjelzésben, s így a mint a kutacska feszült, vagy a reflex fokozódott és gyanunk meningococcus okozta meningitisre irányul, lumbalpunctiót kell végezni.

Kisérleteit főleg a *Dopter*-féle serummal végezte. A serum alkalmazásakor fontos az, hogy a lumbalpunctiót követőleg aránylag nagy adag (2 éven túllevő gyermeknek 30,

kisebb gyermeknek 10—20 cm³) serumot kell a gerinczcsatornába fecskendezni. Nem baj, ha a kibocsátott liquor mennyisége kevesebb, mint a serum. E befecskendezések 2—3-szor, illetőleg 4-szer is ismétlendők pár napi időközzel. Eredményük az, hogy a tünetek lényeges javulása mellett a liquor cerebrospinalis csakhamar megtisztul, a láz alábbhagy. A serummal kezelt esetek halálozása jóval kisebb, a régi 80%-kal szemben körülbelül csak 14—18%. A serumnak jótékony hatása azonban abban is nyilvánul, hogy a meningitis szövődményei is jóval kisebb számmal voltak észlelhetők. Végeredményben 14 eset közül 1 meghalt, 1-ben állandó süketség és 2 esetben iridochorioiditis után vakság maradt vissza. Teljes gyógyulás tehát 10 esetben állott be.

A serum alkalmazásakor kisebb-nagyobb kellemetlenségek előfordulhatnak. A serum befecskendezését rendesen 5—6 óra mulva heves főfájás és végtagfájdalmak követik, mérsékelt hőemelkedéssel. Máskor 5—8 nappal a serum adása után magas lázakkal járó urticaria jelent meg. Egy esetében a 3. befecskendezés után syncope állott be, a mely azonban nem vált végzetessé. A punctiókat három egymásután következő napon végezte és így lehetséges, hogy maga a punctio váltotta ki a syncopét azzal, hogy a központi idegrendszert a megszokott nyomásától túlhirtelen szabadította meg. A serum nemcsak a betegség lefolyását befolyásolja kedvezően, hanem a tartamát is lényegesen megkurtítja. (Archives de Médecine des Enfants, 1911, 11. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Orthopaedia.

Az angolkórról, mint a hátgerinczelgörbülés okozójáról értekezik *M. Böhm* (Berlin), a ki az utóbbi időben behatóan foglalkozik a skoliosis aetiologiájának a kutatásával s kinek eddigi dolgozataiban közölt következtetései általános elfogadottságnak örvendenek. Az úgynevezett angolkóros ágyéki púp két muzeumi készítményének a leírásával azon tapasztalatra mutat rá, a mire *Spitzy* is figyelmeztetett, hogy az ilyen púp nem mindig sagittalis irányú, hanem legtöbbször oldalelhajlást is mutat. Ez a lumbalis kyphoskoliosis az okozója óriási százalékban a csak a későbbi gyermekkorban felfedezett hátgerinczelferdülésnek. Eddig közölt dolgozatait is összefoglalva, czikke végén *Böhm* odakonkludál, hogy a skoliosis aetiologiáját illetőleg:

1. a gerinczelferdülés eredete a fiatal korban általában vagy világrahozott, vagy angolkóros eredetű elváltozásra vezethető vissza. Ama felfogásnak, mely az ú. n. habitualis vagy iskolaskoliosis — általában a csontvázelváltozásokon nyugvó deformált alakjában rögzített skoliosis — létrejöttét mechanikai befolyások következtében ép gerinczen kifejlődöttnek tartja, a modern orthopaediában nincs helye;

2. ha igaz az a törekvés az orvostudományban, hogy minél korábban fogjunk hozzá a kóros elváltozások gyógyításához, mert annál eredményesebb a működésünk, úgy a skoliosis gyógykezelését már a csecsemő- vagy a kora gyermekkorba helyezzük át. Főleg csecsemőkön lesz az esetleges világrahozott elváltozás diagnoskálható és florid angolkórban szenvedő gyermeken figyelmünk úgy diagnostikai, mint therapiai szempontból a gerinczoszlop elváltozására fordítható. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, 6. szám.)

Kopits dr.

A kis trochanter izolált törésének ismeretéhez szolgáltat adatot *A. Blencke* (Magdeburg). Egyetlen megfigyelt esetével szaporítja e csak nagyon kis számban közölt ritka törésről tudott ismereteinket. A törés szerinte úgy jön létre, hogy az active összehúzódó m. ileopsoas passive erősen megnyujtatik, a mi által a kis trochanter az epiphysis-vonalban leszakad. A leirt esetek mind az adolescentia korában levő fiúkon észleltettek. *Blencke* esetében a 16 éves fiú erdőben mohos kőről lecsúszva, törzsét erősen hátravetette az egyensúly helyreállítása végett, mire a lágyékában villámszerűen beállott heves görcsös fájdalomra összeesett. A törés Röntgen-felvétel nélkül alig diagnoskálható, direct a törésre jellegző tünetek nem észleltetek, talán még legállandóbb, minden esetben észlelt tünet, hogy a sérült a végtagját a fekvőhelyről active felemelni képtelen, míg passive a csípőizület összes mozgásai szabadok. A prognosis jó. A gyógykezelés czélszerű fektetésből áll hajlított és kissé kifelé forgatott czombbal, ilyenkor a kis trochanteren tapadó izomzat teljesen el van lazulva. A csontos egyesülés bekövetkezéséig a sérültnek végtagját használni, járni nem szabad. (Zeitschr. f. orth. Chir. XXIX. k. 3—4. f.)

Kopits dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Chocolin a neve egy új hashajtó tápszernek, a mely cacaoból, mannából és phenolphthaleinból áll, még pedig egy kávéskanálnyi mennyiség (mintegy 5 gramm) 0·025 gramm phenolphthaleint tartalmaz. *Lewandowski* jó eredménynyel használja ezt a szert, a mikor spontan egyáltalán nincs székürülés, továbbá szülés utáni bélatonia, splanchnoptosis, valamint gyomor- és bélműtétek utáni bélrenyheség eseteiben. Olyan módon készítendő el, mint a cacao (forró vízzel vagy forró tejjel elkeverés). Gyermekek számára 1—2 kávéskanálnyi, felnőttek számára 3—4 kávéskanálnyi mennyiségből készítendő el az egészen kellemes ízű ital, a melyet legjobb este a lefekvés előtt elfogyasztani. A szerző nagyon ajánlja a chocolin használatát kevésvérű fiatal leányoknak, a mennyiben a székürítés rendeződése útján az autointoxicatio a bél felől megszűnik, pedig ennek nagy a jelentősége az anaemia keletkezésében, illetve fentartásában, másfelől pedig egyúttal mint jó tápszer is szerepel ez a szer. (Therapie der Gegenwart, 1911, 12. füzet.)

Enteritis follicularis eseteiben *Olfert* jó eredménynyel használja a magnesiumperhydrol-tablettákat. Naponként háromszor adandó 0·5 gramm. (Therapeut. Monatshefte, 1911, 10. füzet.)

Bronchitis ellen *Lemoine* szerint nagyon jók a creosotklysmák. 30 csepp creosotot egy tojás sárgájával és 4 evőkanálnyi langyos tejjel veregetéssel emulgeálunk és ezt az emulsiót a végbélbe fecskendezzük. (Rif. med., 1911, 1259. l.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 8. szám. *Hönig Adolf:* Metanephrin, egy új magyar mellékvesekészítmény a szemgyógyítás terén. *Brenner József:* Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1912, 9. szám. *Manninger Vilmos*: Az idegek traumás megbetegedései.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 9. szám. *Máthé Szabó Károly:* 1. A tuberculosis elleni küzdelem módjai középiskolákban. 2. A tuberculosis praedispositiójáról. „Fürdő- és vízgyógyászat" melléklet 1. szám. *Dalmady Zoltán:* Kisérleti adatok a bőringer okozta bővérűségnek ismeretéhez. *Pető János:* A szénsavas fürdők alkalmazása.

Vegyes hirek.

Veszprémi Dezső dr. kolozsvári egyetemi magántanárnak, a kórbonczolástani intézet adjunctusának a király a rendkívüli tanári czímet adományozta.

Kinevezés. A belügyminister *Mutschenbacher Béla* dr. budapesti gyakorló orvost az országos közegészségügyi tanács tagjává, *Scholtz Kornél* dr. trachomaügyi segéd-felügyelőt trachomaügyi felügyelővé nevezte ki. — *Spatz Adolf* dr. csornai orvost az államvasutak igazgatósága orvosi tanácsadóvá nevezte ki. — *Kmety Károly* dr.-t Poprádon vasuti orvossá, *Brezsny Ede* dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá, *Rabstein Mátyás* dr.-t, *Heller Pál* dr.-t és *Martos István* dr.-t a székesfővárosi kórházakhoz segédorvossá, *Balassovich Gyula* dr.-t és *Mesterich Elek* dr.-t a pécsi közkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Reisz József* dr.-t Ujdombováron, *Bárány Lipót* dr.-t Dombováron, *Berky József* dr.-t Dunaföldváron községi orvossá, *Berger Géza* dr.-t Muraszerdahelyen, *Bleyer Sándor* dr.-t Árpádon körorvossá választották.

Navratil Imre tanárt a „Wiener rhino-laryngologische Gesellschaft" egyhangúan levelező tagjává választotta.

A kolozsvári tiszti orvosi vizsga eredménye. Az 1912. évi január hóban Kolozsvárt megtartott tiszti orvosi vizsgák alkalmával képesített orvosok névjegyzéke: Kitünően képesittettek: *Hanasievicz Oszkár* cs. és kir. ezredorvos, Kolozsvár. *Kresméry Károly* műtőnövendék, Kolozsvár. Képesítettek: *Balog Arthur* műtőnövendék, Kolozsvár. *Gergely Fülöp* kórházi alorvos, Léva. *Gönczi Dezső* kórházi alorvos,

Sátoraljaujhely. *Goldner Jenő* körorvos, Retteg. *Jakobi József* egyetemi tanársegéd, Kolozsvár. *Kubiss Ágoston* műtőnövendék, Kolozsvár. *Moeferdt Gusztáv* városi t. orvos, Nagyszeben. *Nagy Sándor* m. kir. honvéd ezredorvos, Szamosujvár. *Remisovszky János* körorvos, Bátos. *Stubenvoll Ferencz* műtőnövendék, Kolozsvár.

Meghalt. *Roszival József* dr., nagyapponyi körorvos, 43 éves korában. — *Kohuth Antal* dr. február 19.-én Budapesten. — *A. Grünhagen,* az orvosi physika rendkívüli tanára a königsbergi egyetemen, 70 éves korában. — *M. E. Cestan,* a sebészet rendes tanára Toulouseban. — *E. Landergren* dr., az élettan magántanára Stockholmban. — *P. Ivanovsky,* régebben a kórbonczolástan tanára a szt. pétervári katonaorvosi akademián.

Megjelent. *Dobrovits Mátyás:* Schmid Hugó emlékezete. Pozsony, Wigand K. F. könyvnyomdája.

Az orvostanhallgatók száma a német egyetemeken a legutóbbi félévben a következő volt (a zárójelben levő számok a nőhallgatókra vonatkoznak): München 2137 (66); Berlin 1982 (172); Leipzig 841 (26); Freiburg 824 (62); Heidelberg 623 (41); Würzburg 587 (8); Bonn 548 (32); Breslau 517 (15); Kiel 457 (11); Königsberg 432 (18); Strassburg 427 (13); Marburg 347 (16); Halle 346 (9); Erlangen 342 (14); Jena 342 (11); Tübingen 330 (15); Göttingen 298 (10); Rostock 277 (2); Giessen 257 (13); Greifswald 253 (4); Münster 178 (8).

Az epilepsia elleni védekezés nemzetközi ligája ez évi gyűlését szeptember 6. és 7.-én tartja Zürichben. Egyidejűleg ülésez ott a *svájczi psychiaterek és neurologusok egyesülete,* valamint *a psychologia és psychotherapia nemzetközi congressusa.* Az ügyvivő ülés elnökei: *Tamburini* (Róma) és *Monakow* (Zürich). A tudományos ülés elnökei: *Forel* (Yvorne) és *Donath* (Budapest). A programm a következő referatumokat tartalmazza: Konyhasószegény étrend; referensek: *Ulrich* (Zürich), *Bálint* (Budapest). Alkoholepilepsia; referens: *C. Binswanger* (Jena). Azonkívül előadást tart: *H. Claude* (Páris), *Muskens* (Amsterdam), *Aldren Turner* (London), *Mingazzini* (Róma) stb.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A serumbetegség megelőzéséhez* szolgáltat adatot *Friedberger* és *Mita.* Kisérleteik kimutatták, hogy idegen serummal szemben túlérzékenynyé tett tengeri malaczok jól tűrik az egyébként halálos serum-mennyiségnél jóval nagyobb adagot, ha a vérbe fecskendezzük be nagyon lassan. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 5. szám.) — *A gyermek- és fiatalkori heveny nephritis* prognosisa *Ernberg* szerint jó; 156 esetet tudott megvizsgálni 16–23 évvel a heveny nephritis lezajlása után és egy esetben sem talált idősült nephritisre utaló tüneteket. A heveny nephritishez csatlakozó, huzamosabban tartó fehérjevizelés is jó természetű s azért kerülni kell az ilyen egyéneknek olyan módon kezelését, mintha nephritisük volna. (Nord. med. arkiv. 44. kötet.) — *A vikariáló bőrműködésről vesebajokban* tartott előadást *Schwenkenbecher.* Általában felveszik azt, hogy az izzasztókúrák vesebaj esetén azért hasznosak, mert ilyenkor a vese hiányos működése folytán a szervezetben visszamaradó káros anyagok a bőséges verejtékkel távozhatnak. A szerző azonban pontos vizsgálatokkal kimutatta, hogy a vesebajosok verejtéke néha ugyan concentráltabb, mint az egészségeseké, a N- és NaCl-kiválasztás azonban csak olyan kis mértékben nagyobb, hogy gyakorlatilag számba sem vehető. Ennek folytán az izzasztás kedvező hatása tisztán csak a keringési viszonyok megváltozásának, főleg a vesecongestio megszűnésének tudható be. (Aerztl. Verein in Frankfurt, 1911. okt. 23.-i ülés.) — *Zlatogoroff* és *Willanen* izolált nyúlszíven vizsgálta a *gyógyító serumok hatását* a szivre. Azt találták, hogy e serumok néha rendkívül mérgező hatásúak; ugyanilyen mérgező hatása van néha a normalis lóserumnak is. (Ref. Berl. klin. Wochenschrift, 1911, 2234. l.)

Gehes Codex czímmel másfél évvel ezelőtt a *Gehe*-féle vegyészeti gyár (Dresden-Neustadt) kiadásában vaskos kötet jelent meg, mely betürendben sorolja fel az összes gyógyszereket, gyógykészítményeket, kozmetikai szereket, rövid megjegyzések kiséretében az illető szerek és készítmények összetételéről, használat- és adagolásmódjáról. Ezen kötet kiegészítése a most megjelent, 115 lapra terjedő füzet, a mely az azóta forgalomba hozott újabb készítményeket ismerteti. Tekintettel arra, hogy a Gehe-Codex a titkos szerekre is kiterjeszkedik, valamint azon specialitásokra, a melyekről az orvos csak nehezen, avagy egyáltalában nem szerezhet tudomást: az ilyen munka nagyon jó szolgálatot tesz a gyakorló orvosnak. A munkát a nevezett czég szívesen rendelkezésre bocsátja az érdeklődőknek.

Személyi hirek külföldről. *J. Morgenroth* dr. magántanárt és czímzetes tanárt a berlini egyetem kórbonczolástani intézetén rendszeresített bakteriologiai osztály vezetőjévé nevezték ki. — *M. Voit* dr.-t, az anatomia magántanárát Göttingenben rendkívüli tanárrá nevezték ki.

Hirek külföldről. *Lister* lord-ot, a kit az angol sajtó egyhangúlag a 19. század legnagyobb emberének proklamál, a történelmi nevezetességű Westminster Abbey-ban akarták eltemetni, Anglia legnagyobb férfiainak temetei mellé; de ettől elállottak, mert kitudódott, hogy *Lister*-nek magának az volt a kívánsága, hogy temessék régebben elhunyt felesége mellé a hampsteadi sírkertbe. Igy csak nagyszabású halotti ünnepély volt az emlékezetére a Westminster Abbey-ban, Angolország e nemzeti pantheonjában. Az angol királyt *Sir Frederik Treves,* a királynőt *Sir Francis Laking* képviselte. A német császár koszorút küldött a nagy halott ravatalára. Francziaországot *Lippmann, Chauveau, Dastre, Roux, Pozzi* tanárok, Németországot *Garré* tanár (Bonn), Hollandiát *Treub* tanár (Amsterdam) képviselte. — A *Vilmos* császár által alapított tudománypártoló társaság átveszi a rovignoi biologiai állomás vezetését, továbbá programmjába mint legközelebb megvalósítandót egy-egy, a fejlődéstan és örökléstan, továbbá a kisérleti kórtan, agykutatás és mikrobiologia czéljaira szánt intézet létesítését vette fel. — *Hitzig*-né, az ismert agyphysiologus özvegye a berlini tudományos akademián 85.000 márkás alapítványt tett férje emlékére. Az alapítvány kamatai az agyphysiologiára vonatkozó kutatások előmozdítására és jutalmazására fordítandók.

Lapunk mai számához a „*Le Ferment*"-társaság **Lactobacilline tabletták** czímű prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *Dr. Fränkel Zsigmond,* Wien **„Arsoferrin-Tektolettek"** czímű czikkének különlenyomata van mellékelve. Föraktár: Apotheke zum Heil. Geist, Wien I., Operngasse 16.

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd. VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szívbetegek** és üdülők részére.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät. és physik. kezelés Radiuminhalatorium.

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. **Röntgen- és villamos orvosi készülékek gyára**
Budapest, Rákóczi-út 19.

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium.** Ujonnan átalakitva. **Prospectus.**

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörü fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice"-ben fekvőcsarnok, magyar ápolónő, magyar konyha, a „Continental Palace"-szálló minden emeletén meleg tengeri fürdő és magyar fürdőápolónő; a Grand Hotel Belle-Vue-ben diaet. konyha, „Villa Olympia" magyar ház, kellemes otthon fiatal leányok és egyedül utazó hölgyeknek. Felvilágositást készséggel nyujt **Czirfusz Dezső** dr., kir. tanácsos.

István úti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (II. rendes tudományos ülés 1912 január 20.-án.) 172. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1912 január 27.-én, február 3.-án és február 10.-én tartott I. II. és III. szakülés) 175. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 176. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1912 január 20.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik**, később **Preisz Hugó.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

Csepleszcsavarodás operált esete.

Borszéky Károly: A 63 éves beteg gyermekkora óta szenved jobboldali lágyéksérvben, a mely azonban semmi kellemetlenséget sem okozott neki. 1911 november 4.-én vették fel *Réczey* tanár klinikájára. Elmondta, hogy három hét előtt minden kimutatható ok nélkül sérve hirtelenül fájdalmas lett, megduzzadt és többé visszatenni sem ő, sem orvosa nem tudta. Fájdalmai folyton fokozódtak, hasa megpuffadt, többször hányt, de széke minden nap volt. Ezen idő óta folytonosan ágyban feküdt, hideg borogatásokat rakott, de állapota javulni nem akart. Felvételekor a jobboldali herezacskó-félben lúdtojásnyi, kemény tapintatú, nyomásra kissé fájdalmas, tompa kopogtatási hangot adó s vissza nem helyezhető sérvet találunk. A vakbél tájékán jókora férfiökölnyi, fájdalmas, tompa kopogtatási hangot adó térfogatnagyobbodás van, a mely nem hullámzik. A daganat a Poupart-szalag felé nem határolható el. A beteg láztalan, gyakori vizelésingere van. Szék, szelek spontán távoznak, meteorismus nincs.

Sérvtömlőbeli appendicitisre gondolunk, de a megejtett Röntgen-vizsgálat kimutatja, hogy a tapintott daganat a vakbéllel nem függ össze, hanem azt felfelé, a bordaív alá nyomja.

Műtét veronal-chloroform-narcosisban november 11.-én. Pararectalis metszés a köldök magasságától a Poupart-szalagig. A hasüreg megnyitásakor kissé vörhenyes, tiszta savó ürül. A nagy cseplesz a haránt remese alatt mintegy három ujjnyira tengelye körül többszörösen meg van csavarodva; véges-végig rögzítve belefolytatódik a jobboldali lágyékcsatornába és körülvéve a kis hólyagot, a kis medenczébe. A csavarodás helye felett lekötve a csepleszt, distalis részét a felszálló remeséről, a vakbélről és a hólyagról lefejtve, a funiculus-szal és a herével együtt eltávolítjuk. Teljesen zavartalan per primam gyógyulás után deczember 3.-án elhagyja a klinikát.

A kiirtott nagy cseplesz-conglomeratum kb. ökölnyi, valamint ezzel szorosan összefüggő kétökölnyi tömegből áll, a melyek közül az utóbbi hosszirányban megnyúlva, két csúcsban végződik. Az alsó a hegesfalú sérvtömlőbe nyúlik és vele, valamint a funiculus-szal szívósan összenőtt. Felső vége elvékonyodik és kétszer megcsavarodva hossztengelye körül, csigaszerű csavarmeneteket alkot. A cseplesz egyébként kisebb-nagyobb, vörhenyes sárga, a mélyebb részekben vérzésesen beszűrődött zsírlebenykékből áll, melyek között almányi, önálló fallal nem biró ürök vannak, véralvadékkal és folyékony vérrel kitöltve. Mikroskopi metszeteken a cseplesz mindenütt a normalisnak megfelelő rajzolatot mutat; a venák erősen tágultak és vérrel kitöltöttek. A szövet mindenütt el van halva, magfestés sehol sem látható, leszámítva a széli részekben néhány nagyobb ért, melyekben a nagyrészt polynuclearis fehér vérsejtek, valamint az ezekkel keveredett fibroblastok magvai megfestve láthatók.

Érdekes ez esetben, hogy a cseplesz csavarodása minden kimutatható ok nélkül állott be és hogy kifejezettebb incarceratiós tüneteket nem okozva, csak 3 hét mulva került műtétre.

Fekély okozta homokóra-gyomor és pylorus-szűkület operált esete.

Borszéky Károly: A 38 éves napszámosnak négy év óta vannak gyomorpanaszai. Eleinte csak gyomortáji szúró fájdalmai voltak, savanyú felböfögéssel, de egy év óta majdnem naponta hány, étvágytalan. 12 kilót fogyott, nagyon elgyengült és munkaképtelen. Három héten át *Kétly* tanár klinikáján kezelték, de állapota, daczára az alkalmazott gyógyszereknek és diaetának, nem javult; testsúlyából folyton veszített és többször megismétlődvén a vérhányás, 1911 november 17.-én *Réczey* tanár klinikájára tették át ulcus okozta homokóragyomor-diagnosissal.

A klinikára történt felvételkor a beteg annyira gyenge, hogy felállni sem tud; keresztcsontja felett gyermektenyérnyi decubitus. Nagyon halvány, pulsusa kishullámú, szapora (perczenként 100). A gyomortájon homályos, nyomásra érzékeny resistentia.

Műtét chloroform-narcosisban november 21.-én. Metszés a középvonalban a köldökig. A gyomor perigastrialis adhaesiókkal rögzített; elülső felszinén a nagy görbület közelében egy ötkoronányi keményedés érezhető, melynek megfelelőleg a serosa élénk piros színű; ezen területhez a kis görbület le van húzva, úgy hogy a gyomor lumene ezen a helyen meg van szűkülve és homokóraszerű behúzódást mutat. A pylorus a pankreashoz és a májhoz rögzített; elülső felületén koronányi keményedés érezhető, a melyhez a cseplesz könnyen leválaszthatólag oda van tapadva. A gyomor pylorusrészlete szintén tágult, de kisebb, mint a cardialis. Gastroenteroanastomosis antecolica anticát végzünk úgy a cardialis, mint a pylorusos gyomorrészleten és az odavezető és elvezető jejunumkacs között *Braun*-féle anastomosist.

Teljesen zavartalan lefolyás; a hányás megszűnt; a 10. naptól fogva vér a székletében nem mutatható ki. Per primam gyógyulás. A decubitusnak lassú gyógyulása folytán az illető csak 1912 január 9.-én hagyta el a klinikát.

A műtét után végzett gyomorvizsgálat szerint a próbaebéd után 6 órával bevezetett gyomorcsövön át semmi sem ürült. A Röntgen-átvilágítás szerint a gyomor a közepe táján erős behúzódás által ketté van osztva és mindkét részlete csücsökszerű hegygyel lefelé néző kiöblösödést mutat; mind a két gyomorrészleten, még pedig részint egyidejűleg, többnyire azonban váltakozva kifejezett peristaltika látszott és ilyenkor a gyomortartalomból mindegyik csücsök egy-egy kisebb adagot átlökött a bélbe olyan módon, mint a hogy azt rendes körülmények között a pyloruson keresztül látni.

Tehát a gastroenteroanastomosis a gyomornak mindkét részletén egyaránt jól működik.

Tüdőgangraena műtéte, gyógyulás.

Pólya Jenő: A 43 éves vasúti raktárnokot 1911 május 30.-án vették fel *Dieballa* főorvos Szt. István-kórházi osztályára. Felvétele előtt egy hónappal lett beteg, meghűlt, tüdőhurutja volt, majd bűzöset kezdett köpni. Lázas, étvágytalan, betegsége óta 15 kilót fogyott. Családi terheltség nincs, köpete bő, teli szájjal szokta kiköpni; véreset nem köpött.

A kopogtatás a jobb tüdő felett hátul a VIII., elül a IV. bordánál fekvő felső határral biró dobos zonát mutatott ki a bal tüdő felett, mely felett crepitatio és középhólyagú ropogó szörtyzörejek voltak hörgi alaplégzés mellett hallhatók; a jobb tüdő felett rendesek a kopogtatás viszonyai, sejtes a légzés; a szívlelet normalis; a has, az idegrendszer szintén. A köpet genyes, bűzös, zöldes-sárgaszínű, 3 rétegből áll: az alsó törmelékes, a középső genyes és a felső habos; a köpetben rugalmas rostok vannak, gümőbacillusok nincsenek.

A beteg felvétele napján és az azt követő napon láztalan, 37·2° maximalis temperaturával. Június 1.-én 38·3° az esti hőmérsék, 2.-án 38·2—38·8° közt ingadozik a hőmenet. Ekkor osztályomra tétetett át, hol 10 napi megfigyelés alatt mindössze 2 napig (június 9 és 12) volt 38·4—38·5°-ig emelkedő láza, egyébként legfeljebb pár tized (37—37·7°) hőemelkedése volt. Ezért visszahelyeztük *Dieballa* osztályára, a hol

azonban állapota nem javult, sőt 17-étől kezdve naponta 38·2—39·2°-ig emelkedő hőmérséke volt, a köpet bűzös voltából, daczára az adagolt myrtholnak, nem veszített s a beteg erőbeli állapota napról-napra romlott; ezért *Dieballa* főorvossal együtt műtétre határoztuk el magunkat, melyet localis anaesthesiában június 21.-én végeztem. Baloldalt hátulalul kissé lefelé ívelt bemetszés, a VI., VII. és VIII. bordákat reszekáljuk, a mi a pleura megnyitása nélkül sikerül. Kiderül, hogy a pleura a tüdővel a műtét területén összenőve nincs. Óvatosan kis nyilást készítünk a pleurán és rajta kihúzzuk a bal tüdő alsó lebenyét, a mely atelectasiás. A kihúzott tüdőrész felső hátulsó sarkán keményebb helyet érzünk, mely körül a pleura lazán odanőtt A kihúzott tüdőrészletet catguttel a pleura sebébe varrjuk, a varratok egy része azonban köhögés közben többször kiszakad, miközben kevés levegő tolul a mellürbe; ezért megelégszünk azzal, hogy a pleurát e helyen tamponáljuk A megkeményedett tüdőrészben több próbapunctiót végzünk s az egyik helyről bűzös czafatokat kapunk; ebben az irányban paquelinnel behatolunk a tüdőbe és kb. 3 cm mélységben egy jó tyúktojásnyi, bűzös czafatokkal telt üregre bukkanunk, melyet kitisztítunk és jodoformgaze-zel tamponálunk. Műtét után az addig penetráns bűzű köpet teljesen szagtalanná vált; a későbbi lefolyás folyamán azonban a köpet bűzössége néhány napra több ízben visszatért; a láz sem esett le közvetlenül a műtét után, láztalan intervallumokkal lázas napok 37·5—39·5°-ig menő hőemelkedésekkel váltakoztak és csak augusztus 1.-étől kezdve maradt a beteg teljesen láztalan. Teljesen gyógyult sebbel augusztus 8.-án helyeztük vissza a belosztályra, hol még egy hétig maradt megfigyelés alatt. A köpet még ekkor is kissé bűzös volt, mikroskop alatt rugalmas rostokat még mutatott. A beteg azonban teljesen láztalan volt jó közérzettel. A physicalis vizsgálat a bal tüdő felett az V. bordától a VIII.-ig tompult dobos, a VIII.-tól kezdve tompa kopogtatási hangot adott. A tompult dobos zona felett a légzés hörgi, a tompult rész felett hiányzik.

A beteg azután tengerpartra ment üdülni. Egy hó mulva jelentkezett újra kitünő általános állapotban; köhögése elmult, köpete teljesen szagtalanná vált; a tompulat teljesen eltűnt, a bal tüdő felett hátul kissé gyöngült sejtes légzés. Azóta mint vasúti alkalmazott állandóan nehéz munkát végez és leszámítva a csekély fájdalmakat a műtét hegében, teljesen jól érzi magát, megerősödött és meghízott.

Dollinger Gyula: A tüdőtályog diagnosisa nem nehéz, de a lokalizálása igen. Már pedig a sebészi beavatkozás szempontjából ez a fontos. A közönséges physicalis vizsgálati módok erre nem elegendők. Nagy lendületet nyert a tüdőtályog localisatiója a Röntgen-vizsgálattal. *Korányi* klinikáján a Röntgen-vizsgálatra be vannak gyakorolva és erről a klinikáról bronchiectasiákat és két tüdőtályogot kaptam operálás végett.

A mi az indicatiót illeti, nagyon sokáig nem kell várni. Igaz ugyan, hogy vannak esetek, melyek spontán gyógyulnak, de ezek kivételek és a legtöbb eset operatio nélkül elpusztul. Ezért, ha a diagnosis és a localisatio megvan, sürgősen kell operálni.

Egyik esetem ötvenen felüli férfi, a másik 23 éves nő. A tályog mindkét esetben lokalizálva volt. Azonnal műtéthez fogtunk. Készen tartottuk a magaslégnyomásos készüléket. Jobb a *Tiegel*-féle, mint a *Brauer*-féle szekrény. Bemetszettünk a bordák közt (a bordaresectio nem is mindig szükséges) és ekkor készen tartva a magaslégnyomásos készüléket, a mellürt megnyitottuk. A tüdő kivarrása következett most, melynek lég- és vízmentesen kell történnie és ezután végeztük a próbapunctiókat. Jobb késsel bemetszeni a tüdőbe mint szúrni. A tályogot kiürítettük. Az ötvenen felüli férfi későn jött, elpusztult tovaterjedő sepsises pneumoniában, a 23 éves nő meggyógyult.

Ujból hangsúlyozom, a tüdőtályog operálásával nem szabad sokáig várni.

Pólya Jenő: Tüdőgangraena esetében, a míg láztalan a beteg és jól érzi magát, csak a köpet bűzös, várni lehet. De ha lázas, *Dollinger* álláspontján vagyok: operálni kell, ha a localisatio biztos. Ha nincs localisatio, ne operáljunk. Egy esetemben miliaris tályogok voltak, a beteg elpusztult.

Agydaganat kiirtása a bal homloklebenyből.

Donath Gyula és **Pólya Jenő**: K. L.-né, 36 éves, színész neje, felvétetett 1911 január 6.-án *Donath* főorvos Szt. István-kórházi osztályára. Öt év óta időnkint görcsei támadnak, melyek félóráig is tartanak s melyek alkalmával eszméletét veszti; két év óta a görcsök gyakrabban jelentkeznek. *Donath* osztályán 11 hónapig észlelték. Ezen idő alatt igen gyakran, bizonyos időszakokban naponta jelentkeztek a görcsök, melyek a jobb kéznek és a jobb arczfélnek egy perczig tartó reszketésében állottak, e mellett az eszmélet nem veszett el, néha erősebb görcsök mutatkoztak, midőn a jobb kézről kiinduló és az egész jobb testfélre kiterjedő rángógörcsök állottak be, melyek 10 perczig és azon túl is eltartottak és eszméletveszteséssel jártak. A görcsökön kívül gyakran észleltek epés hányást. A február 25.-én *Goldzieher* által megejtett szemtükri vizsgálat jobboldalt határozott papillitist kisterjedelmű duzzadással, baloldalt pedig papillitis egész kezdeti szakát találta; a május 26.-án és november 11.-én megejtett vizsgálat mindkét oldalt kifejezett pangásos papillát eredményezett. Mivel a Wassermann-reactio positiv volt, *Donath* osztályán két ízben (január 27 és augusztus 24) salvarsan-injectiót adtak, de a tünetek nem javultak, sőt a bénulás, a papillitis, az intelligentia folyton romlott és azért 1911 november 13.-án osztályomra tették át a beteget a következő állapotban:

Kistermetű, gracilis nő. Mellkasi szervei épek. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A visus mindkét szemen $^5/_{70}$. A jobb sulcus nasolabialis elsimult, a jobb szájzug lecsüng és a száj jobb fele nevetéskor elmarad. A jobb kéz ujjait behajlítva tartja, kinyujtani őket csak passive sikerül, a kéz szorító ereje minimalis; a könyökön is spasmusos contractura. Jobb alsó végtagját járás alkalmával erősen maga után húzza, járása bizonytalan, úgy hogy csak idegen segítséggel bir járni. Beszéde erősen akadozó, a szavak gyakran nem jutnak eszébe, azonban a kimondott szavakat megérti. Figyelme igen gyorsan kimerül, ha az olvasó-táblát pár másodperczig nézi, már igen nagy fáradtságot érez. Psychéjét emelkedett hangulat jellemzi, folyton nevet és idétlen, tréfásnak szándékolt megjegyzéseket tesz.

Ezen tünetek alapján, tekintettel a jobb testfélen jelentkező görcsökre, a jobboldali bénulásokra és a psychés alteratióra, azonfelül a fokozott intracranialis nyomás általános tüneteire, *a bal frontalis lebenyben székelő daganatra tettem Donath* tanárral együtt a diagnosist és itt végeztem november 16.-án a trepanatiót. Aether-narcosis. Négyszegletes, 12 cm. magas és 11 cm. széles bőrcsontlebeny készítése előzetes „Hinterstichtsteppnaht“ után alul fekvő alappal; a csont folytonosságát fraise-zel és Gigli-fürészszel szakítottam meg. A dura igen feszesen előmomborodó, a csontlebeny visszahajtása alkalmával kis helyen megsérült és itt kis daganatrészlet elő is tolakodik. A durából felül fekvő alappal biró lebenyt alkotunk, az arteria meningea media kettős aláöltése után s ekkor előttünk van a körülbelül öt koronányi területű, szürkés-vöröses színű, puha dudoros daganat, mely úgy külsejével, mint consistentiájával elüt a környező agyállománytól, azonfelül abból ki is emelkedik. Ezt a daganatot, mely az agyállományba mintegy 3—3½ cm. mélységben terjed bele, részben ujjunkkal, részben vékony és keskeny spatulával kihámozzuk. Az ennek nyomán támadt vérzés meleg sósvizes tamponokkal compressióra teljesen megszűnt és ekkor látjuk, hogy a daganat ágyát, mely különben szemlátomást kitelődik, mindenütt ép agyállomány — részben kéreg-, részben velő — alkotja. A dura sebének teljes bevarrása után a csontbőrlebenyt visszahajtjuk s a musculus temporalist catguttel, a bőrt silkwormguttel bevarrjuk.

A kiirtott daganat legnagyobb méretei formalinnal keményítés után 5 × 6 × 3 cm,, a szövettani vizsgálat gliomát eredményezett. „A beküldött daganatrészleten semmi normalis szövetet sem lehet felismerni, mert az egész tömeg tisztára daganatszövetből áll. A daganat alapszövete vékonyfalú capillarisokkal gazdagon át van szőve és igen finom rostok sűrű hálózatából áll; e rostok mindenütt egyforma vastagok, egymással sokszorosan összefüggnek s van Gieson eljárásával világos-sárgára festődnek. E rosthálózat szálai közt sűrű csoportokban feküsznek egymás mellett a daganatsejtek, a melyek nagyon nagyok (körülbelül olyanok, mint egy máj-

sejt) és szabálytalan sokszögűek. A sejtek protoplasmája hol egészen egynemű, hol finoman szemcsézett, a sejtmag hólyagcsás, kerekded, egy-egy nagy nucleolussal és finom chromatinhálózattal. Egyes igen nagy sejteknek több magvuk is van. (*Entz.*)"

A műtét utáni első 3 napon a pulsus 140—150, a hőmérsék az első héten több ízben 38—38·4°-ig is emelkedett; mind a pulsus, mind a hőmérsék hamarosan normalissá vált. A seb teljesen per primam egyesült. A beteg a műtét után 1 héttel kelt fel először. A műtét óta csak kétszer voltak, még pedig egyszer a műtét utáni napon néhány másodperczig tartó és egy ízben deczember 20.-án rángógörcsei; ez utóbbiak körülbelül 2 perczig tartottak és utánuk néhány másodperczig tartó eszméletlenség jelentkezett; ezenfelül is többször úgy érezte, mintha „görcse jönne", azonban rángások nem jelentkeztek, eszméletét nem vesztette el és a mikor egy ilyen alkalommal azt mondtam, hogy ez hysteria, rögtön abbahagyta az egész productiót és tiltakozott az ellen, hogy őt hysteriásnak tartsam és az én jelenlétemben nem is volt többé ilyen jelenet. A műtét utáni első hét óta a beteg fejfájása, hányása teljesen elmult, kezeinek használhatósága, járóképessége tökéletesen helyreállt, beszédje igen jelentékenyen megjavult, bár kissé még mindig akadozik. Olvasása, írási képessége is visszatért. Papillitise teljesen elmult, látóképessége mindkét szemén $^5/_{10}$. Psychés állapota még kivánni valót hagy; „ideges"-nek mondja magát, fél, hogy újra görcsei lesznek, izgékony, nevetésre hajlandó, de intelligentiája jelentékenyen növekedett a műtét óta, sokkal kevésbé fárad ki, sőt könnyebb munkákban segítségére van az ápolónővéreknek.

Megjegyzések a rheumás arczidegbénulás kóroktanához.

Kétly Károly: A környéki arczidegbénulások nagy része, körülbelül 75%-a, hirtelen lehülés, hideg légáramlat behatása stb., úgynevezett refrigeratio folytán támad. Ezeket rheumás bénulásoknak nevezik. Többször megesik, hogy nem tudunk ilyen lehülést megállapitani, de ha egyéb ok egyáltalán kizárható, az ily ismeretlen módon támadott bénulásokat a szerzők mégis a rheumás bénulások közé sorozzák.

A hideg behatása *Erb* nézete szerint, mely ma is a legelfogadottabb, az ideghüvelyen gyuladást okoz, ez megvastagszik, belsejében izzadmány támad, mely azután az ideget, főleg ha, mint az arczideg, szűk csontcsatornában fut le, concentrice nyomja s a nyomás nagysága szerint fél vagy teljes bénulást okoz.

Az előadó rámutat azon különböző nézetekre, melyek szerint a kóros lehülés az ideghez jut. Többen a hideg hatását a bőrön keresztül vélik érvényesülni, a hideg az arczideget a karcz-csecs-lik táján éri s a támadt neuritis azután felfelé a Fallop-csatornába terjed, esetleg a ganglion geniculiig. Az bizonyos, hogy az idegvezetés megszakadása majd mindig a Fallop-csatornában található. Mások a hideg behatolását az idegig az *Eustach*-kürtön át veszik fel; a hideg a dobüregig jutva, az ott csak vékony csontlemez által elválasztva fekvő ideget könnyen érinti. Az előadó azonban a rheumás arczidegbénulás létrejöttét akként magyarázza, hogy a hideg a külső hallójáraton, a vékony dobhártyán át jut a dobüregbe s innen az ott fekvő idegre. E mellett szólnak a következők: 1. A bénulás majdnem kivétel nélkül egyoldali; ha a bőrön át hülne le az ideg annyira, hogy rajta gyuladás támad, akkor miért nem látunk többször kétoldali rheumás arczideghűdést és okvetlen elő kellene fordulni annak is, hogy egyes ágak hűdöttek, ha valaki szembekerül hideg széllel, már pedig sem az egyik, sem a másik eset nem észlelhető. 2. A hűdés gócza majd mindig a Fallop-csatornában fekszik, ott, a hol az ideg a dobüreg szomszédságában van. A bénulás rendszerint hirtelen éri az ideg összes ágait; ha az idegnek a csatornán kivüli részén kezdődnék, akkor időbe telnék, míg felfelé kúszva, a n. stapedius vagy a chorda tympani elágazásáig érne és akkor nem hirtelen, hanem fokozatosan fejlődnék ki a hűdés. 3. Néha ugyanazon káros hatás, mely az arczideget érte, a hallóideget is megtámadja, szédülés, erős fülcsengés, sőt rosszulhallás is észlelhető, már pedig a hallóideghez való hozzáférés csakis a dobüregben, a külső hallójárat útján kepzelhető.

Bénult arczideg párositása a nyelvalatti ideggel.

Kétly Károly. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Manninger Vilmos: Az idegojtás a sebészre háládatlan feladat, mert az eredmények megitélhetése végett sok időt kell várni és az esetek nagy részét elveszitjük szem elől, mielőtt az eredményt látnánk. Öt-hat év előtt próbáltam tapogatózva operálni és eseteimből csak hármat tudtam évek mulva utánvizsgálni. Kettő nagyon szép eredményt adott, bizonyságul, hogy az idegojtás biologice helyes eszme, melynek azonban árnyékoldalai is vannak: kiesési tünetek, atrophiák, féloldali mozdulatlanság, de különösen a velemozgások, melyeket nem kerülhetünk el. Ennek az oka természetes. A két hypoglossus együtt idegeződik be és az egyik oldal beidegzése átcsap a másik félre is, a bénult nyelv is velemozog. Még inkább az accessorius. De ha a beteg intelligens és begyakorolja magát, kiiktathatja a velemozgásokat. Mult évben a sebészgyűlésen *Bakay* mutatott be másodízben egy beteget, a ki a 3 év előtti velemozgásokról le tudott szokni.

Helyesebb az idegvarrat, mint az oldalos ojtás, mert nem tudjuk megállapitani, minő ideg fog belenőni, mert csak azon idegszálak nőnek be, melyeket megsértettünk, ennek a megállapitása pedig az ilyen subtilis műtéteknél mindig a véletlenre van bizva. Tehát a hol fontos idegeket kell pótolnunk és találunk egy nem fontos ideget a szomszédságban, jobb ezt egészen beleplántálni a szomszédságba. Jobb, ha olyan mozgató ideget veszünk, mely biztosan mozgató, mert lehet, hogy érző köteget találunk átplántálni. Ennek megvizsgálására egyszerű módszer áll rendelkezésre: leggyengébb farádos árammal a perineurium felhasitása után izgatjuk az ideget, így megtudjuk, hogy melyik idegcsoport melyik izmot idegzi be és azután ezt ültetjük át.

Három esetem közül kettőben jó az eredmény. Az egyik *Erb*-féle bénulás volt, a VI., VII. gyökér volt bénulva, ebbe plántáltam át mozgató ideget. A petyhüdt váll megkapta a tonusát, a beteg tudta emelni karját, deltoidesét stb. A második esetben radialis-bénulás volt. Ulnarist plántáltam át. Arczidegbénulásos esetem nem volt. 3. esetemben az oldalojtás negativ eredményt adott.

Az izomátültetés talán szintén nem egészen elitélendő. Megpróbáltam. A hol egyes ágak bénultak, alkalmaztam a masseterplastikát. És itt szép eredményem volt. A beteg active tudja mozgatni szájszögletét és nyugalmi helyzetben nem lehet észrevenni az alsó facialis-ág bénulását.

Dollinger Gyula: Az arczidegbénulás kóroktanára vonatkozólag megjegyzi, hogy *Kétly* azon feitevését, hogy az arczidegbénulást az ideg dobüregbeli részének az erös lehülése okozza, kisérletileg az olyan állatokon lehetne megalapozni, a melyeknek arczidege a dobüregükhöz hasonló viszonyban van, mint az emberben. Az ideg ezen segmentumát hideg levegő befúvásával könnyen le lehetne hűteni.

A mi az arczidegbénulás sebészeti gyógykezelését illeti, vannak az irodalomban esetek leirva, a melyekben a gyógyulás teljes, ilyen eseteket *Ballance* is leír, de a legtöbb esetben az eredmény csak a bénulási tünetek megjavulásából állott. Némely izom beidegzése nem tér vissza teljesen, mások mimikai mozgásait azon izomterületek együttes mozgásai kisérik, a melyek idege az arczideggel összeköttetésbe hozatott. Igy, ha az accessoriusba oltottuk belé az arczideget, vállmozgások kisérik az arczmozgásokat, ha pedig a hypoglossust használtuk fel az átoltásra, nyelvmozgások. Minthogy ezen utóbbiak a szájban folynak le, kevésbé zavarók. Ezen együttes mozgásokat eddig csak olyanokon sikerült teljesen kiküszöbölni, a kik a műtét után kellő energiával hosszú időn keresztül tükör előtt gyakorolták arczizom-mozgásaikat. Még egy haszna van a betegnek a műtétből, és ez az, hogy az arczizmok tonusa visszatér és ennek folytán az arcz nyugalmi helyzetben szintén rendes kifejezést nyer. Kérdi, gyakoroltatták-e a beteget?

Minthogy az eddigi esetekben a teljes eredmény méga kivételekhez tartozik, a műtét előtt nem szabad vérmes reményeket kelteni a betegben.

Jendrássik Ernő: A facialis-bénulás okát kutatva, feltűnt nekem, miért csak a facialist lepi meg a bénulás e frigore és miért nem lep meg más ideget is, mikor megfázásnak ki van téve más ideg is? Véleményem az, hogy nem a facialis betegszik meg, hanem a csontos csatorna periosteuma és a hol az ideg a canalis Fallopiaen keresztülmegy, a periosteum nyomja össze az ideget. Hogy ez igy van, sok mindenféle bizonyitja. *Neumann* leirja, hogy hereditásos vagy dispositiós betegség a facialis-bénulás, mert egyes családokban gyakrabban fordul elő, másokban habitualis, sőt egy ember többször is megkaphatja. Vannak családok, a melyeknek nagy orruk van, vagy pisze orruk; vannak családok, a hol a canalis Fallopiae tág, mások, a hol szűk. A hol szűk, ott a lobos csonthártya agyonnyomja az ideget.

A mi a therapia kérdését illeti, a theoria szempontjából rosszul megalapozott kisérletnek veszem a hypoglossus vagy accessorius átplántálását. Mert akármilyen közel vagy távol is van egymástól a két ideg gyöke, egy világ választja el egymástól a magvakat és ha nem tanulja meg a beteg a beidegzést, akkor együttmozgásokat végez.

Arról mégis lehet beszélni, hogy az ilyen kisérletek kifizetik-e magukat?

Megkérdeztem a beteget, hogy ő hogy érzi magát a régi állapotához képest? Azt mondja, hogy rosszabbul, mert ha beszélni vagy nyelni akar, nehézségei vannak és az arczát mégsem tudja úgy mozgatni, a hogy szeretné, mert karrikatura lesz. Gyakorlatilag nem az a fontos, hogy a sebész legyen megelégedve, hanem a beteg.

Kétly Károly: *Manninger* nem a facialisról beszélt, tehát nem jöhet szóba, a mit mondott, mert a hypoglossus mozgató ideg. Az izomplastikát nem itéltem el, csak azt mondtam, hogy embryokorát éli és mert kevesebb risicóval jár, érdemes tovább figyelni és követni. *Dollinger* azon kérdését illetőleg, hogy gyakoroltatás történik-e, az a válaszom, nem, mert még csak rövid ideje van nálam; de különben sem bízom az eljárásban *Willmann* tapasztalatai alapján. Hogy a periosteumban vagy a perineuriumban van-e a kóros folyamat, nem tudom. Lehet, hogy *Jendrássik*-nak van igaza.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1912 január 27.-én tartott I. szakülés.)

Elnök: **Klumák Adolf.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Konrádi Dániel bemutatja **a kolozsvári vízvezeték vizéből kitenyésztett typhus- és paratyphus B-bacteriumokat.** Kolozsvárt ugyanis 1911 november végén és deczember elején hirtelen nagyobb számú typhusos megbetegedés jelentkezett az alsó városban. A megbetegedések gyors jelentkezése és a járványok körülírt volta (Hunyadi-téren fekvő Tanítók háza, Nagykaszárnya, Zápolya-utcza, Honvéd-utcza alsó szakasza) azt a gyanut keltette *Scheitz Vilmos* városi főorvosban, hogy talán a vízvezetéki hálózat ezen a részen meg van fertőzve és javaslatot tett a városi tanácsnak, hogy a hálózat azon részét vizsgáltassa meg a kórtani intézettel, mint a mely intézet a vízvezetéki víz bakteriologiai megvizsgálásával régóta meg van bízva. Ez a megbizatás eleinte a telep és a város két végpontján felállított nyilvános kút, később az alsó hálózat egy csapján felfogott víz hetenkénti, 1903 november óta csak a felső hálózat egyik helyéről (kórtani intézet) vett víz havonként kétszeri megvizsgálására szólt, jóllehet az intézet már akkor hangsúlyozta, hogy ilyen vizsgálatból nem lehet az egész hálózat állapotáról véleményt mondani. Igy is történt. Akkor tehát, mikor az alsó városban (alsó hálózat) a typhusjárvány jelentkezett, a felső hálózat vizéről beterjesztett vizsgálati eredményünk kifogástalannak minősítette a vizet.

A városi főorvos által gyanusnak tartott helyről felfogott víz bakteriologiai megvizsgálása 1911 deczember 6.-án kezdődött. A vízpróbákat az előadó vette és rögtön feldolgozta. A vizsgáló módszerre vonatkozólag megjegyzi, hogy most is arra fektette a fősúlyt, hogy lehetőleg *sok vizet* dolgozzon fel, ezzel sikerült a bacterium kitenyésztése, ellenben a *Ficker-Hoffmann, Drigalski* és *Wilson* módszerével nem. A nagykaszárnya udvarán felállított vízvezetéki kútban talált olyan bacteriumokat, melyek úgy morphologiai, mint biologiai tekintetben tökéletesen megfeleltek az *Eberth-Koch-Gaffky*-féle typhusbacteriumnak, a melyeket typhusos ember vérsavója 1 : 100, typhus ellen mentesített nyúl vérsavója 1 : 1000 higításban agglutinált s a melyek a *Pfeiffer*-féle reactióban 45 percz alatt teljes bacteriolysist mutattak. Ugyanebben a vízben olyan bacteriumot is talált, a mely sokban hasonlított a valódi typhusbacteriumhoz, de a szőlőczukrot gyengén bontotta, typhusos ember és nyúl vérsavója nem agglutinálta, ellenben paratyphus B-bacteriummal mentesített nyúl vérsavója 1 : 2000 arányban is agglutinálta s igy *paratyphus B*-nek minősítette. A szóban forgó vezetéki kútba a nagykaszárnya pöczegödör-rendszerű árnyékszékéből juthattak a betegségokozó bacteriumok. Ez a kút ugyanis a pöczegödörtől alig néhány lépésre volt felállítva és a szétbontásakor kitűnt, hogy szerkezeti hibák voltak benne. Még inkább megerősítette az előadó gyanuját az a körülmény, hogy kút körüli talaj a kiásás alkalmával igen kellemetlen árnyékszékbűzt árasztott.

Ezekkel a vizsgálatokkal egyidejűleg a deczember 15.-én végzett vízvétel alkalmával *erjesztő gombákat* is talált úgy az alsó, mint a felső hálózat vizében, melyekről *Gál Félix*-nek a *Preisz* tanár intézetében végzett vizsgálatai alapján arra lehet gondolni, hogy elősegítik a bélbe netalán bejutott typhusbacterium megtelepedését, fokozzák a coli betegítő erejét (virulentiáját).

Ez utóbbi kérdés tisztázása végett több nyulat oltott gyomorba részint typhus, részint paratyphus A és B, továbbá a kifogott erjesztő tenyészeteivel, úgyszintén erjesztővel keverten. Ezek a kisérletek most vannak folyamatban s eredményükről később fog beszámolni.

Hozzászólnak: *Fekete Sándor* és *Kovács Áron* főtörzsorvosok.

(1912 február 3.-án tartott II. szakülés.)

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

Kenyeres Balázs: A Röntgen-sugarakkal készített fényképfelvételeken mutatkozó hibák kiküszöbölésére eszközt szerkesztett, a melynek segélyével idegen testek alakját, nagyságát és helyzetét pontosabban lehet meghatározni s a melylyel a különböző testek árnyékának zavaró egybeesését korlátozni lehet. Több felvételen bemutatja, hogy az eszköz használata mellett készített képeken a golyó nagysága, alakja eléggé híven lerajzolódik, hogy helye is meghatározható s hogy feltüntethetők olyan törések, a melyek közönséges Röntgen-felvételeken rejtve maradhatnak.

Büchler Dezső: Terhes méh kiirtása rák miatt esetéről referál. A 35 éves, férjes, ismételten terhes nőt azzal a panaszszal vették fel, hogy 3 hét óta görcsös alhasi fájdalmai vannak és bővebb folyása. Utolsó tisztulás $2^1/_2$ hó előtt. Vizsgálat: férfiökölnyi, anteflectált-vertált, felpuhult méhtest, szabad környezettel, a portio elülső ajakán ezüstforintnyi területen érdes-szemcsés vérzékeny felszín, melybe az éles kanál könnyen besülyed és törmelékes darabkákat hoz ki. Ezeknek kórszövettani vizsgálatakor laphámszerű sejtek fészkeinek nagy tömege, sok köztük pluripolaris mitosissal, kevés stroma. Diagnosis: Carcinoma planocellulare medullare portionis + graviditas in mens. II—III. Műtét: *Wertheim*-féle méhkiirtás. A méhben talált foetus 6·8 cm. hosszú.

Bizonyos mértékben a ritkaságok közé tartozik a rák és terhesség együttes előfordulása, körülbelül 2000 terhességre, illetve szülésre esik egy. Ritkaságának oka részint az, hogy a carcinoma inkább abban a korban jelentkezik, a mikor a fertilitás már megszűnt, részint hogy a folyamat destructiv jellege a fogamzást nehezíti vagy lehetetlenné teszi. Inkább ismételt terhesség alkalmával látjuk, azonkívül a leggyakrabban a rák előzi meg a terhességet és nem megfordítva. Kétségtelen, hogy a rák fejlődésére és rohamos növekedésére a terhességgel járó fellazulás és vérbőség igen kedvező alkalmat ad.

Műtét után a beteg simán gyógyult.

(1912 február 10.-én tartott III. szakülés.)

Elnök: **Klumák Adolf.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Imre József előadása: **„Adatok az alkalmazkodás tanához.“** Az előadó bevezetésül ismerteti az alkalmazkodás művelésére vonatkozó, ma érvényes felfogást s az ellene több búvártól támasztott kifogásokat. Ismerteti *Stilling* legújabb elméletét a sugártest-izom hatásáról s az üvegtest szerepéről az alkalmazkodásban, kifejti azon mozzanatokat, melyek ezt igen megnyerővé s valószínűvé teszik, valamint azokat, melyek *Hess* nézete ellen szólnak, mely szerint az alkalmazkodó izom munkaképessége a korral semmit sem csökken, hanem a manifest és a latens alkalmazkodó erő ellentétesen változik, amaz állandóan és nagy szabályossággal apad, emez relative növekszik. Szól azon körülményekről, melyek az alkalmazkodás élettanában való hiányos ismeretünket bizonyítják s azon pontokról, melyekre vonatkozóan újabb vizsgálatok szükségesek.

Saját vizsgálatainak czélja volt, hogy az alkalmazkodás értékét s annak a korhoz való viszonyát pontos és számos meghatározással megállapítsa s értékeivel *Donders* ismeretes adatait ellenőrizze. Eredményei, melyeket 452 egyén közelpontjának meghatározása után állított össze, teljesen igazolják *Duane* adatait, ki pár évvel ezelőtt közölte azt a véleményét,

hogy az alkalmazkodás apadása teljességgel nem olyan szabályos és nem olyan egyenlő az egykorúak közt, mint a hogyan *Donders* öt évi középszámai mutatják. Évről-évre csoportosítja (7 és 35 év között levőkön talált) adatait s ezekkel bizonyítja, hogy az alkalmazkodás ugyanazon életévben 6—8, sőt több dioptriával is eltérhet egyesek közt, hogy valamely egyén korát e miatt az alkalmazkodás értékéből megállapítani nem lehet s hogy az alkalmazkodás értéke igen tág határok között lehet normalis. Reámutat azon mozzanatokra, melyek igazolják annak felvételét, hogy a sugárizom feladata nem lehet egyedül a zonula ellazítása és hogy az izom erejében, állandó vagy időszerű értékét tekintve, nagyobb ingadozások fordulnak elő.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomorbajok sebészetéről tartott előadást *Kümmell* a hamburgi orvosegyesület november 7.-i ülésén. Tapasztalatai 269 ulcus- és 519 carcinoma-műtétre vonatkoznak. Az ulcus operativ kezelésének javalatait a következőkben foglalja össze: Átfúródás esetén okvetlenül rögtön kell operálni, csak a 24 órán belül végzett műtét mentheti meg az életet; 13 beteg közül egy sem halt meg a műtét következtében, míg a később operált mind elpusztult peritonitisben. A friss ulcus belorvostanilag kezelendő. Az idősült ulcus minduntalan ismétlődő vérzéssel és a táplálkozás károsodásával relative javalja a műtétet; természetesen egyéb viszonyok is tekintetbe veendők, elsősorban a beteg socialis helyzete. Absolute javalja a műtétet a pylorus-szűkület; ilyenkor legjobb a két időben végzett műtét (gastroenterostomia és resectio). A gastroenterostomia halálozása az utóbbi időben nagyon csökkent; 1911-ben 25 eset közül csak 1 végződött halálosan anaemia folytán. Ulcus miatt operált és utóbb megvizsgált 80 eset közül 70-ben tartósan jó volt az állapot. A gyomorrák miatt végzett 519 műtét következőképpen oszlott meg: 124 resectio, 126 gastroenterostomia, 74 próbalaparotomia és végül különböző más műtét. A gastroenterostomiával kezelt esetek élettartama a műtét után 7 hét és 21 hónap között váltakozott. A resectióval operáltaknak 30%-a a műtét után 3 évvel még élt, a műtét után 5 évvel azonban már csak 5 volt életben.

PÁLYÁZATOK.

739/1912.

Hajduvármegye központi járásához tartozó, 4800 lakosú Tiszacsege nagyközségben, melyhez 4 nagy uradalom tartozik, a megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-aiban előírt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi márczius 21.-éig** adják be.

A megválasztandó orvos javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 korona és 400 korona lakbér.
2. A községtől évenként 800 korona pótlék.
3. Orvoslátogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér. — A község külterületén nappal 2 korona, éjjel 4 korona.

Megjegyeztetik, hogy a lakbér és látogatási díjak felemelése iránt az eljárás folyamatban van.

A megválasztandó orvos állását folyó évi április hó 1.-én tartozik elfoglalni.

A választás határnapját később fogom megállapítani.

Debreczen, 1912 február hó 29.-én.

Orosz Sándor, főszolgabiró.

Lupényi (Hunyadmegye) bányatelepünkön az egyik **bányaorvosi állás** helyettesítésképp három havi, esetleg hosszabb időre betöltendő. A helyettesítés idejére az állás 400 (négyszáz) korona havi fizetéssel, szabad lakás, fűtés és világítás élvezetével van összekötve. A helyettesi állás elnyerőjének azonfelül az utazási költségek is meg fognak térítetni. Az állás azonnal elfoglalandó. Csakis orvosi gyakorlatra jogosított orvostudorok szíveskedjenek kellően felszerelt folyamodványaikat az Urikány Zsilvölgyi Magyar Kőszénbánya Részvénytársasághoz (Budapest, V., Nádor-utcza 19. sz.) **mielőbb** benyujtani.

54/1912. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére belügyminister úrnak f. évi február hó 9.-én kelt 21606/VII.b. 1912. számú rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvos urakat, kik ezen 800 korona fizetés, szabad lakás, I. osztályú élelmezés, fűtés és világítással díjazott ideiglenes jellegű, 2 évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi május hó 30.-áig** déli 12 óráig nyujtsák be hozzám.

Pozsony, 1912. évi február hó 27.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

331/1911.

Marostorda vármegye makosi felső járás Mezőrücs, Mezőszentmárton, Szabód, Kislekencze, Nagyölyves, Mezősámsond, Bazéd, Mezőpagocsa, Kisnyulas és Bala községekből Mezőrücs székhelylyel szervezett **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1600 korona fizetés, 600 korona lakpénz és 600 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó körorvos kézigyógytár tartására is köteles.

Felhívom a pályázni óhajtókat hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 15.-éig** nyujtsák be.

A választás határnapját később fogom kitűzni.

Marosvásárhely, 1912. február 23.

Jeney Kálmán, főszolgabiró.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek** képződésében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

56. évfolyam. **10. szám.** *Budapest, 1912 márczius 10.*

ORVOSI HETILAP

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

Lenkei V. D.: A Balaton-fürdőnek egyes esetekben gyakorolt kedvezőtlen hatása. 177. lap.

Sugár K. Márton: Új eljárás a dobhártya mobilizálására. 180. lap.

Picker Rezső: Dolgozat a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Tanulmány az emberi ondóhólyag járatrendszeréről. 181. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Walter Zweig*: Diagnose und Therapie der Darm- und Magenkrankheiten. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Toenniessen*: Friedländer-bacillus okozta pneumonia. — *Sebészet. Hackenbruch*: A végbélelőesés kezelése a medenczefenéken végzett plastikával. — *Idegkórtan. Sicard* és *Gutman*: A salvarsan hatása az agyidegekre. — *Gyermekorvostan. H. Sergent*: „Roussel törvénye, jótéteményei, milyen hasznát láttuk eddig és miképpen volna megváltoztatható". — *Venereás betegségek. Bagrow*: A salvarsantherapiának per rectum használata. — *Húgyszervi betegségek L. Rehn*: A perinephritises tályog korai felismerése és műtétes gyógyítása. — *Orthopaedia. Denis G. Zezas*: A kanyaró után jelentkező arthropathiák. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Nacalister*: Rosszul gyógyuló fekélyek sarjadzásának elősegítése. — *Vos*: Az endotin. — *W. Hale*: A gyomornedv hatása a digitalis- és strophantus-készítményekre. — *Rose*: Digitalis-készítmények. — *Stoeltzner*: Tűdőzsugorodás. 185—189. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 189. lap.

Vegyes hirek. 190. lap.

Tudományos társulatok. 191—194. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Balaton-fürdőnek egyes esetekben gyakorolt kedvezőtlen hatása.

Irta: *Lenkei V. D.* dr., Budapest-Almádi.

A Balaton-fürdőnek hatásairól általában szólván, már egy előző dolgozatomban[1] említettem, hogy az ismételten *túlzott mértékben* való fürdés majd minden esetben többékevésbé káros utóhatással jár, mely többnyire lesoványodásban, általános erőtlenségben, szegénynyérűségben, betegségekre való hajlamban vagy vérkeringési zavarokban és ideges tünetekben (pl. fejfájásban, álmatlanságban, szívdobogásban, általános ingerlékenységben stb.) szokott nyilvánulni. Ez alkalommal azt is említettem, hogy ezen káros utóhatás többnyire csak hetekkel a túlzott fürdések után szokott jelentkezni, illetőleg nyilvánvalóvá válni. Arra azonban, hogy egyes esetekben még a Balatonban való *mértékletes* fürdés is kedvezőtlen hatással van, azon alkalommal éppen csak hogy reámutattam.

Ezúttal ezekről akarok kissé részletesebben szólni, meg kell azonban már előre is jegyeznem, hogy ezek közé nem sorozom azon eseteket, a melyekben a káros hatás az illetőnek olyan betegsége miatt jelentkezik, a melyre ez a fürdő a tapasztalás szerint általában *tartós* kedvezőtlen hatással van,[2] hanem csak azokat, a melyekben a kedvezőtlen hatás csak ideiglenes, csak az első fürdők után s többnyire a legerősebben a legelső fürdőre, de erre már rögtön s olyanokon jelentkezik, a kik egészségesek vagy oly betegségben szenvednek, a melyre a Balatonfürdő általában kedvező hatásúnak bizonyul.

[1] A Balaton hatása az ember szervezetére. Budapesti Orvosi Ujság, 1911.

[2] Ezekről már egy előző dolgozatomban szólottam, a melyben a Balaton-fürdőnek javaslatait tárgyaltam. (Gyógyászat, 1911.)

Ezen esetekhez már azon aránylag nem nagyon kevesen is sorozhatók, a kik, miután életükben először-másodszor fürödtek meg a Balatonban, a fürdést követő órákban *feltűnően* bágyadtak és törődöttek még akkor is, ha nem voltak túlsoká a vízben. Sokan minden nyáron járnak így az első fürdők után. De a fürdőknek az ilyen fokozott hatása ritka esetben még az olyanokon is észlelhető, a kik az utólagos kellemetlen következményektől való félelmükben csak nagyobb (pár hetes) időközökben kisérlik meg a fürdést.

Mindezek rendesen olyanok, a kiknek idegrendszere általában vagy legalább a hideggel szemben ingerlékenyebb. Ezeken az első fürdők alkalmával többnyire vagy az állapítható meg, hogy felületes vérereik a víz hidegingerére állandóan túlzottan maradnak összehúzódva, vagy, hogy már a fürdés közben, tehát korán és a rendesnél nagyobb fokban tágulnak ki, szóval, hogy náluk a physikai hőszabályozás túlzott erélyesen, vagy ellenkezőleg, túlságos gyengén történik. Az előbbieknek felületes idegvégződéseit a bőr erős és tartós lehülése által aránylag erősebb inger éri, ez utóbbiaknak teste pedig túlságosan sok meleget veszít; többet, mint a mennyit szervezetük a fürdést követő órákban termelni bir.

A legszembetűnőbb példa arra, minő erősen bágyasztó hatással van a fürdés arra, a ki még sohasem vagy már nagyon régen fürdött megelőzően a Balatonban, maga a balatoni benszülött „polgár", ki ez okból nem is igen mer a tóban megfürödni. Azt mondja, hogy a Balaton erejét annyira „kiszívja", hogy az nap más dologra képtelen, sőt még másnap is gyenge. Azzal indokolja a Balaton-fürdőtől való tartózkodását, hogy neki nincsen annyi ideje, mint a nyaraló uraságnak, hogy a fürdő után nagyot pihenjen. Azt persze már nem tudja a derék polgár, hogy nagyfokú kimerülése egyrészt abból ered, hogy elszokott a fürdéstől, másrészt meg attól, hogy ő, ha már egyszer mégis kivételesen neki szánta magát a fürdésnek, nagyon is soká élvezi azt. És azt sem tudja — mert ezt már nem meri megkoczkáztatni —, hogy ez a kimerülés, ha a nyáron át gyakrabban megfürödnék, kivált ha az ismételt fürdés alkalmával rövidebb ideig maradna a víz-

ben, mind csekélyebb mértékben mutatkoznék s néhány fürdés után teljesen elmaradna, sőt utóbb már frissebbnek és erősebbnek érezné magát a fürdés után.

A Balatonvidék benszülött lakossága, közöttük sok úri ember is, nem igen szokott a Balatonban fürödni. *Lóczy* tanártól hallottam, hogy a balatonfőkajáriak, férfiak, asszonyok és gyerekek együttesen évenként egyszer — ha jól tudom, Boldogasszony napján — egész kocsitáborral szoktak Aligára rándulni, hogy ott a Balatonban megfürödjenek. Más falubeliek, pl. az Almádi mellett fekvő Vörösberény lakói is megteszik ezt évenként egyszer, ha nem is vonulnak ki egyszerre oly feltűnő tömegben a Balatonhoz. Teszik ezt csak azért, hogy a cséplés után az árpakáláhától, melynek szurkálásától egyszerű mosdással nem birnak oly jól megszabadulni, alaposan megtisztuljanak.

A Balatonban való fürdés azonban a nagyobb mérvű elgyengülésen felül egyes esetekben még másfajta kellemetlen utóhatásokkal is jár, a melyek már rövid betegségszámba vehetők. Adataim között, a melyeket erre vonatkozóan gyüjtöttem, a következő néhány esetet említem:

1. R. R. dr., 27 éves, nagyobb fokban neurastheniás férfi, a Balaton vizében, mint általában minden hűvös fürdőben, jól érzi magát. De utána mindig, tehát nemcsak az azon nyáron való első fürdői után, izgatott és kényszergondolatok gyötrik. Bőre a fürdés után soká feltünően hideg és halvány. Ha erre gyors járással felmelegszik és sikerül kiizzadnia, bőre kissé kipirosodik és ismét jól érzi magát, jobban, mint a fürdő előtt. Ez azonban vele nemcsak a Balaton-fürdő után esik meg, hanem bármely más fürdő után is, melynek vize 30° C-nál hűvösebb. A hűvös fürdők után egy ideig mutatkozó kellemetlen hatás miatt ő általában csak hosszabb időközönként szokott a Balatonban fürödni.

2. Dr. W. B.-né, 37 éves, neurastheniás, de különben erőteljes asszony, kitartó úszó és gyalogló. Feje minden évadban az első, de csakis az első Balaton-fürdő után 10—15 perczczel erősen megfájdul. Ez a főfájás rendesen estig eltart.

3. B. J. dr., 51 éves, neurastheniás, kissé elhízott férfi. Minden évben az első 2—3 fürdőben eleinte nehezen, de néhány másodperczczel a teljes bemerülés után ismét rendesen légzik, a fürdő után pár óra hosszat nagyon bágyadt. A 4. fürdőtől kezdve ez már nem mutatkozik.

4. S. K.-né, 45 éves, sovány, hysteriás asszony. Minden évben csak 1—2-szer kisérli meg a fürdést a Balatonban, mert utána mindig szédül, ájulás környékezi, sőt némely esetben pár órával a fürdés után el is ájul. Gyomra émelyeg s 1—2-szer hány is. Hasonló tünetek azonban rajta más alkalommal, ha nem is fürdött vagy másfajta hasonló hőmérsékű fürdő után is jelentkeznek.

5. Sz. E.-né, körülbelül 45 éves, hyperaciditásban szenvedő, de különben egészséges asszony. Ha a Balatonban azon évben első-másodízben fürdik, néhány órára reá erőtlennek érzi magát és hőmérséke néhány tizeddel 38° fölé emelkedik. Másnap azonban már jól érzi magát. Ezen tünetek rajta azonban másfajta hűvös fürdő után is mutatkoznak.

Mint a hogy azt ezek között egyik-másik esetben már külön is jeleztem, a rosszullét az eddig felsorolt esetekben nemcsak éppen a Balaton-fürdő után, hanem bármely más hűvös szabad- vagy kádfürdő után is jelentkezik. A következő néhány esetben ezt határozottsággal megállapitani nem lehetett, mivel ezek kádban mindeddig csak langyos vízben fürödtek és másfajta szabadfürdőt megelőzően még nem vettek volt.

6. E. N. E., 4 éves, csekélyebb fokú diathesisben szenvedő leányka. Az első három Balaton-fürdő után, miután meleg időben 21—23° C vízben 5—10 perczig fürdött, fél napig bágyadt és kissé lázas volt (37·5—38·1°). A 2. fürdő után egy napos szünetet tartott; aznap jól érezte magát; reá a 3. fürdő után ismét jelentkezett csekély hőemelkedés és bágyadtság, a 4. után azonban már nem.

7. Sch. M, 23 éves. kissé ideges, de különben egészséges leány. Ezt öt éven át észleltem. Minden nyáron az első 2—3 Balaton fürdő után egész nap betegnek érzi magát. Az 5. évben az első 10 perczes 27 C fokos fürdő után nagyon bágyadt, ikráiban gyenge izomgörcse, mellkasán nyomasztó érzése van, érverése kishullámú, rövid és szapora. Az arcza halovány. Vérnyomása, mely rendesen 120 cm. körül van, a fürdés alatt 164, $^1/_2$ órával utána 88 cm Ezen tünetek még a 2. fürdő után is jelentkeztek, de jóval csekélyebb mértékben. A 3. fürdő után már teljesen jól érezte magát. Megjegyzendő még, hogy az első fürdők után jelentkező rosszullét minden előző évben nagyobb mértékben mutatkozott volt, úgy hogy pl. a legelső évben a fürdés megkezdésekor 1—2 napos szüneteket volt kénytelen tartani az első 3—4 fürdő között s a rosszullét azon nyáron még az 5. fürdő után is jelentkezett.

8. Cs. J.-né, egészséges, 35 éves asszony. Gyermekkorában eltörött volt a felső karja. A callusban az első füdők után némi fájdalmakat érzett, bágyadt volt és a végtagok izmaiban szaggató fájdalmai voltak.

A következők határozottan állítják, hogy a közölt tünetek másfajta hasonló hőmérsékű fürdőben (akár kád-, tenger-, Duna- vagy medenczefürdőben) nem jelentkeztek.

9. E. N. O.-né, 25 éves, kissé neurastheniás asszony. Az első 3—4 Balaton-fürdő után egész nap nagyon bágyadt és álmos volt. Testének egész felszinén elszórtan urticariaszerű kiütések keletkeztek, melyek még a 4. fürdőt követő napon is észlelhetők voltak és kellemetlen viszketést okoztak. Hasonló jelenségek rajta másfajta, pl. Dunafürdő után nem mutatkoztak.

10. B. I., 20 éves, egészséges férfi. Valahányszor a fürdés közben Balaton-víz jut az orrába, igen heves, napokig tartó náthája fejlődik. Duna-víz ezt nem okozza. Ha hosszabb ideig tartózkodik a Balatonvidéken és többször átesik a náthán, később (ott-tartózkodásának 2.—3. hónapjában) már nem lesz náthás, ha a tó vize az orrába jut is.

11. N. Gy., 41 éves, egészséges férfi. Ha a Balatonban fürdik — a mit azonban egy nyáron csak 2—3-szor mer megkisérelni —, bár a fürdés jól esik neki, utána nagy mértékben elbágyad, úgy hogy ágynak dül. Testhőmérséke a fürdés után 5—6 órával néhány tizeddel 38° C fölé emelkedik. Ez a lázas állapot éjfélig is eltart, a gyengeséget pedig még másnap délelőtt is érzi.

12. H. Gy., 10 éves, egészséges fiú. Tavaly vízi polo-játék után, a mely alkalommal körülbelül egy óra hosszat tartózkodott 23°-os, a játéktól iszappal felkavart vizben, egész testén, de főként arczán és törzsén nedvedző ekzema képződött, mely kezelésre 8—10 nap alatt gyógyult. Ugyanez az idén is megesett vele.

13. J. N., 42 éves. egészséges férfi, ki már éveken át minden nyáron rendszeresen fürdik (Badacsonynál) a Balatonban, a nélkül, hogy a fürdőknek csak egyszer is valami kellemetlen hatását tapasztalta volna, tavaly a fürdőháza körül nőtt hinárt távolította el s ez alkalommal körülbelül $^3/_4$ óra hosszat tartózkodott a hinár ránczigálásától felkavart iszapos vízben. Utána 1—2 órával fázni kezdett, majd forróságot érzett és másnap délelőtt viszketés közben egész testén rózsaszínű, lencsenagyságú, lapos, érzékeny göbök fejlődtek, melyeknek közepén harmadnapra fokozott viszketéssel apró vizhólyag keletkezett A hólyag keletkezésével annak környéke már halványodott. A viszketés a hólyagok felkaparásával megszűnt, mire azoknak helyén száraz pörk képződött, mely néhány napra reá, miután alapja behámosodott, lehullott. Én 10 nappal ama fürdés után láttam őt, ki már azonban közben is megfürdött volt 1—2-szer, de az ekkor már tiszta Balaton-vizben. Ekkor még mindig látható volt néhány aznap keletkezett göböcske és hólyag.

14. G. N., 5 éves, egészséges fiú. A 3. Balaton-fürdő után a hajas fejbőrön, a homlokon és a háton összesen 6—7 élesen körülírt, élénkpiros, borsónagyságú, porczkemény, tompa kúpalakú göb képződött, melyek kissé érzékenyek és nyomásra fájdalmasak voltak. Ezen göbök a fürdők kihagyásával néhány nap alatt elhalványodtak, mindjobban lelapultak, végre teljesen nyomtalanul eltűntek. Mikor újból fürödni kezdett, ismét jelentkezett 1—2 kisebb ilyen göböcske, az újabb szünetet követő fürdőkre azonban már nem.

Az utóbbihoz hasonló elváltozásokat minden fürdőévadban van alkalmam Almádiban 1—2 gyermeken vagy elvétve felnőttön is észlelni. Ugy értesültem azonban, hogy ezek a Balatonnak azon helyein, a melyeken a tófenék a parton iszaposabb, gyakrabban észlelhetők, különösen azokon a gyermekeken, a kik játszva vagy kagylót keresve, sokat gázolnak a part sekélyebb, iszapos vizében. Némely vidéken a parasztgyerekek lába és lábszára tele van ilyen göbökkel, a melyek felkaparva genyedő fekélyekké válnak.

Az utóbbi esetekben leirt változásokat semmiesetre sem a víz maga, hanem a vele kevert iszap okozza. Általánosan ismert az iszapnak azon hatása, hogy hosszabb ideig a bőrrel érintkezve, azt izgatja. A kik testüket iszappal bekenik, és azt huzamosabb ideig (pl. $^1/_4$ óráig) testükön hagyják, azoknak bőre nehány órával reá finom pontszerűen kipirosodik és viszketni kezd. A kipirosodást a szőrtüszők gyuladása okozza. Ezen tünetek azokon, a kik már sokat fürödtek a Balatonban s főképpen azokon, a kik előzően már többször kenték be testüket iszappal, alig észrevehetők, másokon azonban oly mértékben jelentkezhetnek, hogy a viszketés még éjjeli nyugalmukat is megzavarja. Egyes esetekben az iszappal való bekenésre néhány napig, sőt egy-két hétig is eltartó dermatitis, ekzema folliculare vagy a 14. esetben leirt kúpalakú kemény göbök fejlődnek. Utóbbiakat eddig senki máson, csak olyanokon láttam, a kik megelőzően iszappal felkavart vízben fürödtek, vagy testüket iszappal bekenték. A bőrön mutatkozó ezen elváltozásokat — mint értesültem — a

zalai partokon dabröncznak, a somogyin dabroncznak nevezik. Ez az elnevezés, mint mondják, stájerországi fürdővendégektől ered, a kik ezt „da brennt's"-szel jelezték.

Az esetek első két csoportjában a fürdést közvetlenül követő kellemetlen általános tüneteket, a nagyfokú elbágyadást, törődöttséget, az egyes esetekben mutatkozó fejfájást, szorongó érzést, idegfájdalmakat, nagyobbfokú vérnyomáscsökkenést, szívdobogást stb. valószínűleg nem a Balaton-víznek valamely sajátlagos hatása, hanem a hideginger és a hőelvonás okozza. Ezeknek hatása ugyanis — mint azt már más alkalommal részletesebben megbeszéltem — az első fürdők után általában fokozottabban nyilvánul, mint a későbbiek után. Az említett tüneteknek a fokozott hőelvonástól illetőleg idegingerléstől való eredetére utal már az is, hogy az esetek nagy részében kimutatható volt, hogy hasonló tünetek bármely ugyanolyan hőmérsékű és tartamú vízfürdőre, még pedig leginkább ingerlékeny neurastheniásokon jelentkeznek. Véleményem szerint ezek az okozói az említett jelenségeknek még azon esetekben is, a melyekben azok másfajta hasonló hőmérsékű fürdőkre nem mutatkoztak. Ezen másfajta fürdőket az illetők ugyanis hónapokkal, sőt évekkel a panaszolt Balaton-fürdők előtt vették, tehát azokat emezektől oly hosszú idő választotta el, hogy az illetők ingerlékenysége ezen irányban közben megváltozhatott, annál is inkább, mivel a Balatonfürdőket megelőző hónapokban otthonukban mindig csak langyos vagy meleg vízben fürödtek.

A leirt tünetek közül azonban egyesek, különösen a nyálkahártyák és a bőr körülirt helyein jelentkezők, nem igen magyarázhatók hőelvonással. Nevezetesen azok nem, a melyeket a 9., 12., 13. és 14. esetben leirtam. A bőrön jelentkező urticaria, ekzema stb., a 10. esetben jelzett nátha és a 11. esetben jelentkezett láz, a mely tünetek az illetők kijelentése szerint sem tengeri-, sem folyóvíz-, sem medenczefürdőkre rajtuk sohasem és a Balaton-fürdő után egyik-másik esetben ismételten is mutatkoztak, nem igen keletkezhettek pusztán csak a hőelvonástól. Ezek mindenesetre egy más, sajátlagos hatástól erednek.

Mivel a bőrön jelentkező elváltozások a partnak többnyire azon helyein észlelhetők, a melyeken több az iszap s a melyeken — ha az iszapot fürdés közben felkavarják — a tó vize is iszapos, s mivel hasonló elváltozások különösen azokon mutatkoznak, a kik iszappal kenték be magukat: közelfekvő az a gondolat, hogy maga az iszap okozza azokat. Annál is inkább, mivel hasonló bőrbajok másfajta iszapos vízben való fürdés után is keletkeznek, mint pl a Fertő-tó egyes iszaposabb partrészein is. (Itt — mint értesültem — vízhólyagnak nevezik azokat.)

Az iszapban nagy mennyiségben jelenlevő bacellariák kovavázainak vagy a spongiaféléktől eredő kovatűknek erőművi ingere — mint azt egyesek gondolják — azonban nem lehet ezen elváltozásoknak okozója. Ezen irányban végzett kisérleteim eredménye ellentmond ennek. Kisérletet tettem ugyanis oly módon, hogy az egyik karra *frissen merített* hideg iszapot, a másikra előzetesen *megszárított* s aztán *forró* vízzel kevert és ismét lehűtött iszapot alkalmaztam. Egy másik esetben az egyik karra szintén frissen merített iszapot raktam, a másikra pedig szárítottat, a melyet azonban csak *hideg* vízzel kevertem péppé. A bőr mindkét esetben a frissen merített iszappal bekent karon az alkalmazás után néhány órával kipirosodott és viszketett, a másik karon pedig nem. Egyes esetekben gyógykezelés czéljára is alkalmazok 40—45 C fokos iszapborogatásokat. Ehhez a szabad levegőn s részben a napon szárított és megszitált iszapot veszünk s bár ezen borogatásokat $^1/_4$—1 óra hosszat alkalmazzuk, egy esetben sem észleltem utánuk bőrlobot vagy viszketést. Kell tehát, hogy a bőrön észlelt elváltozásoknak okozója a frissen merített iszapban olyan anyag legyen, a mely az iszap kiszárítása által elváltozik és e tekintetben hatástalanná válik. Ez csak valami mikroskopos élő szervezet lehet.

Mivel a leirt elváltozások a bőrön a Balatonpart valamennyi helyén, még ott is, a hol a part fövényes, észlelhetők, kell hogy ezen szervezetek, bár csekélyebb számmal, itt is meglegyenek a vízben. De hogy ezek a legnagyobb mennyiségben az iszapban vannak és *ebből* kerülnek a vízbe, mutatja az, hogy a bőrön keletkező elváltozások a leggyakrabban azon partokon észlelhetők, melyeken a tó talaját a part közelében vastag és *laza* iszapréteg alkotja.

Felmerülhetne az a gondolat, hogy a Balaton-fürdőnek azon sajátosságát, hogy abban a szervezet némileg másképpen viselkedik a hidegingerre, mint kádfürdőben,[3] nemcsak a Balatonfürdő alkalmával közreműködő élénkebb testmozgás és erélyesebb fénybehatás, hanem részben talán ezen mikroorganismusok is idézik elő és hogy ez utóbbiak bőrizgató hatásuk által — bár többnyire csekélyebb mértékben — oly módon hatnak, mint a tengervíznek sótartalma. De ez mégsem valószínű, mert a bőr érzékenysége még azon esetekben is, a melyek e tekintetben fogékonyak, az iszapos vízzel szemben, ha ilyenben többször fürödnek, fokozatosan csökken és csakhamar felismerhetetlenné válik. Az iszappal való bekenés nem jár kellemetlen következményekkel azokon, a kik már 1—2-szer átestek rajtuk. A szervezet tehát a feltételezett mikroorganismusokkal szemben hamarosan immunissá válik. A Balaton-fürdőknek a kádfürdőkhöz hasonlítva általam észlelt némileg eltérő hatását pedig éppen olyanokon vizsgáltam és mutathattam ki, a kik megelőzően már sokszor fürödtek a Balatonban és a kiken az említett kellemetlen utóhatásokból soha egyik sem mutatkozott.

Abból, hogy ily immunitás rövidesen (már 3—5 fürdőre) elérhető, következik, hogy azoknak, a kikre a fürdés eleinte az említett kedvezőtlen utóhatásokkal jár, nem kell azért a fürdőkről teljesen lemondaniok.[4] Ezeknek csak a keletkezett tünetek elmulását kell bevárniok és aztán meleg időben, kedvező vízhőmérsék esetén újból megfürödhetnek, de eleinte csak nagyon rövid ideig. Ezután szükség esetén ismét szünetet kell tartaniok és csak ezután fürödhetnek rendszeresen, ha már semmi kedvezőtlen utóhatás sem jelentkezik. Nem ajánlatos azonban az sem, hogy a szükségesnél nagyobb szünetet tartsanak.

Annak, a kit az első fürdők nagyon elgyengítenek, azon kívül, hogy a fürdést illetően a fentemlített szüneteket tartja, még alaposan pihennie és czélszerűen táplálkoznia is kell. Hasonlóképpen kell eljárnunk azon esetben is, a melyben az idegrendszeren mutatkoznak izgatottsági vagy kimerülési tünetek, vagy a melyekben a vér eloszlása van megzavarva. Utóbbi esetekben azonban az újból való fürdéssel nemcsak a jelzett zavarok teljes elmultáig kell várnunk, hanem tanácsos úgy rendelkezni, hogy az illető a fürdést csak igen kedvező időben, meleg, verőfényes, szélcsendes napon kezdje meg újból s ilyen időben is csak az esetben, ha a víz hőmérséke legalább 23—24° C. S ekkor is csak körülbelül 5 perczes fürdőt engedjünk meg oly módon, hogy azt 10—15 perczes sütkérezés kövesse.

A fürdés után egyes esetekben jelentkező bőrbántalmak, különösen a dermatitis és az ekzema gyógyítására igen alkalmasnak bizonyult az alkohol, kivált ha azt már a bántalom kezdetén és olymódon alkalmaztam, a hogy azt *Borckhardt*[5] ajánlja. Azaz, ha a beteg bőrrészeket napjában 1—2-szer 90%-os alkoholba (spiritus concentratusba) mártott gyapotcsomócskával óvatosan bedörzsöltem s az el nem párolgott borszeszt pár percz mulva gyengéden letöröltem és a bőrt ezután szárítóporral behintettem vagy szárító kenőccsel bekentem. A spiritus azonban, ha a bőr nagyobb területeken van a felhámtól megfosztva, égető fájdalmat okoz, ez esetben tehát nem alkalmazható, de ilyen súlyos ekzema nem igen szokott a fürdőktől keletkezni; én csak egyetlen egy ilyent láttam.

[3] Az azonos hőmérsékű kád- és Balatonfürdő hatása között mutatkozó különbségek és ezeknek okai. Orvosi Hetilap, 1911. 11—12. szám.

[4] Nem szólok e helyen azokról, a kiknek a Balaton hűvös fürdője bizonyos *betegségük* miatt nem javasolt. Ezekről már más alkalommal szólottam.

[5] Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1911, 1.

Az említett borszeszes bedörzsölés a viszketést is megszünteti és ez ellen naponta többször is alkalmazható.

Azon esetekben, a melyekben az arcz bőre mutatott hajlamot arra, hogy rajta a fürdéstől kóros elváltozások keletkezzenek, avval vehetjük ennek elejét, hogy az arczot az első fürdők idejére közömbös zsírréteggel vonjuk be. Meg kell azonban jegyeznem, hogy a fürdés után jelentkező ekzema, kivált az, a mely az arczon és a kezeken mutatkozik, nem okvetlenül a fürdéstől ered. Az ilyen olyanokon is észlelhető, a kik valamely okból még meg sem fürödtek a Balatonban, hanem sokat tartózkodtak a napon. Hogy a kérdéses bőrbajt erythema, illetve ekzema solarenek kell-e tekintenünk, a legtöbb esetben az anamnesis és (kivéve azokat, a kik napfürdőt is vettek) annak alapján dönthető el, hogy a bántalom csak a ruházat által fedetlenül maradó bőrrészeken fejlődött-e, vagy a testnek oly helyein is, a melyek a ruházat által a napsugarak erélyesebb behatása ellen védve szoktak lenni. Az ekzema, illetve erythema solaret természetesen nem igyekszünk avval is mennél gyorsabban elmulasztani, hogy a fürdést megtiltjuk, mert ez ilyen esetben felesleges óvatosság volna, hanem avval, hogy az illetőnek azt ajánljuk, hogy lehetőleg keveset tartózkodjék a napon, hogy a szárazon napernyőt hordjon és a vízben széles karimájú kalappal védekezzék a napsugarak ellen. Makacs esetben 3%-os zeozonkenőcsöt is rendelhetünk.

Hangsúlyoznom kell még, hogy az első fürdők okozta említett kedvezőtlen utóhatások miatt éppenséggel nem szükséges a Balaton-fürdőket — mint azt egyesek aggodalmukban teszik — végképpen elhagyni. Ezt csak azon esetben kell tanácsolni, a melyben ezt a hatást nemcsak a fürdők szokatlansága, hanem az illetőnek valamely olyan betegsége okozza, a melyre a fürdő tartósan kedvezőtlen hatással volna. Annak helyes megítélése, hogy ilyenről van-e az adott esetben szó vagy nem, természetesen csak alapos diagnosis és körültekintő megfontolás, némely esetben csak további megfigyelés alapján lehetséges. De ez csak az esetben okoz némi nehézséget, ha a kérdés oly könnyebb beteget illet, a kinek a fürdés megengedhetőnek, sőt czélszerűnek látszott és az első 1—2 fürdő reá mégis kedvezőtlenül hatott.

Az első fürdők okozta bőrbántalom egyáltalán nem teszi szükségessé, hogy a fürdőket teljesen elhagyjuk. Az említett általános és ideges tünetek pedig (eltekintve azoktól a súlyosabb betegektől, a kik a nélkül fürödtek a Balatonban, hogy orvost erre vonatkozóan előbb megkérdeztek volna) leginkább elgyengülteken, kevésvérűeken, meg neurastheniásokon szoktak mutatkozni. Ez esetekben pedig a jelzett tünetek lezajlása után a fürdéssel az említett módon egy-két újabb óvatos kisérletet megkoczkáztathatunk. Ennek eredménye azután irányítással szolgálhat. Mert ha az illető a jelzett módon alkalmazott újabb 1—2 fürdést már jobban tűri, akkor folytatni lehet azt.

Az esetleg keletkező bőrbajok elkerülésére pedig azt kell tanácsolnunk, hogy az *iszapos* vízben való fürdést lehetőleg kerülni kell. Oly helyeken tehát, a melyeken a part sekély és iszapos, hosszú dobogókon át kell a mélyebb vízbe menni, mint a hogy az egyik-másik ilyen helyen szokásos is.

Az ezen dolgozat tárgyát tevő feltünőbb kedvezőtlen tünetek különben csak ritka kivételes esetben jelentkeznek. 12 év alatt körülbelül tizenkétezer fürdőző között csak 23 esetben észleltem ilyeneket. Ha azoknak a számát, a kik ezek miatt nem fordultak hozzám, ugyanennyire becsüljük, hozzavetően kiszámítható, hogy ezer közül 4 esetben várható az, hogy az első fürdők (olyanokon, a kiknek a fürdők orvosi szempontból megengedhetőknek találtatnak) nemcsak nagyobbfokú elbágyadással, hanem nagyobb kimerüléssel, vagy bár rövid ideig tartó, de betegségszámba vehető kedvezőtlen következményekkel járnak. Az almádi Zsófia-gyermeksanatorium ápoltjai közül az elmult nyáron hatvanan fürödtek rendszeresen a Balatonban saját uszodájukban, a melynek területéről pedig csak röviddel annak megnyitása előtt kotorták el az iszapot és terítettek el homokot. S közülük egyetlen egy esetben sem észleltem sem a hőelvonástól eredő kedvezőtlen utóhatást, sem az iszapos víztől eredő bőrbajt. Pedig ezen gyermekek között számos igen gyengén fejlett, kevésvérű és diathesis exsudativában szenvedő volt. De viszont igaz az is, hogy ezek mind az utasítások *szoros* betartásával fürödtek a Balatonban.

Az első fürdők után kivételesen keletkező enyhe betegség-tünetek tehát magukban nem adnak okot arra, hogy ezeknek eshetősége miatt valakit a Balaton-fürdőtől már eleve eltiltsunk, már csak azért sem, mert azok a későbbi tartósan kedvező hatást egyáltalán nem zárják ki, tehát ártatlan jellegűek.

Új eljárás a dobhártya mobilizálására.*

Előzetes közlemény ***Sugár K. Márton*** dr.-tól.

A mióta a francziák közül *Itard* és *Deleau*, a németek közül *Tröltsch* a levegő befúvását fülkatheteren át a középfülbe a diagnoskálás, főleg azonban a fülbajok kezelése czéljából felhasználták, továbbá *Politzer* először leírta a dobüregbe befúvást az orron át a középfül kezelésére, alig van számottevő haladás ezen a téren.

Csak újabban gondolt *Charles Delstanche* (père) brüszszeli fülorvos arra, hogy a dobhártyát az ő szivattyúszerű eszközével, melyet masseurnek vagy rarefacteurnek nevezett, kívülről a hallójáratból mozgásba hozza, készülékének azonban az a hátránya, hogy gyorsabb levegőaspiratio esetén a külső hangjáratban és magán a dobhártyán könnyen támadhatnak vérzések. Továbbá, úgy mint a régi *Siegle*-féle tölcsér, csak légsűrítést és légritkítást eredményez a külső hallójáratban, nem hozza tehát a dobhártyát sagittalis irányban mozgásba. A *Delstanche*-féle készülék elvén épült a a *Breitung*-féle, villamos erővel hajtott szivattyú, mely a dobhártyát finom rezgésbe tudja hozni.

Régóta foglalkozom azzal az eszmével, hogy miképp lehetne magát a dobhártyát a külső hallójáratból mozgásba hozni. E gondolat indított engem arra, hogy főképp az odanőtt dobhártya mobilizálására, adhaesiók gyorsabb felszívódására évek előtt a thiosinamint, illetve fibrolysint subcutan és dobüregbeli befecskendezések alakjában, a katheternek egyidejű alkalmazásán kívül ajánljam, és ma már megállapíthatom, a mint ezt *Vögel* Siebenmann baseli klinikájáról is kiemeli, hogy ezen a szakirodalomban általam először megpendített eszme nem esett egészen terméketlen talajra. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 54. kötet, 1907.)

Mutatja ezt a közlemények egész sorozata széles e világon. Mióta a nekem igazat adó számtalan közleményről az Orvosi Hetilap 1907. évfolyamának 43. számában és az Archiv für Ohrenheilkunde LXXIII. kötetében (Festschrift zu Ehren von Prof. H. Schwartze) beszámoltam, eljárásomnak még terjedelmesebb irodalma támadt.

A közelmultban a következő szerzők nyilatkoztak mellettem: *Daae* (Norsk. Magazin f. Laegewidenskaben, 1908, 11, lásd Archiv f. Ohrenheilkunde, 78. kötet, 164. oldal), *Botey* (Archivos Barcellona, 1908, 5. sz.), *Kretschmann* (Münchener mediz. Wochenschrift, 1908, 37. sz.), *Scholtz* (Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1908, 2. sz.), *Schwartze* (Münchener mediz. Wochenschrift, 1909 junius, „Fortbildungsvortrag"), *Erbstein* (Jeshemesjatschnik uschnych i nossowych bolesney, St.-Petersburg, refer. az Archiv für Ohrenheilkunde 80. kötetében, 1—2. füzet, 154. oldal), *Tapia* (Annales des maladies d'oreille, Juillet 1909, No. 7. pag. 137.), *Colat* (Thèse de Bordeaux, referálva az Annales des maladies d'oreille-ben Octobre 1909, pag. 517.), *J. A. Knowler és Thomas Barr* (British med. Association, Belfast, referálva a Berliner klin. Wochenschrift-ben, 1909, 42. sz. 1916. oldal), *Avelno Martin és Font de Boter* (Rivista Barcellones a de enfermendales de oido, Juin 1908, referálva az Annales des maladies d'oreille-

* Németül a „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" 1912. II. füzetében.

ben, Janvier 1910, pag. 92.), végre *Peyser* (Berliner klinische Wochenschrift, 1910, 48. szám, Diskussion über Prof. Brühl's Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft). Ugyancsak *Peyser* (l. citat.) és *Victor Urbantschitsch* (Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Berlin-Wien, 1910, pag. 401) dicséri az általam az ásványi phosphor helyett ajánlásba hozott szerves phosphort, a phytint (Orvosi Hetilap, 1905, 35—36. sz. és Archiv für Ohrenheilkunde, LXVI. kötet) az otosklerosis belső kezelésére.

Hosszabb idő óta most már más irányban is kisérletezem, igaz, önálló kórházi anyag hiányában a legnagyobb nehézségek között, de annál szigorúbb önkritikával, s azon fáradozom, hogy magán a dobhártyán alkalmazzak egy tapadós anyagot, melyre pamuttampont erősítve, kényelmes tractiókat végezhessek, hogy ekképp mobilizálhassam a dobhártyát.

A pharmakologia összes, könnyen ragadó gyantáival próbálkoztam e czélból és pedig a *mastix*-szal, melyet a fogorvosok használnak, a *resina elemi Manilla*-val, a *sandarak*-kal, a *resina dammar*-ral, pontosan mérlegelve minden egyes tapadószer előnyeit és hátrányait. Igen alkalmasnak látszott a színtelen *kanadai balzsam* is, melyet tudvalevőleg mikroskopi készítményeken a fedőlemeznek a tárgylemezre való odaragasztására használunk, de hátránya, hogy nehezebben keményedik meg. Gyorsan szilárdul meg a *copaivabalzsam*, ha földalkaliákkal hozzuk össze: Rp. Magn. ustae 1·0, Balsam. copaivae 8·0—16·0; kevés víz hozzáadásával könnyedén megmelegítve, frissen készítendő. (Lásd *Vogel* „Kommentar zur Pharmakopöe", II. kötet, 458. oldal.)

A *resina sandaraca* gyorsabban keményedik meg, mint a mastix, mindkettőnek, hasonlóképpen mint a *resina dammar*-nak, az az előnye, hogy aetherben, alkoholban átlátszó, színtelen oldatokat ad, míg a *resina elemi* megkeményedve, sárgás-barna színt ölt, mely miatt a fülgyógyászatban nem ajánlható (Confer. *Vogel* „Kommentar zur Pharmakopöe", II. kötet 447—448. oldal). Legczélszerűbbnek találtam a mastix és sandarak combinatióját a következő alakban: *Mastix 2·5, Sandarak 10·0, Aether sulfur. 25·0.* Esetleg Resina dammar, Mastix $\overline{aa}$ 2·5, Sandarak *10·0*, Aether sulfur. 20·0, Alcohol absolut. 5·0. A mastix-sandarak-oldatból fültükör kontrollja mellett az ép dobhártyára, legjobban annak hátulsó, alsó szegélyére jókora cseppet hozunk térdszerűleg hajlított kutaszra csavart pamut segítségével, ugyanebbe az oldatba hegyes pamuttampont mártunk és azt reáragasztjuk a tapadóssá vált dobhártyára akképp, hogy 24 óra lefolyása után, mely idő alatt szilárdan odatapad, térdben hajlított fülcsipesz segítségével a hallójáratból kiálló környéki részén kényelmes tractiókat és vongálásokat alkalmazhatunk. Sikerült meggyőződnöm arról, hogy ekképp meglehetős erősen magunkhoz húzhatjuk a rendes körülmények között kulisszaszerűleg kifeszített dobhártyát és hogy egy ülésben egyszerre akár négy tuczat tractiót is végezhetünk egymásután.

Ha a tampont jól odaragasztottuk a tapadóssá vált dobhártyára, akkor ez pár napi kezelés után magától leválik és egyszerűen újból megismételhetjük a ragasztó műveletet, mely a dobhártya szövetére teljesen ártatlan.

Hogy valóban sikerül a dobhártyát ekképp mobilizálni, ez abból tűnik ki, hogy a rendes viszonyok között fültükörrel látható fénykúpja a dobhártyának kezelés közben alakját változtatja és hogy a kalapácsmarkolat határozott mozgását láthatjuk. Legerősebb a dobhártya mozgása a kalapácsmarkolat és dobhártya peripheriája közötti részen. A dobhártya merevsége és vastagodása, ennek a promontoriummal való összenövése, vagy a kalapács és üllő közötti izület merevsége és összenövése esetén, végre a kalapács fejének a dobüreg felső falával történt rendellenes összenövése alkalmával a kalapács elveszíti mozgékonyságát, de ha a fent leírt tractiókat pár napig, esetleg szükség szerint néhány hétig végezzük, a kalapács ismét mobilizálhatóvá válik és ekképp erőművi úton jön létre az általam észlelt feltűnő hallásjavulás.

Adhaesiv folyamatokban, de kezdődő otosklerosisban szenvedők hallása is exact hallási próbák segítségével konstatálható módon lényegesen javult, a betegek kínzó fejnyomása és szédülés-érzete rövidesen megszűnt. Ismételt tractiók által az előbb kórosan retrahált dobhártya a külső hallójárat felé elődomborodik, mely mozgásnak a kalapács és csekély fokban az üllő és kengyel, tehát a hallócsontok egész lánczolata is enged, miáltal ez utóbbiak rendellenes feszülésének elejét vehetjük és a hangvezető készülék rezgési képességét helyreállíthatjuk. Ha a labyrinthus-ablakokat lobos kötőszöveti összenövések mereven elzárják, a keményen beszürődött szövetrészek kihúzása, vongálása kedvezően segíti elő a hanghullámok továbbterjedését a füllabyrinthushoz.

Minthogy a középső fül bántalmát részben a kerek és tojásdad ablaknak izzadmánynyal való kitelődése, részben a hangvezető készülék rendellenes feszülési viszonyai miatt sokszor a labyrinthusbeli nyomásfokozódás kiséri, kezelésemmel a rendellenesen fokozott labyrinthus-nyomást és az ezt sokszor követő subjectiv zörejeket és hallás-zavarokat, illetve a szédülést csökkenteni vagy teljesen megszüntetni tudjuk.

Gomperz (Wien) utalt először arra, hogy a *Politzer*-féle légdouchet, vagy a természetesen még erősebb hatású fülkatheteren át való légbefúvást nem szabad a végletekig folytatni, mert a sok légbefúvás folytán a dobhártyának zsákszerű meglazulása támadhat, miáltal kezelésünk a beteg kárára válhatik, mert panaszai csak fokozódnak. Eljárásomban is fültükörrel kontrollálandó a dobhártya állapota és mihelyt ez utóbbi túlságosan meglazult, azonnal be kell szüntetni a kezelést. A tömlőszerűleg kihúzott dobhártya, különösen ha ez utóbbinak szövete rarefikált, idegenérzést és még erősebb zúgást okozhat.

Minthogy a mastix nemcsak aetherben és chloroformban, hanem meleg alkoholban is, a sandarak és dammar pedig aetherben igen könnyen oldódik, az esetleg a dobhártyához túlerősen odatapadt gyantamaradványokat játszva leoldhatjuk és alattuk mindig a sértetlenül maradt dobhártyarészeket láthatjuk.

Egyszerű kezelésem mindazon esetekben javalt, melyekben a katheterrel való légbefúvásnak, illetve a *Politzer*-féle légdouche alkalmazásának van helye; gyuladásos folyamatok a dobhártyán azonban contraindikálják az eljárást. Különös előnyöket nyujt az egyik orrfélnek nehéz átjárhatósága és a katheternek ezáltal gátolt alkalmazhatósága esetén.

Ezek után untató kórtörténetek felsorolása nélkül átadom kezelésemet a szerencsésebb viszonyok között kórházi beteganyagon dolgozó szaktársaknak utánvizsgálás czéljából. Vajha javára válnék a szenvedő emberiségnek!

Dolgozat a budapesti kir. magy. tudományegyetem I. számú anatomiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Tanulmány az emberi ondóhólyag járatrendszeréről.

Picker Rezső dr.

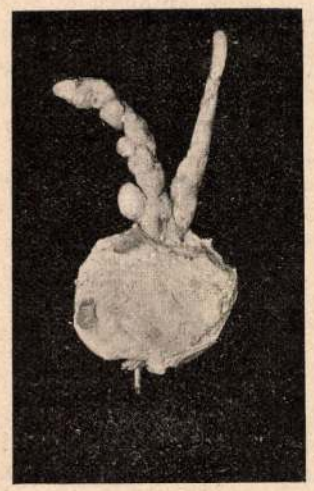
(Vége.)

D) *Egyenes vagy spirálisan futó fővezeték bogyószerű diverticulumokkal.* 19 példány. Az anyagnak 33%-a. Ürtartalom 6 és 2 cm^3 között, hosszúság 19 és $4^1/_2$ cm. között. A legnagyobb példány, a XXVII., 11 és 19 cm. hosszúságú és mindkét oldalon 5 cm^3 ürtartalmú; mindkét fővezeték laterális irányban elhajlik és visszafut a prostatához (lásd a 14. sz. ábrát). A legkisebb példány, a XXXIV. számú, 2—2 cm^3 ürtartalommal, 4, illetve 5 cm. hosszú.

A legtypusosabb példány a XX. számú, sajnos, csak egyoldali készítmény. Áll egy vékony, rövid csőből, a melyen borsónyi-babnyi, széles alappal biró diverticulumok ülnek. A fővezeték az *A*) csoportnak felelne meg. A XXIV-es készítmény a két oldal nagyságbeli különbségénél fogva érdekes, a bal oldal $3^1/_2$, a jobb 12 cm. hosszú. (L. a 17. sz. ábrát az ampullákat ábrázoló Röntgen-képek között.)

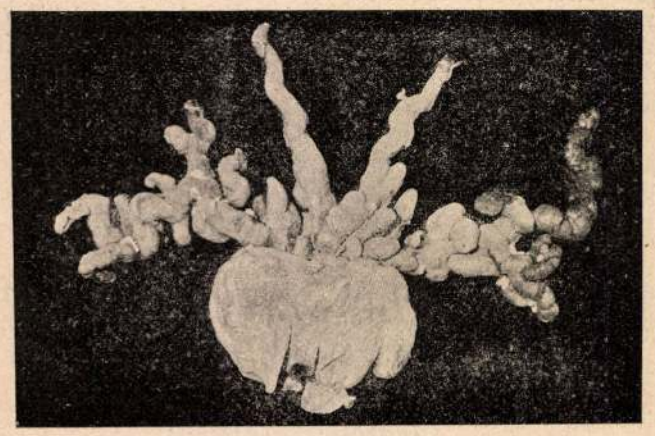
Többnyire több diverticulumuk van (4—14), az ampullák legtöbbször gazdagok, sokszor orsószerűen megvastagodottak.

Klinikailag a sok diverticulum és a fővezetéknek gyakran kanyargós volta a retentióknak bizonyára kedvez. Az ürülési viszonyok, eltekintve az egyenes fővezetékkel biró ondóhólyagoktól, ezen csoportban elég kedvezőtlenek.

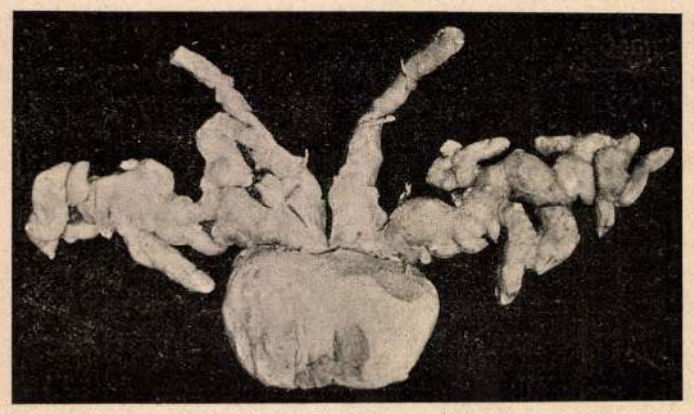


6. sz. ábra. XX. készítmény Az eredeti $^2/_5$ nagysága.
Természetes hossz 5 cm., ürtartalom 3 cm³

E) *Rövid fővezeték; nagy, szabálytalan, ágazatos mellékjáratok.* 19 példány, azaz az anyagnak 33%-a. Ebben a csoportban megint hatalmas példányok vannak, némelyikük 14 cm. hosszú és 10 cm³ ürtartalmú, a kisebb és legkisebb példányok is 6—8 cm. hosszúak. Az ürtartalom aránytalanul nagyobb a hosszúságnál, a mi a számos mellékjárat nagy és terjedelmes felületéből magyarázható. A mellékjáratok rendszerint keskeny alapúak. A fővezetéket sokszor nem is követhetjük végig, mert gyakran többé-kevésbé egyenrangú mellékjáratokra oszlik. A készítmények nehezen írhatók



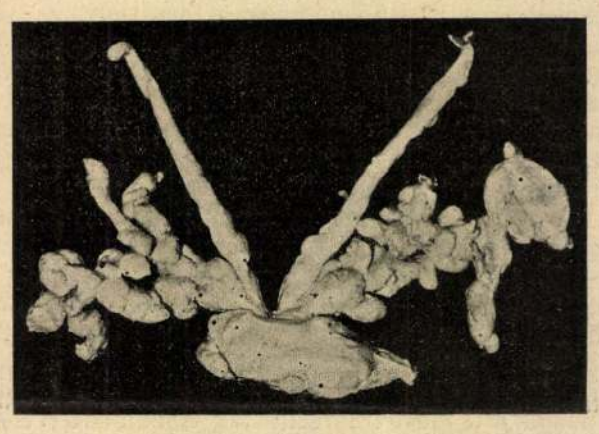
7. sz. ábra. XXXIX. készítmény. Az eredeti $^2/_5$ nagysága
Járathossz jobboldalt 9 cm. baloldalt 9 cm.
Ürtartalom „ 5·5 cm³, „ 8 cm³.



8. sz. ábra. XLI. készítmény. Az eredeti $^2/_5$ nagysága.
Járathossz jobboldalt 12 cm., baloldalt 11 cm.
Ürtartalom „ 9 cm³, „ 8 cm³.

le, mindegyiknek jellegzetes alakja van a mellékjáratok elhelyezkedése szerint. A nagyobb mellékjáratok többnyire lateralisan hajlanak el (XLI. készítmény), vannak azonban olyanok is, melyek medialis irányban térnek el. Ha egy lateralis irányban elhajló mellékjárat egy medialisan irányított mellékjárattal találkozik, akkor látszólag complet „O“ alakot alkotnak, tehát kört vagy ovalist (XLV. készítmény). Tüzetes vizsgálódásnál azonnal nyilvánvalóvá lesz, hogy itt két különálló, csúcsával érintkező mellékjáratról van szó. Már az injectio alkalmával is szembetünő e mellékjáratok különböző oldalról való telődése és teljes megtöltéskor a két csúcsnak egymás felé kiöblösödése. A *Pallin* készítményén látható „O“ úgy látszik a reconstructio alkalmával becsúszott hibának az eredménye. Valószínüleg épp azok a metszetek estek ki a reconstructio alkalmával, melyek a vékony kötőszöveti választófalat tartalmazták.

Külön kiemelem a XLIV. számú készítményt (l. a 9. sz ábrát), mert ennek mindkét oldala teljesen szabálytalan, a jobboldali fővezeték lateralis oldalán pedig egy nagy cysta foglal helyet.



9. sz. ábra. XLIV. készítmény. Az eredeti $^2/_5$ nagysága.
Járathossz jobboldalt 8.5 cm., baloldalt 7.5 cm.
Ürtartalom „ 7.5 cm³, „ 6 cm³.

A mellékjáratok egymáshoz való viszonya, a térbeli viszonyok, a kereszteződések, a nagyságbeli különbségek a muzeumi készítményeken kívül legjobban a stereoskopos képeken[8] tanulmányozhatók; egyszerű fényképek vagy leírások alapján senki sem kap róluk helyes képet.

Klinikai vonatkozások. Heveny spermatocystitis esetén akkor gondolnék erre az anatomiai szerkezetre, ha a *B*)-csoport tárgyalásakor már említett initialis tünetek és a láz leesése után kezdetben sok geny ürülne vagy volna üríthető, a végleges gyógyulás azonban esetleg csak több hónapi rendszeres massage után következnék be. Közben nagyobbára normalissá válik maga az ondóhólyag; a kezelés végéig azonban erős massage alkalmával vagy massage után normalis váladék mellett több-kevesebb genyfonál, genyrög ürül, esetleg normalis sagoszemcsék genyes függelékekkel, a melyekben mindvégig megtalálhatók azok a bacteriumok, a melyek a kezelés abbahagyásakor a folyást, cystitist, bakteriuriát stb. okozzák.[9]

Erre a csoportra, valamint a *D*) csoport komplikáltabb alakú ondóhólyagjaira gondolnék akkor is, ha kezeletlen esetekben szabálytalan menetű láz mellett ismételten hólyaghurut jelentkeznék, vagy ha az ivarszervek részéről nem mutatkoznék ugyan tünet, de typhus-szerű megbetegedés[10] állna fenn szabálytalan, hosszantartó lázzal.

[8] ifj. *Liebermann Leó* dr. tanársegéd úr szivességének köszönök egy 50 stereodiapositivből álló fényképgyüjteményt, mely egy stereoszekrényben (a minők az I szemklinikán használatban vannak) az egész múzeumi anyag ez úton való könnyű demonstrabilitása folytán tanczélokra kiválóan alkalmas.

[9] Tanulmány a húgyszervi fertőző betegségek kórtanához. Orv. Hetilap 1910, 42—45 szám.

[10] Ilyen anamnestikus adatokat nem egy esetben hallottam rheumás-septikus izületi bántalmakban szenvedő betegektől.

Az bizonyos, hogy ilyen anatomiai berendezés mellett *látszólag* teljesen meggyógyulhat a gonorrhoea, ha egy vagy más nagyobb mellékjárat lobosan megduzzad és hosszú időre elzáródik. A váratlan folyásrecidiva, a mely ugyancsak gyakori tünete az idősült gonorrhoeának az első fertőzés *megbékülése* után („schlechte Naturheilung"), csak akkor fog jelentkezni, ha a duzzadás lassan visszafejlődött vagy ha az illető egymásután többször közösült. Előbb említett „Tanulmány"-omban azt is leírtam, hogy miképp diagnoskálhatók a massageváladékok bakteriologiai és histologiai vizsgálata alapján az ilyen megbetegedések. Ha már most az ilyen kezeletlen eseteket, a melyek magukra hagyva „igen hamar gyógyulnának" meg (a folyás ilyen esetekben vagy magától, vagy pár napi bármily enyhe antisepticummal végzett fecskendésre el szokott ismét állni), kezelésbe veszszük, akkor a megbetegedett szervekben erős, rendszeres massage-kezelés mellett kifejezett *„góczreactiót"*[11] kapunk helybeli gyuladásos jelenségekkel, lázzal, exsudatióval és a hólyag részéről jelentkező izgalmi tünetekkel; e mellett erősbödik a folyás és az eleinte tiszta II. vizelet is zavarossá, genyessé válik. E diagnostikailag fontos és átmeneti reactio lezajlása után rendszeres massage-zsal még mindig elértem a retentiós gócz teljes kiürítését és evvel a végleges gyógyulást.

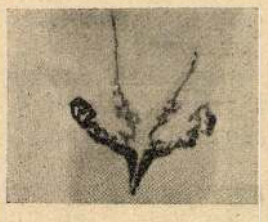
Ebbe a csoportba tartoznak valószínűleg az ondóhólyagok azon alakjai is, a melyek lehetővé teszik, hogy bármilyen még oly kevéssé virulens másodlagos fertőzés megtapadjon egy gonorrhoeás fertőzés után visszamaradó és évekig fennálló postgonorrhoeás gyuladásos elváltozásban; ez által pedig az ondóhólyag kiinduló pontjává válhatik rheumás megbetegedéseknek, „kryptogenetikus" sepsiseknek.

Ha már most végeredményben az *A*), *B*) és *C*) csoport képviselőit 33·5% előfordulási arányszámmal és aránylag kedvezőbb ürülési berendezéssel szembeállítjuk a *D*) és *E*) csoportok 66%-ával, akkor már papiron kiszámíthatni, hogy aránytalanul több lesz a rosszul gyógyuló és chronicitásra hajló spermatocystitis-eset, mint a kedvező lefolyásra kilátást nyujtó. És csakugyan tapasztalásom azt mutatja, hogy ritkaság számba megy az anatomice teljesen és gyorsan gyógyuló infectio ezen szervekben.

F) *Varia*. 16 példány. Ezek közül 7 darab erős, részben szét sem bontható összenövést mutat; egy esetben mindkét vas deferens magasan az ampulla felett elzáródott, az ondóhólyag megtöltése csak úgy sikerült, hogy a kanült az ampullába szúrtam (kollargol-készítmény, LXVII). Egyes praeparatumokon pyelitist, mellékheregöböket és hegeket, Cowper-mirigymegnagyobbodást, a prostata- és ondóhólyag-váladékban leukocytákat és végül *minden esetben a környező zsírszövet kérges megvastagodását* találtam, ez utóbbit főképp az ondóhólyag *csúcsa körül*.

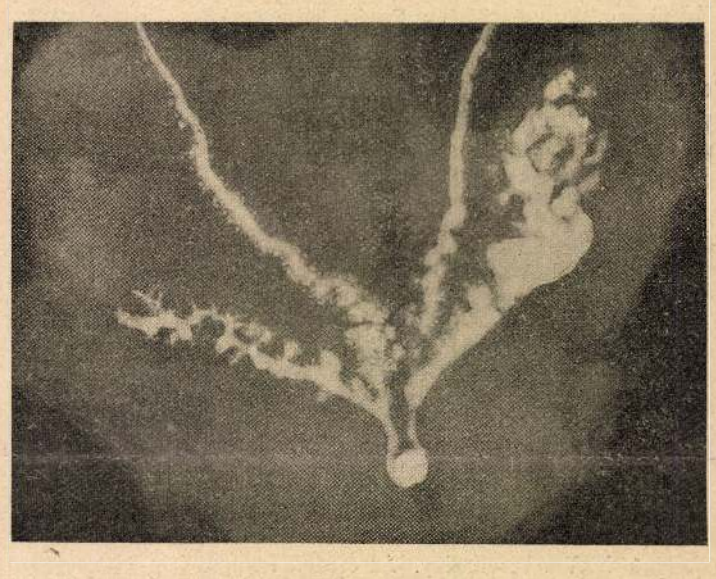
E készítmények egytől-egyig 30 éven felüli egyénektől származnak, tehát feltehető, hogy ezen elváltozások egy vagy több gonorrhoea eredményei. Ennek daczára az ondóhólyag telődésének semmi olyas akadálya sem látszott, a mely a járatrendszer bármely szakaszának *elzáródására* utalt volna. E mellett szólnak a Röntgen-képek is, a melyeken kivétel nélkül látszik az ondóhólyag falazatának azon sejtszerű berendezése, a melyet a descriptiv anatomia is jellemzőnek mond.

Itt kell megemlítenem a különben *C*) alá tartozó XVII. számú készítményt is, a melyre főképp a jobb ondóhólyag, de még inkább a jobb ureter körülötti nagy kiterjedésű gyuladásos elváltozások jellemzők. Ennek a praeparatumnak pontosabb leirása az ezidei „Kongress der deutschen Gesellschaft für Urologie" tárgyalásai közt található meg *Frisch* tanár „Hämaturie und Appendizitis" című előadásához[12] fűzött hozzászólásomban.



10. sz. ábra. LXII. készítmény.
2½ éves gyermek ondóhólyagjának természetes nagyságú Röntgen-képe.

Ebbe a csoportba tartozik négy gyermek (2 naptól 8 évig) ondóhólyagja is. Világosan mutatják, hogy az ondóhólyag nagysága nem a kortól függ, hanem épp úgy, mint a járatrendszer, teljesen egyéni (l. a 10. sz. ábrát).

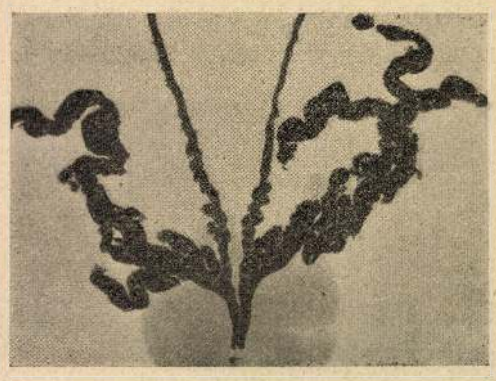


11. sz. ábra. LXVI. sz. készítmény.
Carcinoma vesiculae seminalis eredeti nagyságú Röntgen-képe.

A vesicula seminalis carcinomájáról Röntgen-képet (11. sz. ábra) készítettem, a melyen a falazat jellegzetes „sejt"-szerű structurája többé nem ismerhető fel, míg a baloldali ampulla felső részén még változatlanul látszik.

II. Ampullák.

Legegyszerűbbek azok az ampullák, a melyek egyenesen futnak le, csőszerűek (l. az 1. sz. ábrát), legfeljebb kis tágulást mutatnak a vas deferens lumenéhez képest. Vannak ugyanilyen szerkezetű, csakhogy kanyargósan (l. a 12. sz. ábrát) lefutó ampullák is.



12. sz. ábra. XLVIII. készítmény. Röntgen-kép ½ nagyságban.

[11] Ilyen góczreactiókról mostanában a bacteriumos fertőző betegségek és sepsisek vaccinás kezelése kapcsán gyakran olvashatni pl. *Menzer*-nél: Die kausale Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes (Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr. 46). A második in extenso közölt esetében az oltások kapcsán a gonorrhoeás folyás fellobbanásán kívül izületi fájdalmak, láz és minden *localis kezelés mellőzése daczára* mindkét oldali epidydimitis léptek fel.

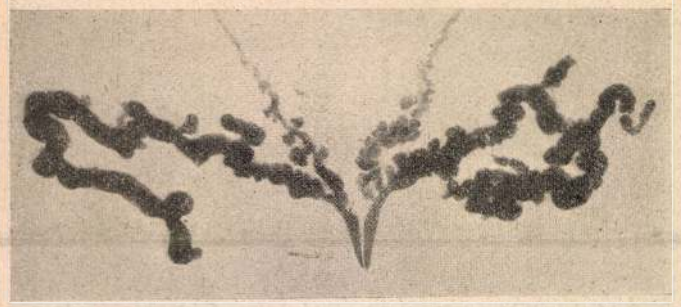
[12] Deutsche Zeitschrift für Urologie 1912 Februar, II. Beiheft.

Egy harmadik csoportot alkotnak azok az ampullák, melyek leginkább megfelelnek a descriptiv anatomia által typusosnak tartott alaknak; gyengén orsószerűen megvastagodott ampullák, sok, kis, bimbószerűen odailleszkedő diverticulummal (lásd a 4. sz. ábrát).

Ha az utóbbiak nagyobbak és symmetriásan helyezkednek el, olyanok az ampullák, mintha szárnyaltak volnának. (LXV. sz. készítmény 13. sz. ábra.)

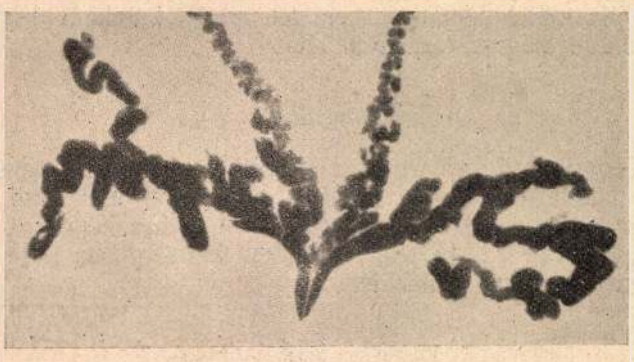
13. sz. ábra. LXV. készítmény. Eredeti Röntgen-kép $^1/_2$ nagyságban.

A symmetriásan elhelyezkedő diverticulumok finomabb structurájuk szerint megint 2 csoportot alkotnak, a szerint, hogy papillomaszerűen (l. a 14. sz. ábrát) ülnek-e az ampullán, vagy finoman elágazódnak, a mi által a fővezeték két oldalán finom, „pehelyszerű“ rajzolat jön létre.

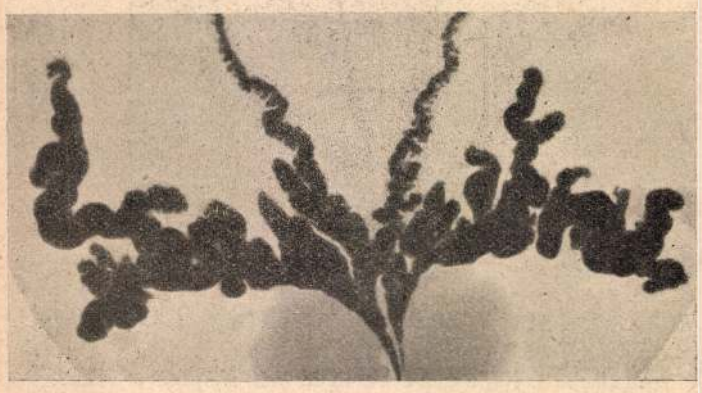


14. sz. ábra. XXVII. készítmény. Az eredeti Röntgen-kép $^1/_2$ nagysága.

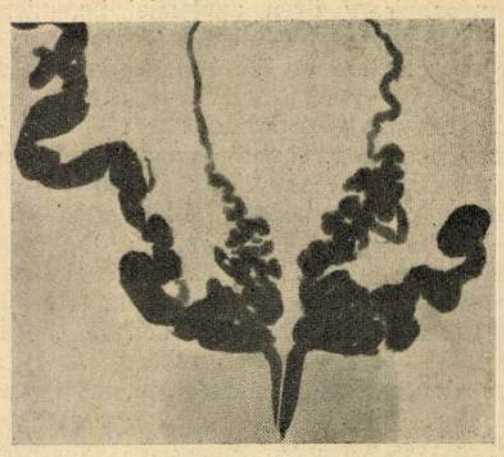
A legbonyolultabbak azok az ampullák, a melyek a fővezetéktől könnyen elkülöníthető „corpus diverticulare“-val birnak (l. a 17. sz. ábrát), a mely a maga részéről ismét a most említett typusok szerint oszlik alfajaira.



15. sz. ábra. XLVI. készítmény. Az eredeti Röntgen-kép $^2/_5$ nagysága.



16. sz. ábra. XXXIX. készítmény. Az eredeti Röntgen-kép $^2/_5$ nagysága.



17. sz. ábra. XXIV. készítmény. Az eredeti Röntgen-kép $^2/_5$ nagysága.

Az ampulla különböző alakjait szintén igen nehéz leirni, csak a Röntgen-kép deríti fel a részleteket és teszi tanulmányozhatóvá berendezésüket.

Szerkezetüknek tanulmányozásából egyetlen statisztikai következtetésként az derül ki, hogy a nagy és bonyolult szerkezetű ondóhólyagoknak komplikált vaskos ampulláik vannak, a mi mindenesetre kedvezőtlenebbé teszi a bennük megfészkelő infectio gyógyulási tendentiáját.

A megbetegedett és fájdalmas ampulla helyi kórjelzését, továbbá az ampulla szerepét a recidiváló mellékheregyuladásokban egyrészt „Helyi kórjelzésemben“ másrészt „Der Symptomkomplex der rezidivierenden Epidydimitis“[13] című munkámban irtam le.

III. Basis-diverticulumok.

A nagyobb és főképp igen nagy ondóhólyagok alapi részén, azaz a ductus ejaculatorius beszájadzása körül egy nagyobb, vagy több kisebb konglomerált diverticulum ül, melyek finom praeparatiónál önálló appendixeknek bizonyulnak és melyek az ampulla legalsó részének dorsalis felületét egészen eltakarják. (D. XXXI. nagy izolált, E. XXXIX. [7. számú ábra] konglomerált diverticulumok.)

* * *

Teljes anyagom táblázatos összeállítását, a mely ezen viszonyokat a legapróbb részletekig visszatükrözi, e helyen helyszűke miatt, sajnos, nem közölhetem.

Egyugyanazon egyén 2 ondóhólyagja, valamint általában felnőtt férfiak vesiculae seminales-e nagyságukra nézve lényeges individualis különbségeket mutatnak. A nagyságbeli és ürtérfogati differentiákat az egyes csoportoknál külön említett adatok mutatják legvilágosabban.

A nagy, komplikált szerkezetű ondóhólyagokhoz javarészt physiologiásan nagy prostaták tartoztak már fiatal egyéneken is. Kivétel ez alul a rudimentaer ondóhólyag (LVII. készítmény), a mely nagy prostatát mutatott.

A megvizsgált szervek nagyobbára 20 éven felüli hullákból valók.

* * *

Tanulmányom tehát azt bizonyítja, hogy a férfi húgycsövének mirigyes függelékei közül a legtöbb esetben az ondóhólyagok és ampullák elválasztó nyálkahártya-felületei a legnagyobb kiterjedésűek, noha éppen ők mutatják a legnagyobb egyéni ingadozásokat úgy általánosságban, mint néha ugyanazon egyénen is a jobb és bal oldalt illetőleg. A rektalis lelet alapján tehát sohasem mondhatjuk, ha pl. nagy typusú ondóhólyagot tapintunk, hogy az illető szerv megnagyobbodott vagy pathologiás, sem a tapintásra kis ondóhólyagról, hogy normalis. Ennek a kimondására csak a pontos helyi kórjelzéssel nyert váladékok mikroskopos és bakteriologiai vizsgálata jogosít fel. Bővebben „Helyi kórjel-

[13] Verhandlungen des II. Kongresses der Deutsch. Ges. f. Urologie, Georg Thieme, Leipzig, 1909.

zés"-emben fejtettem ki ezt. Szerkezetük komplikáltságát és lefolyási viszonyaiknak kedvezőtlen voltát illetőleg a Cowper-mirigyek és végül az elülső húgycső nagyobb mirigyei követik őket.

A prostatának kiváltságos helyzete van az egyes mirigylebenyek kiürülése tekintetében. Minden lebenynek önálló kivezető csöve van, a prostata izomzata pedig úgyszólván átszövi a mirigyállományt. Ezen a hólyag záróizmával összefüggésben lévő, reczeszerű izomrendszer t. i. minden egyes vizelés végén összenyomja a közbeneső mirigyállományt, a mi által a váladék egy része időnként (minden vizelés végén) kiürül.

És valóban tapasztalataim szerint a férfi-húgyivarszervek fertőző betegségeinek chronikussá való válásában a legnagyobb szerepet az ondóhólyagok viszik, aztán a Cowper-mirigyek következnek és csak legvégül szerepel a prostata mint retentiós gócz.

Klinikai tapasztalataim és a rendszeres massagekezelés által elért eredményeim világosan mutatják, hogy a húgyivarszervek fertőző betegségeinek pathologiájában a legfontosabb mozzanat mindig a különböző mirigyes függelékek ürülési viszonyai, tehát mechanikai momentumok, nem pedig a „submucosában székelő" bacteriumok, a mint azt az uralkodó dogma hangoztatja és még kevésbé a „hátulsó húgycső", melyet legtöbbször emlegetnek, mint a legrettegettebb szövődmények kiinduló helyét.

Az ondóhólyagok és ampullák járatrendszeinek viszonyai megmagyarázzák azokat a „hirtelenül jelentkező" mellékheregyuladásokat is, a milyeneket bőven van alkalmunk látni húgyszervi fertőző betegségek heveny és idült stadiumában fiatal és idős egyéneken egyaránt. Ezt a szövődményt *én* nem tekintem önálló betegségnek; jelentkezése csak annak a *jele*, hogy az urogenitalis apparatus ezen részében egy infectio lappang, mely éppen az adott alkalommal (katheterismus, massage, lovaglás, közösülés), de néha külsőleg kimutatható ok nélkül is, fellobban és fertőzése valamely okból a mellékherére terjed; felfogásom helyességét az bizonyítja legjobban, hogy ily esetekben mindig keresem és meg is találom a beteg mellékheréhez tartozó ampulla vasis deferentisben pontos helyi kórjelzés segítségével a fájdalmas, bacteriumtartalmú lobos retentiós góczot. Diagnosisom helyességét csak igazolja, ha a kezelés menete közben a beteg oldalon az epididymitis egyszer-máskor kisebb mértékben kiújul, a beteg gócz végleges kiürítése után pedig végleg elmarad.

Ha egy „urethritis postica" kapcsán láz jelentkezik, a mi elég gyakori dolog, akkor a húgyszervi fertőző betegségek pathologiájáról irott „Tanulmányom" szerint elsősorban spermatocystitisre gondolok és megejtem a beteg vagy leginkább beteg oldal kiderítése végett a pontos helyi kórjelzést. Mostani anatomiai tanulmányom megmagyarázza és biztossá teszi, hogy a *lázzal járó hólyaghurut* tünetcsoportja voltaképpen az *ondóhólyagok* megbetegedése. E szervek nagy nyálkahártyafelülete, bonyolult szerkezete és rossz lefolyási viszonyai folytán a benne kifejlődő, genyedéssel járó, bacteriumos megbetegedés járhat magas lázzal, febris continua-typussal, kritikus vagy lysises eséssel. (L. a „Tanulmány" I. fejezetében közölt láztáblát, Sz. P. esete.)[14]

Végül csak arra akarok még rámutatni, hogy az ilyen retentiós góczok fennállhatnak a nélkül, hogy a levezető utak részéről bármi tünet (cystitis, urethritis) mutatkoznék. Viszont a legtöbb recidiváló gonorrhoeának, sok idült hólyaghurutnak és makacs bakteriuriának az ondóhólyagban találni meg a kiindulási helyét, noha maga az ondóhólyag tapintásra a normalistól semmiben sem tér el; a belőle nyerhető esetleg *igen csekély* és már *alig lobos* váladék azonban még mindig tartalmazza ugyanazon bacteriumokat az általam ismételten leírt elrendeződésben, a melyek a panasz tárgyát tevő hólyaghurut, folyás stb. okozói. Ha az ilyen klinikailag latens retentiós góczok recidiváló influenzás, rheumás és izületi bántalmaknak[15–16] kiindulópontjává lesznek, az orvos az ily esetet gyakran fogja „kryptogenetikus"-nak mondani vagy pedig mint önálló betegséget kezelni, mert a húgyivari szervek mirigyes függelékeinek megvizsgálására azok *teljes tünetnélküliségüknél* fogva nem is gondol, annál kevésbé, minthogy a most divó kórtani felfogás e szerveknek nem tulajdonít fontosságot. Az anamnesis említette esetleges egykori, talán sok év előtt lefolyt acut *„húgycső*-megbetegedést" pedig nem hozza összefüggésbe a mostani sepsises bántalommal. Ilyen sepsises, kryptogenetikus[17–18] bántalmakat, a melyek semmiféle physikai és fürdőzési therapiára nem javultak, már több ízben meggyógyítottam, minden egyéb gyógyeljárást mellőzvén, az ondóhólyagjáratok ágaiban székelő retentiós gócz kiürítésével, a mi világosan bizonyítja, hogy „cessante causa cessat effectus".

[14] Orvosi Hetilap 1910, 42. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Walter Zweig: Diagnose und Therapie der Darm- und Magenkrankheiten. Zweite vermehrte Auflage. Mit 36 Textabbildungen und 1 farbigen Tafel. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1912.

A gyomor- és bélbetegségeket tárgyaló kézikönyvek nagy száma mellett az a körülmény, hogy *Zweig* könyve aránylag rövid idő alatt második kiadását érte meg, elég bizonyíték arra, hogy *Zweig*-nak sikerült könyve számára híveket találni. A mű második kiadása ezeknek körét kétségkívül lényegesen szaporítani fogja, mert ebben nemcsak „átdolgozva" és „kibővítve" van az első kiadás, hanem ebben az átdolgozásban megnyilvánul úgy az anyagon való teljes és önálló uralkodás, mint az éleslátású klinikus helyes és tárgyilagos kritikája.

Hogy a mű minden fejezetének bizonyos subjectiv jellege van, éppen nem von le az értékéből, hiszen a gyakorló orvos, a kinek számára elsősorban íródott e könyv, nem annyira az egyes kérdésekre vonatkozó irodalmi adatok iránt érdeklődik, mint inkább az iránt, hogy a publicatiók mai nagy tömegéből mi az, a mit egy tárgyilagos kritikával megírt tankönyv neki lelkiismeretesen ajánlhat.

Lényeges átdolgozáson ment át a mű első, a táplálkozás physiologiájával foglalkozó fejezete, melyben főleg *Cohnheim* és *Pawlow* idevonatkozó klinikai vizsgálatai találnak megillető méltánylást. A műnek ezen első fejezete az egész könyvnek előnyös jelleget kölcsönöz, a mennyiben az egyes kórképek és különösen a functionalis anomaliák tárgyalása mindenütt szigorúan physiologiai alapra van fektetve: oly körülmény, mely *Zweig* könyvét a szakemberek számára nemcsak élvezetessé teszi, hanem új szempontokat is nyujt. A referens teljesen osztja *Zweig* azon állítását, hogy „wir können mit grösster Wahrscheinlichkeit schliessen, dass die Tätigkeit des gesamten viszeralen Nervensystems unter der Kontrolle und Herrschaft der Drüsen mit innerer Sekretion steht" és örvendetesnek tartja *Zweig* azon törekvését, mely arra irányul, hogy azon zavarait a visceralis idegrendszer functiójának, melyeket ma még a „nervosus dyspepsia" fogalmában foglalunk össze, magasabb szempontból itéljük meg; hogy itt a mirigyek „belső secretiója" oly döntő aetiologiai szerepet játszik, mint azt *Zweig* gondolja, egyáltalán nem valószínűtlen.

A második fejezetben az anyagforgalom és a táplálko-

[15] *Gruber*, München: Pyämie nach akuter staphylomykotischer Spermatocystitis. Münchener med. Wochenschrift, 1911, No. 19.

[16] *Milan Sachs:* Allgemeininfektion mit dem Pneumobacillus Friedlaender. Zeitschrift für Heilkunde, Bd. 23, 1902. Abt. f. pathol. Anatomie, p. 384 ff.

[17] *Picker:* Idősült ondóhólyagsepsis gyógyult esete. Orvosi Hetilap, 1911. 34. szám.

[18] *Picker*: Kryptogenetikus sepsis gyógyult esete. Orvosi Hetilap, 1910. 45. szám.

zás physiologiájának igen részletes és jó összeállítását találja az olvasó.

A III.—VIII. fejezetben a gyomorbetegségek diaetás, physicalis és medicamentosus therapiáját és a rectalis táplálkozást tárgyalja. A specialis részben 7 fejezetben foglalkozik a gyomor, 11 fejezetben a bél betegségeivel és egy függelékben a gyomortartalom és bélsár chemiai és mikroskopi vizsgálatát foglalja össze igen ügyesen.

Minden egyes fejezet olvasása alkalmával érezhető a szerző bőséges tapasztalata és erősen fejlett gyakorlati érzéke; az a józan kritika, melylyel az újabb vizsgálati és therapiai eljárásokat tárgyalja, egyenesen üdítő; ilyen üdítő hatással lesz az olvasóra a figyelmeztetés, hogy a radiologiai leletek csakis kritikával és valamennyi többi vizsgálati módszernek együttes alkalmazásával értékesíthetők a gyomorbetegségek diagnostikájában; éppen ilyen helyesnek tartja a referens a szerző tartózkodó álláspontját a *Lenhartz*-féle ulcus-kúra értékének megitélésében is.

Zweig-nak eddig is érdeme volt, hogy egyike az elsőknek, a kik állást foglaltak a constipatiók ma uralkodó sablonos atoniás és spasmusos beosztása ellen. A referens szerint a chronikus constipatiók megkülönböztetése egyedül topographiai alapon helyes és egyetért a szerzővel, midőn azt mondja, hogy: „Reine Fälle von spastischer Obstipation überhaupt nicht gibt".

A mű egyik legkiválóbb fejezete az, a mely az enteroptosissal foglalkozik; *Stiller* alapvető, klasszikus munkálatai és a szerző bő és jól értékesített tapasztalatai forrásai e fejezetnek.

A colitis ulcerosa, a sigmoiditis és a proktitis sphincterica — szemben az első kiadással — itt klinikai jelentőségüket megillető méltatásra találnak. Talán a következő kiadásban a sigmoidealis és proktogen constipatiók nagyobb méltánylásra fognak találni; és ugyancsak kivánatosnak tartaná a referens a sigmoiditis fejezete mellé egy fejezetet beiktatni a perisigmoiditisről, mint a melynek nagy klinikai jelentősége a gyakorlatban még alig van méltányolva.

Zweig műve második kiadásának áttanulmányozása a referensnek valóban okulást és élvezetet szerzett és azért azt az érdeklődőknek a legmelegebben ajánlhatja. Stylusa könnyű és kellemes, a könyv kiállítása elsőrangú.

Áldor Lajos dr.

Új könyvek:

G. Ricker und A. Dahlmann: Beiträge zur Physiologie des Weibes. Leipzig, J. A. Barth. 2·25 m. — *E. Schepelmann*: Die Seekrankheit. Berlin, W. Rothschild. 2·80 m. — *A. Schittenhelm und J. Schmid:* Die Gicht und ihre Therapie. 2. Auflage. Halle, C. Marhold. 1·80 m. — *S. Engel und M. Baum*: Grundriss der Säuglingskunde nebst einem Grundriss der Säuglingsfürsorge. Leitfaden für Schwestern, Pflegerinnen etc. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4·60 m. — *P. Manasse:* Die Ostitis chronica metaplastica der menschlichen Labyrinthkapsel. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 8 m. — *G. Herxheimer:* Technik der pathologisch-anatomischen Untersuchung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 10 m. — *J. G. Mönckeberg*: Herzmissbildungen. Atlas angeborener Herzfehler. Jena, G. Fischer. 30 m. — *G. Knauer*: Winke für den ärztlichen Weg. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2 m — *J. Wolfram:* Der Kampf gegen den Schmerz bei operativen Eingriffen vom Altertum bis zur Gegenwart, mit besonderer Beziehung auf die Zahnheilkunde. Leipzig, J. A. Barth. 2 m. — *H. Gutzmann*: Sprachheilkunde. 2. Auflage. Berlin, Fischer's medizinische Buchhandlung. 15 m. — *A. Kronfeld*: Ueber die psychologischen Theorien Freuds und verwandte Anschauungen. Leipzig, W. Engelmann. 2·40 m. — *W. Türk:* Vorlesungen über klinische Hämatologie. Teil II. I. Hälfte. Wien, W. Braumüller. 12 m. — *H. Simon*: Physik und Technik der Thermopenetration. Leipzig, J. A. Barth. 1 m. — *H. W. Maier*: Die nordamerikanische Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung. *E. Oberholzer:* Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Halle a. S., C. Marhold. 3·40 m — *A. Müller:* Der muskuläre Kopfschmerz. Leipzig, Vogel. 2·75 m. — *C. Jacoby*: Okkultismus und medizinische Wissenschaft. Stuttgart, F. Enke. 1·60 m. — *F. Colley*: Die chronische Entzündung des Blinddarmanhangs. Berlin, A. Hirschwald. 6 m. — *C. Leiner:* Ueber eigenartige Erythemtypen und Dermatitiden des frühen Säuglingsalters. Wien, F. Deuticke. 3·60 m. — *G. Peritz*: Die Nervenkrankheiten des Kindesalters. Berlin, Fischers medizinische Buchhandlung. 15 m. — *O. Bernhard*: Heliotherapie im Hochgebirge. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Stuttgart, F. Enke. 4 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Friedländer-bacillus okozta pneumonia egy esetét közli *Toenniessen* az erlangeni egyetem belklinikájáról. Az 55 éves férfi rázóhideg és mellkasi szúró fájdalmak kiséretében betegszik meg. A jobb felső lebeny elülső részében pneumoniás beszűrődés mutatható ki, a mely lassanként hátrafelé terjed, két hétig csaknem változatlan marad és azután lágyulásba megy át. A hőmérsék csak a betegség 5. napján emelkedett, még pedig hirtelen elég magasra, feltünően jó közérzet mellett. Néhány napi fennállása után a láz lytice csökken, noha a beszürődés terjedőben van. Ezután állandóan subfebrilis hőmérsék a beszűrődés fennállása daczára, sőt a lágyulás beálltával még jobban közeledik a hőmérsék a rendeshez. Az üdülés szakában levőnek látszó beteg mintegy 4 héttel a betegség kezdetétől számítva hirtelen meghal szívgyengeség folytán. Bonczoláskor nagy, eltokolt lágyulásos góczot találtak a jobboldali felső lebenyben ökölnyi tüdősequesterrel; a szívben zsíros elfajulás és barna atrophia; sepsises lép, parenchymatosus elfajulás és pangás a vesében. A Friedländer-bacillust már a betegség kezdetén sikerült kimutatni. Ezen esettel kapcsolatban a szerző az irodalomban található adatok alapján összefoglalja a Friedländer-bacillus okozta pneumonia kórképének sajátságos voltát. Mindenekelőtt a prognosis rossz. 48 eset közül 41 végződött halállal. A halál többnyire már néhány nap alatt bekövetkezik szívgyengeség tünetei között. Herpes és rázóhideg sokszor nincsen. Feltünő az alacsony hőmérsék. A köpet bő, erősen nyálkás, viscid, szürke vagy barnás-vöröses, *nagyon sok* Friedländer-bacillust tartalmaz. Kórbonczolástanilag az erős lobaris beszűrődés metszéslapja nem szemcsés, hanem nyálkás benyomást tesz; az izzadmány jórészt bacillusokból áll, kevesebb benne a leukocyta és a vörös vérsejt, mint a pneumococcus okozta izzadmányban; az eseteknek csaknem felében lágyulás található a beszürődött részletek közepén. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 49. szám.)

Sebészet.

A vegbélelőesés kezeléséről a medenczefeneken végzett plastikával ir *Hackenbruch*. A végbélelőesésnek okát különbözőképpen magyarázták. Régebben a végbélcatarrhust vették fel okul, majd pedig a Douglas-redőnek veleszületett mély állása, mások szerint pedig a medenczefenék izmainak a gyengesége volna az oka. A legelterjedtebb felfogás, a Douglas-redő mély állása alapján azonban nem magyarázható, mert gyakran láthatjuk anatomiai készítményeken, hogy e rédő mélyen áll, az illetőnek azonban prolapsusa nem volt. Ennek tulajdoníthatjuk, hogy azok a műtéti beavatkozások, melyek a Douglas-redő mély állásának megszüntetésére törekedtek, akár recto-, akár kolopexia útján, nem jártak kellő eredménynyel. Ezt bizonyítja különösen *Pachnio* statisztikája, mely szerint 54%-a az ily módon operált eseteknek recidivált. Ellenkezőleg azon esetekben, melyekben a prolapsust a medenczefenék izmainak erősítésével igyekeznek gyógyítani (*Rehn, Delorme, Bier, Hofmann*), az eredmények sokkal jobbak szoktak lenni. A szerző methodusa is csak ezen felfogás helyessége mellett bizonyít; műtétjei kivitelekor a következő elvek szerint jár el. A végbélcső rendes körülmények között sagittalis metszetben a sphincterdudor táján többékevésbé kifejezett, gyakran derékszögű megtörést mutat avagy görbületet, mely convexitásával előre néz. Minthogy ezen physiologiai görbületnek a záró mechanismus tekintetében fontos szerepe van, közelfekvőnek látszott ezen megtörést az előzőleg visszahelyezett és szabaddá tett végbélcsövön pár haránt varrattal úgy fokozni, hogy a rectum hátulsó fala a lumenben mintegy plica transversalist alkosson. Természetesen az öltéseknek csak a fascia proprián és a rectum izmain szabad keresztülhatolniok. Czélszerű, különösen nagyfokú prolapsus esetén, előzőleg néhány hosszirányban vezetett varrattal a végbél hátulsó falát is erősíteni, úgy azonban, hogy

ezáltal szűkület ne támadjon. Ezenkivül a szerző a *Hofmann*-féle műtéttel, vagyis a levator ani résének összevarrásával is erősített a medenczefeneket. A szerző ezen műtéti eljárást 3 esetben végezte és idealis eredményt ért el, mely hosszabb idővel a műtét után is megmaradt. (Münch. med. Wochenschr. 1911, 20. sz.) *ifj. Hahn Dezső* dr.

Idegkórtan.

A salvarsan hatásáról az agyidegekre tartott előadást *Sicard* és *Gutman*. Háromféle hatást különböztetnek meg. A közvetetlen toxikus hatást, mely az acusticust éri; ezt más arsenvegyületek is előidézhetik és nem csak syphilisben fordul elő; nem jár meningealis izgatottsággal. A syphilisben salvarsanra együttesen specifikus a meningotropikus reactio, ez is röviddel az injectio után észlelhető, több fejideg bénulásával jár (rendesen facialis, oculomotorius, acusticus); a cerebrospinalis folyadékban a sejtek és albumen szaporodása mutatható ki; magyarázata, hogy a salvarsan a trypanosomák által érzékenynyé tett agyhártyákra hatott. A míg az előbbi esetben a salvarsannal való kezelést abba kell hagyni, az utóbbiban folytatható kénesővel kombinálva. Végül meg kell különböztetni a késői reactiókat, ezek nem irandók a salvarsan rovására, hanem tisztán syphilis-recidivák. A salvarsan alkalmazását illetőleg a szerzők csak a kisebb adagú (0·30-ig menő) intravenás injectiót ajánlják, még pedig kettőt adnak 1 heti időközben. (Revue neurologique, 1912. 2. sz.) *L.*

Gyermekorvostan.

„Roussel törvénye, jótéteményei, milyen hasznát láttuk eddig és miképpen volna megváltoztatható" czimen ír *H. Sergent*. A franczia kormány már a 19. század legelején foglalkozott a csecsemők védelmével. *Brodart* 1835-ben a dajkaintézmény szabályozását kéri. 1845-ben *Loir* dr. kérelmezi, hogy az újszülötteket csak születésük után 40 nappal vigyék keresztelni. 1862-ben a belügyministerium egyes megyékben a gyermekhalandóságot 73·43%-ban állapítja meg. 1866-ban *Brochard* dr. egy munkájában kimutatta, hogy Francziaországban évente 100.000 csecsemő pusztul el éhség s nyomor következtében és a gondozás s felügyelet hiánya folytán. Ugyanez évben az orvosi akademián bemutatják *Monuot* vidéki orvos művét a csecsemővédelemről. 1866-ban *Blot* felolvassa a gyermekhalandóságról szóló jelentését, mire az akadémia kiküldi a következő évben az első bizottságot, míg végre 1870-ben megalakul az állandó gyermekegészségügyi bizottság. 1870-ben az akadémia nagygyűlésen hosszas tárgyalások után a nagy gyermekhalandóság elleni küzdelmet a következők sanálásában foglalták össze: 1. A csecsemők és dajkaságba kiadott gyermekek halálozási statisztikájának hiánya; 2. a gyermekek túlkorai kivitele keresztelés és dajkaságba adás czéljából; 3. az oltási kötelezettség hiánya; 4. a dajkasággal foglalkozó nők, valamint a dajkaságba kiadott csecsemők hatósági és orvosi felülvizsgálatára vonatkozó törvény hiánya; 5. a gyermekek gondozására és egyes tápszerek alkalmazására vonatkozó ártalmas szokások és előítéletek fennállása.

A kérdés tanulmányozását megakadályozza a háború. Azonban már az 1871. év végén megjelenik az első tanulmány a kiskorú gyermekek halandóságának okairól és a halandóság csökkentésének eszközeiről.

Az 1873. év tavaszán adta be *Th. Roussel* dr. képviselő törvényjavaslatát, mely felfedi azt a (társadalmi) hiányt, sebet, melyet a dajkaság intézménye a társadalomnak okoz. A törvényjavaslat tanulmányozására kiküldött bizottság jelentésében így fejezi ki magát *Roussel*: Mindaz, a mi a csecsemőt anyjától elválasztja, szenvedésbe dönti és a halál veszélyének teszi ki.

A törvényjavaslatot három olvasás után a képviselőház elfogadja, a senatus jóváhagyja és az 1875. év első napjaiban kihirdetik, mely idő óta csak *Roussel* törvényének neve alatt ismeretes.

Ahhoz, hogy a törvényt megérthessük, megismerhessük a végzett munka nagyságát, de egyben hibáit is, a kifejlett pontokat és az e nagyfontosságú műben rejlő tökéletlenségeket, sorba kell vennünk a különböző hivatalos jelentéseket és *Labbé* törvényjavaslatát; így meg fogjuk érteni a gondolatokat, melyeknek fokozatosan meg kellett születniök.

Waldeck-Rousseau belügyministeré az első jelentés 1886-ban, a ki mindjárt az elején bevallja, hogy a törvényhez fűzött remények nem valósultak meg mind, mert egyes helyeken nem alkalmazták jól, más helyütt pedig egyáltalán nem. A gyermekvédelem költségei 1878-ban 543.346 fr.-t, míg 1886-ban 1,394.199 fr.-t tettek ki, mely összegnek felét az állam adta. Az orvosi felügyelet — a gyermekvédelem leglényegesebb része — 1884-ben még csak 50 megyében volt rendszeresítve, de ezekben a megyékben a csecsemők ápolásában és táplálásában lényeges javulás állott is be.

1888-ban a gyermekvédelmi bizottság megállapítja, hogy a gyermekhalandóság növekedett Francziaországban, mert míg 1875-ben 994.809 születésre (43.834 halva szülött) esik 161.573 halálozás 1 évig, 1884-ben 982.044 születésre (45.286 halva szülött) esik 165.943 halálozás. Végezetül e jelentés az anyák védelméről is megemlékezik.

1894-ben a belügyminister a prefektusokhoz a következő körlevelet intézi: Az anya teje nem az anyáé, hanem a gyermeké; az anyának nincs joga, hogy kedve szerint kereskedjék vele és midőn megengedjük, hogy idegen gyermeknek engedje át, ezt csak akkor tehetjük, ha megállapitottuk, hogy a tej az ő saját gyermeke életének és egészségének fentartására már nem feltétlenül szükséges.

1902-ben az állandó gyermekegészségügyi bizottság hasznos eredményeket tulajdonit a törvénynek. A látogatások a gyermekek gondozására szerencsés befolyással vannak; talán mert a dajka tart a váratlan felügyelői látogatástól, talán mert jutalmat remél vagy a büntetéstől fél, vagy pedig a felügyelők helyes egészségügyi szabályokat tanítanak. A Páris környékén elterülő megyékben az 1 éven aluli gyermekek halandósága csökkent, mert ezek kapják a legtöbb gyermeket a fővárosból. A gyermekhalálozás a törvény életbeléptetése előtt 1826-ban 50%, 1858-ban 56%, 1860-ban 60% volt, míg a *Roussel*-törvény után 1899-ben 30%, 1900-ban 27% és 1901-ben csak 21%-a az összes elhaltaknak. E jelentés elismeri egyszersmind a törvény nem tökéletes voltát és a következő módosításokat ajánlja: 1. állapitsák meg pontosan a gondozásba vett gyermekek táplálását; 2. a felügyelő orvosoknak adjanak nagyobb hatáskört; 3. állítsanak fel orvosi és közigazgatási felügyeletet a dajkák távozási, valamint megérkezési időpontjára; 4 pontos feljegyzések vezetendők a gyermekvédelemről; 5. állíttassék fel a dajkaságba adott gyermekek részére az ingyenes orvosi segély intézménye; 6. adják meg a dajkáknak a bizonyosságot a felől, hogy azt az összeget, melynek fizetésére a szülő magát kötelezte gyermeke eltartásáért, valóban meg is fogják kapni.

1901-ben *Labbé* a senatus elé terjeszti törvényjavaslatát, mely a *Roussel*-féle törvény megváltoztatására vonatkozik, híven visszatükrözve ezen időszak gondolkozásának jellegét.

A gyermekegészségügyi bizottság a következő megállapodásokra jutott: 1. A gyermekeknek anyatejjel való táplálása bármely más táplálási módnál helyesebb. 2. Ha az anyának nincs teje, állati (szamár-, tehén-, kecske-) tej legyen a gyermek kizárólagos tápláléka. 3. Bármily tej használható, ha nem fertőzött; leghelyesebb a sterilezett tej használata (felemlítik, hogy sok helyen a sterilezett tej Barlow-kórt okoz). 4. A czuczli eltiltandó. 5. Az orvosi felügyelet terjesztessék ki minden gyermeket gondozó asszonyra, akár fizetik őket ezért, akár nem. 6. Minden dajka kötelezendő a hatósági bizonyítvány kiállítása előtt orvosi bizonyítvány beszerzésére. 7. Hetenkint látogatandók az egyhónapos gyermekek, kéthetenként a 2—5 hónapos gyermekek, havonkint a hat- és héthónaposak, ezenkívül a dajkaság két éve alatt még összesen 24-szer látogatandók. 8. A fizetni nem tudó szülők csecsemői

ingyenes orvosi kezelésben részesülnek. 9. A dajkák bíróság útján követelhessék az ápolásért és ellátásért járó összegeket.

1903-ban *Porak* dr. a gyermekegészségügyi bizottság újabb jelentését terjeszti elő, melyben elmondja, hogy az orvosok ezidőtájt két irányzat hívei: Az egyik tábor *Pinard* dr.-ral élén azt mondja, hogy az anyát nem szabad gyermekétől elválasztani. Míg viszont a másik tábor, a melybe a jelentés irója is tartozik, belátja, hogy az élet nehéz kötelezettségekkel terheli meg a szülőket és az anya azon feladatát, hogy gyermekét maga szoptassa, nem végezheti más elkerülhetetlenül végzendő munka miatt és ez teszi szükségessé a gyermekvédelmi és egyéb emberbaráti intézményeket.

Ogier 1905-ben a belügyministerhez intézett tanulmányában kifejti, hogy az 1870.-i háború veszteségei és ezek helyrehozásának szükségessége adták meg a *Roussel*-féle törvény kidolgozásának alapgondolatát, majd az orvosfelügyelői állások fontos szerepét magyarázza. Az eredményekről következőképpen számol be: Ott, a hol a gondozásba vett gyermekek hatósági és orvosi felügyelete lelkiismeretesen végeztetett, csökkent a halandóság és viszont Azonban a törvény alkalmazásának körülményeit okvetlenül módosítani kell. Mindenekelőtt pontosan megállapítandó a dajkáknak járó összeg; az orvos minden látogatásáról rövid jelentést tegyen. A mortalitas 1900-ban 27·51%, míg 1903-ban 24·15% és ez a 3%-os csökkenés a leghathatósabb érv a *Roussel*-féle törvény mellett.

1909-ben *Mirman* jelentésében a gyermekvédelem évi statisztikáját mutatja be, melyből kitűnik, hogy a gyermekvédelemben részesített gyermekek (0—1 évig) halandósága

1901-ben	0·55	0·44	0—1 évig a csecsemők általános halandósága
1902-ben	0·52	0·41	
1903-ban	0·53	0·42	
1904-ben	0·57	0·45	
1905-ben	0·49	0·42	

1905. évben az összes élveszülöttek 10%-a, kb. 80.000 gyermek élvezte a *Roussel*-féle törvény jótékonyságát.

1909-ben *Granier* jelentése igen érdekes megjegyzéseket tartalmaz. A *Roussel*-féle törvény életbelépése óta a gyermekhalandóság állandóan foglalkoztatja a tudományos köröket és a születések számának folytonos csökkenése egyre nagyobb jelentőséget ad neki; a gyermekhalandóság csökkenésére irányuló munkát siker koronázza, a mennyiben az utolsó 20 évben az egy éven aluli gyermekek halandósága csökkent. A *Roussel*-féle törvény jótéteményeiben részesülő gyermekek száma csökkent, a mi a mellett szól, hogy több az oly gyermek, kit az anyja maga gondoz. A gyermekvédelemben részesülő gyermekek 26·62%-a természetes táplálékot, 66·01%-a mesterséges táplálékot kap, míg 7·3% allaitement mixteben részesül. Francziaország ma már ott tart, hogy ezt a törvényt egész területén életbe léptette. És a fa meghozza gyümölcseit. A halandóság évről-évre csökkent, az eredmények mindenütt szembetünők: a gyermekek tisztábbak, a hygiene szabályai a vidéken is igen elterjedtek.

Azonban minden emberi munka elavul és a *Roussel*-féle törvény ma már javításra szorul. Igaz, hogy az eredmények maig is jelentékenyek, de Francziaország még nagyobbra törekszik. Be akarják hozni a hivatalos mérését a gyermekeknek, szigorítják az orvosi felügyeletet, az anya által való szoptatást ajánlják kötelezővé tenni. A törvény ne csak a gyermekhalandóság elleni harczot ölelje fel, hanem a gyermek védelmét a születés előtt is, részesítsen a gyermekápolás jótéteményében minden franczia gyermeket. Rendezze a törvény egyúttal az ingyenes orvosi segély, menedékhelyek és munkaházak kérdését és foglalkozzék a titkos anyasággal.

A törvény életbelépésének évfordulóján feltűnt mindenkinek, hogy a sorozás anyaga nagyobb és egészségesebb, és mindnyájan megegyeztek, hogy a *Roussel*-féle törvény volt az, egészségügyi tanácsaival, melyeket elterjesztett, a mely ezt a javulást előidézte.

Láttuk mint jött létre a *Roussel*-féle törvény, milyen phasisokon ment keresztül, milyen fényes eredményeket hozott létre, láttuk fényes multját és előtte van nagy jövője az emberiség legnagyobb javára. (La Pédiatrie pratique, 1911, 20. szám.) *Gara Artur* dr.

Venereás betegségek.

Per rectum kisérelte meg a salvarsantherapiát *Bagrow* (Moszkva). A szerző kisérletei abból indultak ki, hogy a salvarsarsan-injectiókkal és infusiókkal együtt járó reactio jelenségeit akarta valamilyen módon kirekeszteni. Figyelme elsősorban a rectalis eljárásra terelődött, főként azért, mert már régóta ismerjük a végbél nyálkahárhártyájának oldható anyagokkal szemben meglevő nagyfokú resorptioképességét. A salvarsannak legalkalmasabb beviteli módja az olajos emulsio, a melyhez a szerző novocaint is kevert. Az egész összetételnek a receptes formulája így hangzik: Rp. Salvarsani gr. 0·1 (!). Tere c. ol. amygdal. quantit. minim. usque ad emulsionem homogenem. Adde Novocaini 0·01. Butyr. Cacao qu. s. ad supposit. D. ex tempore. S. Suppositorium. A végbélkúp bevezelése a szokott módon történik. A betegnek lehetőleg 10—15 órán belül ne legyen széke. A bevezetést követő csekély izgalom 2—3 óra alatt el szokott mulni. Ilyenkor kivételesen egy második végbélkúp is alkalmazható. A salvarsan fölszívódása úgy látszik eléggé tökéletes, a szerző ugyanis a bélsárban látható nyomait nem találta. Az így alkalmazott salvarsannak általános reactiója igen csekély s csak a 2.—3. napon nyilvánul némi bágyadtság képében. A lueses tünetek klinikai javulása állítólag már a 3.—4. naptól kezdve megindul. A teljes salvarsan-adagnak (0·6—0·8 gr.-ig) a szervezetbe való vitele ily módon is lehetséges, ha 2—3 napi időközben viszszük be a kis adagú suppositoriumokat. Azt azonban *Bagrow* is kénytelen bevallani, hogy az eljárás távolról sem tökéletes s ezért főként csak segítő eljárásnak alkalmas. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 3. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A perinephritises tályog korai felismeréséről és műtétes gyógyításáról ir *L. Rehn* frankfurti sebész-urologus. A vese zsírhüvelyében fejlődött genyedést sokszor több hetes megfigyelés után sem lehet felismerni; e téren tehát a hamis diagnosis elég gyakori. A perinephritises tályogok többnyire staphylococcusok által idéztetnek elő; ezek letelepedését a vese érhálózata, de különösen a vég-verőerek (Endarterien) nagyon elősegítik. A tályog úgy keletkezik, hogy a staphylococcus toxinjai a fehér vérsejteket s a szöveteket necrotizálják. Szervezetünk a pathogen csírák ellen a legkülönbözőbb módokon védekezik, de ha ezen védelmi berendezésünk felmondja a szolgálatot, akkor a vesék már csak a nagyon virulens csírákat távolítják el. A vesébe jutott staphylococcusok tehát vagy az arteriae radiataeben akadnak meg, a mikor is kéregtályog keletkezik, vagy pedig az egyenes húgycsatornácskákban a vesecylinderek tartóztatják fel őket s ekkor velőtályog áll elő. A streptococcus, a bacterium coli és a typhusbacillus már jóval ritkábban idéz elő vesetályogokat

A perinephritises tályog vagy metastasis, vagy pedig egy veseabscessusból továbbvezetés útján keletkezik. A vese zsírhüvelyében primaer gyuladás — teszem sérülés következtében — nagyon ritkán jön létre. Vesetályog keletkezésére viszont néha a testfelületen létrejött elég jelentéktelen genyedések (furunculus, carbunculus, eczema, panaritium, mirigytályog, genyes bőrsebek) is szolgáltatnak okot. Máskor meg angina, vörheny, kanyaró, typhus, himlő, blennorhoea, peritonitis, pleuraempyema nyomán keletkeznek vesetályogok. A geny elég gyakran rázóhideg és nagy fájdalom kiséretében tör magának utat a vese zsírhüvelyébe; a beteg által megjelölt fájdalom helye legtöbbször megegyezik a beteg vesetok helyével. A klinikai tünetek azonban a legkülönbözőbbek lehetnek, a szerint, hogy a genyedés kifelé, befelé, le- avagy

felfelé a vesében tört magának utat. A szerző ezen a ponton nagyon bőven tárgyalja az ő észleléseit s a saját megfigyelései alapján a legkülönbözőbb complicatiók részletezésébe is bocsátkozik. Mindenütt azonban csak a perinephritises tályog tünettanával foglalkozik, míg a „vesefurunculusnál“ klinice jóval kevésbé fontos egyéb (pyonephrosis, pyelonephritis, fertőzött vesekő, vesegümőkór, veseactinomycosis esetén, avagy a vese, a pleura, a belek, a máj és a pankreas szomszédságában keletkezett perinephritises) tályogokat teljesen mellőzte.

A perinephritises tályog diagnosisa alkalmával a negativ vizeletlelet semmit sem számít, minthogy azok az apró genyedések, melyek a zsírtokban metastasist okozhatnak, magában a vesében esetleg még semmiféle tünetet sem idéznek elő. A diagnosist sokszor igen megkönnyíti az, ha a test felületén kutatunk genyedések után. A punctio felesleges, sőt a legtöbbször veszélyes is.

Mint egyedüli therapiát a szerző a minél korábbi műtétet ajánlja. Az operatio alkalmával a vesét jól fel kell tárni s a zsírtokot — közvetlenül a vese felületén — alaposan végig kell kutatni, míg a genyedést megtaláltuk. A kutatást azért kell a legalaposabban végezni, mert főképp igen korai műtét esetében úgy a fascia renalis, mint a zsírtok külsőleg teljesen ép s sértetlen lehet. Ha a vesefelületen valahol összenövéseket találunk, akkor már ebből is következtethetjük, hogy hol keressük a genyedést, minthogy a zsírtoknak megvan az a tulajdonsága, hogy a gyuladásos góczokat mihamarább leválasztja s betokolja.

Végül a szerző a perinephritises tályogok keletkezése tárgyában végzett saját kisérleteit demonstrálja. Házinyulaknak félórai chloroformnarcosis (hogy veselaesiót érjen el) után konyhasóoldatban higított emberpathogen staphylococcus-bouillonculturából néhány cseppet a fülvenákba fecskendett; az állatok tömeges kéregtályogokban betegedtek meg. Ezen tályogok részben áttörték a rostos hüvelyt, részben meg primaer metastasisokat találtak a fibrosus tok vérereiben. A zsírhüvely a házinyulakban rendesen hiányzik. A perinephritises tályog létrejöttének előfeltételei tehát: parenchymás vesesérülés és egy virulens staphylococcusgócz a testben. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1911.) *Drucker Victor* dr.

Orthopaedia.

A kanyaró után jelentkező arthropathiákról szól *Denis G. Zezas*. Ismeretes, hogy mily gyakran praedisponál a kanyaró izületi bajokra. Ezt a tuberculosus izületi megbetegedések anamnesiséből ismerjük. De kevéssé ismertek oly izületi megbetegedések, melyeket direct a kanyaróméreg okoz. Egy ilyen esetet ismertet *Zesas*, melyben a kanyaróval egyidejűleg jelentkezett a savós térdizületi gyuladás. Ehhez hasonló 5 esetet talált csak az irodalomban, melyekben szintén vagy a fertőző betegséggel egyidejűleg, vagy annak lefolyása után a reconvalescentiában kezdődött a nagy izületek egyikében a savós synovitis. A kevés számú esetből a menynyire következtetni lehet, különösen a térdizület a gyuladás kedvező helye. A savós gyuladásokon kívül ugyancsak 5 esetben találta genyes gyuladás leirását is az irodalomban. A genyben *Pradel* bakteriologiai vizsgálata streptococcus és staphylococcus jelenlétét mutatta ki. A genyes gyuladások, szemben a jóindulatú serosus gyuladásokkal, sokszor komolyabb lefolyást mutattak s az izületi complicatiók néha súlyossá tették e különben könnyű lefolyású fertőző betegséget. A savós ömlenyek származása megmagyarázható, mert a kanyaró infectiója a többi savós hártyán is okozhat elváltozásokat. Ismételten észlelték pleuritis, peritonitis, meningitis, pericarditis és hydrokele jelentkezését kanyaró kapcsán. Hogy a purulens gyuladások már eredetileg mint ilyenek jelentkeztek vagy pedig az eleinte serosus ömleny vált genyessé, még nincs eldöntve. Nincs kizárva vegyes infectio lehetősége, avagy a későbbi elgenyedésre a bacteriumokat a bélhuzam szolgáltatja; mert ismeretes, hogy kanyarós betegen nem ritkán enteritis is észlelhető.

A savós gyuladások különösebb gyógykezelés az izület nyugalomba helyezésén kívül nem igényelnek, genyes gyuladás esetén azonban csak az izület feltárása jöhet szóba. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie, XXIX. kötet, 3—4. füzet.)

Kopits dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Rosszul gyógyuló fekélyek sarjadzásának elősegítésére *Macalister* szerint jó szolgálatot tesz a symphytum officinale gyökeréből készített infusum, a mely úgy látszik allantoin-tartalma miatt fejti ki ezt a kedvező hatását. Az allantoin olyan növényrészekben fordul elő, a hol élénk sejtképződésnek kell végbemennie. A tiszta allantoin 0·3—0·4%-os oldatban szintén nagyon jónak bizonyult, még pedig gyomor- és corneafekély eseteiben, nemkülönben gümős fekélyek ellen is. A tiszta allantoin nagyon drága! (Brit. med. journ., 1912, január 6.)

Az endotin nevű tuberculinkészítménynyel elért eredményeit ismerteti *Vos*. 36, részben nagyon súlyos esetet kezelt ezzel a szerrel átlag 72 napig. Eredményei nem voltak feltünően jók: 27 lázas beteg közül csak 5 lett láztalan, a bacillusok csak 3 beteg köpetéből (18 közül) tűntek el. Fájdalmasság a befecskendezés helyén az esetek többségében beállott; e mellett általános tünetek (fejfájás, lázas reactio, a közérzet zavara) is mutatkoztak nagyon sokszor, még pedig néha olyan mértékben, hogy az endotin használatát abba kellett hagyni. (Zeitschrift für Tuberkulose, 17. köt., 4. füzet.)

A gyomornedv hatását a digitalis- és strophantus-készítményekre tanulmányozta *W. Hale* és azt találta, hogy e készítmények hatékonysága a gyomornedv behatása folytán csökken. Azt is lehetségesnek tartja, hogy olyan termékek is keletkeznek, a melyek kellemetlen melléktüneteket okoznak. Vizsgálatai alapján a nevezett szerek belső használatakor azt ajánlja, hogy a bevétel az étkezések közötti időben, alkálival kombinálva és lehetőleg sok folyadékkal együtt történjék. (Journal of the Americ. Med. Assoc., 1911, II. 1575. l.)

A digitalis-készítmények közül intravenásan eddig csak a digalen volt adható. Ujabban azonban a *Knoll*-czég oldható digipuratumot is előállít, a mely 1 cm³-es ampullákban 0·1 gramm digipuratum-tartalommal jön forgalomba. *Rose* közlése szerint a strassburgi belklinikán ezzel a készítménynyel ugyanolyan jó eredményeket értek el, mint a digalennel. Cumulativ hatása miatt természetesen nem szabad nagyon hosszú ideig adni. Intraglutealisan is befecskendezhető, ilyen módon azonban kevésbé megbízható a hatása. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, 45. sz.)

Tüdőzsugorodás esetét közli *Stoeltzner* tanár, a melyben fibrolysin-befecskendezésekre teljes gyógyulás következett be s a zsugorodás okozta skoliosis is megszűnt. A 7 éves fiúgyermeken a 4 hét előtt lezajlott pneumonia kapcsán fejlődött a zsugorodás. 3 hét alatt 10 *Merck*-féle ampullát fogyasztottak el; a befecskendezések a lapoczkák között a bőr alá történtek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 6. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1912, 2. füzet. *Stein Fülöp*: Az alkoholisták psychologiája és psychotherapiája.

Gyógyászat, 1912, 9. szám. *Balás Dezső:* Kiterjedt égési sebek utáni plastika. *Brenner József:* Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1912, 10. szám. *Manninger Vilmos*: Az idegresectiók, idegplastikák és a neurolysis technikája.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 10. szám. *Obál Ferencz:* A gyomorrák sebészeti gyógykezelésénél elért eredmények 333 eset kapcsán. *Ruttin Erich*: Labyrinthgyuladás és agytályog „Gyermekorvos“ melléklet, 1. szám. *Fritz Sándor:* Adatok az 1911. évi magyarországi poliomyelitis acuta járványhoz. *Grósz Gyula*: Hirschsprung-féle betegség esete.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Balassa István* dr.-t az országos munkás- és cselédsegélypénztár főorvosává nevezte ki a földmívelésügyi minister. *Hirsch Hugó* dr. kolozsvári egyetemi tanársegédet a csíkszeredai közkórház sebészeti osztályának élére nevezték ki. Sopron vármegye főispánja *Kakas Lajos* dr.-t és *László Samu* dr.-t tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki.

Választás. *Blazsek Emilia* dr.-t Szentfülöpön községi orvossá, *Ilanicz Dániel* dr.-t Ragályon és *Muszka Péter* dr.-t Gyimesbükkön körorvossá választották.

A VII. nemzetközi tuberculosis-congressuson (Róma, április 14—20) résztvenni szándékozó kartársakat a magyar bizottság elnöksége értesíti, hogy a tagdíj (25 korona, családtagoknak 10 korona) *Irsay Artur* dr. egyetemi tanár címére (Budapest, VIII., Muzeum-körút 2. sz.) küldendő. Az olasz vasutak 50% engedményt adnak az oda-vissza útra, a Società Nazionale dei Servici Marittimi 30%-ot. Az Idegenforgalmi és utazási vállalat r. t. (Budapest, IV., Vigadó-tér 1. szám) legalább 20 jelentkező esetén útimarsallal rendez utazást oda és vissza és a congressus befejeztével négy napra terjedő kirándulást Nápolyba és környékére. Kivánatra az érdeklődőknek kimerítő tájékoztatót küld. Mindennemű felvilágositással szívesen szolgál a magyar bizottság titkársága: Budapest, VIII., Főherczeg Sándor-utcza 2. szám.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület január havában 1268 esetben nyujtott első segitséget; ezenkivül 992 szállítást végzett, 132-szer mint mozgóőrség szerepelt és 31-szer vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A január havi működési főösszeg tehát 2423.

Meghalt. *W. Koch*, a gyógyszertan tanára a chicagói egyetemen, *Koch Róbert* unokaöccse, február 1.-én 36 éves korában. — *Ch. Guende*, a szemészet tanára Marseille-ben. — *A. H. Young*, régebben az anatomia tanára a manchesteri Victoria egyetemen, február 22.-én, 60. évében.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *Rohamosan lefolyt gonococcaemia* esetét ismertette *Weitz*. A 19 éves fiatalember néhány hete szenvedett gonorrhoeában, a midőn hirtelen súlyos icterus, bőrvérzés, kábultság, láz, albuminuria és erős leukocytosis állott be. 15 cm³ vérből mintegy 2000 gonococcus-telep tenyészett ki. 2 nap mulva bekövetkezett a halál. Bonczoláskor a heveny májsorvadás typusos képét kapták, valamennyi szervben vérzések voltak. (Mediz. Klinik, 1912, 5. szám.) — *Az alkohol fertőtlenitő hatásához* szolgáltat adatokat *A. Beyer*. Kisérletei szerint legerősebb hatású a 70%-os alkohol; az absolut alkohol nem öli a bacteriumokat. Aetheres olajok fokozzák a hatását, carbol, lysol, kresol hozzáadására ellenben alig erősebb a hatása. A jodalkoholnak azonban igen erős a hatása; még lépfenespórákat is már 1 percz alatt megöl. (Zeitschrift für Hygiene, 70. kötet, 2. füzet.) — *Helybeli érzéstelenitő szerek intravenás befecskendezésével* a fájdalomérzésnek általános teljes megszüntét tudta elérni kisérleti állatokon *C. Ritter*. Emberen még nem próbálta ki e módszert. (Archiv f. klin. Chirurgie, 96. kötet, 4. füzet.) — *A Basedow-kór összefüggését a thymus-szal* kisérletileg igazolta *Bircher*. Embertől származó thymus-daraboknak kutyák hasüregébe implantálására typusos Basedow-tünetek jelentkeztek, néha már 48 órával az implantálás után. (Zentralblatt für Chir., 1912, 5. sz.)

Az orvosok száma Ausztriában 1911 végén 13.264 volt. 1911-ben a szaporodásuk csak 0·47% volt szemben az előző évek 2—4%-nyi szaporodásával. Ausztria egész területén 10.000 emberre átlag 4·6 orvos esik. A vidéki orvosok száma a legtöbb tartományban csökkent; 119 községi és kerületi orvosi állás van betöltetlenül. A nagyobb városok közül legtöbb orvos Olmützben van (10.000-re 27·7), utána következnek Innsbruck (24·6), Krakó (21·6), Grácz (19·8), Lemberg (19), Prága (16·3) és Bécs (14·9). — Az összehasonlithatás kedvéért megemlitjük, hogy Budapesten ez az arányszám 17·5 (848 ezer lakosra 1464 orvos), egész Magyarországon pedig (Horvátország nélkül) 3·2.

A dioradin-kezelésről folyt a vita a „Royal Academy of Ireland" egyik utóbbi ülésén *Stonay* előadásával kapcsolatban, a ki sebészeti gümőkór 15 esetét kezelte dioradin intramuscularis befecskendezésével. Másodlagos fertőzés nélküli 5 eset közül 1 látszólag meggyógyult, 4 pedig tetemesen javult. Másodlagos fertőzéssel járt 10 eset közül szintén 1 gyógyult meg látszólag, 4-ben az állapot tetemesen javult, 3 ban azonban semmiféle eredmény sem mutatkozott vagy pedig rosszabbodott az állapot. *Wheeler* a javulást a nagyon gondos általános kezelésnek tudja be; a dioradintól semmit sem remél. *Croftan* tüdővész 3 esetében semmi hatást sem látott. *Stevenson* szintén nem tart sokat a dioradinról. *Kirkpatrick* eddig egyetlen egy valóban meggyógyult esetet sem látott. (Ref. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 10. sz., 483. oldal.)

Személyi hirek külföldről. *Bonhoeffer* boroszlói tanár elfogadta a meghivást a berlini egyetem elmekórtani tanszékére. — *Czerny* tanár, a nagyhirű heidelbergi sebész a hadseregben viselt katonaorvosi rangjáról lemondott. A napilapok összefüggésbe hozzák ezt azzal a körülménynyel, hogy *Czerny* tanár több alkalommal a socialdemokratia mellett foglalt állást. — *J. Sobotta* dr. czimzetes rendkivüli tanárt és prosectort a würzburgi egyetemen a tájbonczolástan rendkivüli tanárává nevezték ki.

Hirek külföldről. A British Medical Journal közlése szerint *Patton* dr., Indiában állomásozó angol katonaorvosnak sikerült a kalaazar-betegséget okozó élősdi teljes fejlődési sorozatát megtalálni a poloska testében. — *Hasse* boroszlói tanár ismert ügyében a porosz közoktatásügyi ministerium úgy intézkedett, hogy a tájanatomiából párhuzamos előadásokat fognak tartani s a hallgatóság tetszés szerint hallgathatja *Hasse* tanár előadásait vagy ezeket. Minthogy a hallgatóknak különösen az index-aláírás alkalmával gyült meg a bajuk *Hasse* tanárral, a ministerium a boroszlói egyetemre is kiterjesztette azt a, a többi porosz egyetemen már érvényben levő rendeletet, hogy a tanév-végi index-láttamozások megszűnnek. — New-Yorkban január 11.-én adták át rendeltetésének a továbbképző orvosi tanintézet (Postgraduate Medical School) új épületét. — A hallei Academia Leopoldino-Carolina a Cothenius-érmet *R. Tigerstedt* helsingforsi tanárnak itélte oda. — *Guttman Dávid* lovag bécsi nagykereskedő 3 millió koronás alapitványt tett a bécsi zsidó hitközségnél egy létesitendő gyermek-kórház czéljaira.

Mai számunkhoz *Balla Sándor* **„Vaginol"** és **„Tabulae ferri peptonati bromati Balla"** czimű prospectusa van mellékelve.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Orvosi laboratorium Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14—16. Telefon 90—46.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Dr. Doctor **Kossuth Lajos-utcza 3. sz.** (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Ujtátrafüred Sanatorium
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fütés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** **Egész éven át nyitva.**

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT** **Telefon 26—96.** **VI., Ó-utcza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet, Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd. **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät. és physik. kezelés Radiuminhalatorium

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

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenesitő (orthopädia) intézete csont- és izület- (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul.

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium. Ujonnan átalakitva. Prospectus.**

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványitó- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Dr. RÉH **Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15** Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** hasköték, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendü minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. —
Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.
Védjegy.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (II. bemutató szakülés 1912 január 24.-én.) 191. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1912 január 24.-én.)

Elnök: **Körmöczi Emil.** Jegyző: **Szinnyei József.**

Kryptorchismussal párosult here-csavarodás esete.

Schischa Lipót: Mult év deczember hó 23.-án este az V. sebészeti osztályon Cs. S. 14 éves beteg jelentkezett felvételre. Előadta, hogy két nappal ezelőtt székelés közben hasának bal oldalán hirtelen szúró fájdalmakat érzett. A fájdalmak folyton növekedtek és a lágyékhajlatában daganatja támadt. Hányt, szél és szék nem távozott.

Felvételkor a beteg kissé elesett, hőmérséke 39°. Az alhas bal oldalán a lágyékhajlatban a Poupart-szalag fölött mintegy lúdtojás nagyságú hurkaszerű, tömött tapintatú, alapjáról el nem mozdítható, rendkívül fájdalmas daganatot tapintunk. A has kissé puffadt. A scrotumban csak a jobb here tapintható, a bal scrotumfél üres. A betegnek állítása szerint mindig csak egy heréje volt. Penise rendesen fejlett, húgycsöve reactiomen.es. Más fejlődési eltérést nem találtunk. A belső szervek épek. Ezen tünetek alapján a kryptorchismusos bal here csavarodását vettük fel és műtét végeztünk Billroth-narcosisban. Bal inguinalis metszéssel behatolva, előtűnik a kékes-vörös sérvtartalom. A sérvtömlőt és herét a mellékherével együtt izoláljuk és az egészet eltávolítjuk. Utána rendes Bassini-varrat, fascia- és bőrvarrat. A seb felső részébe vékony draincsövet helyezünk az esetleges váladék levezetésére. A sebgyógyulás teljesen zavartalan, a seb per primam gyógyult. Műtét után a hőmérsék rendes lett.

Az eltávolított sérvtömlőt megnyitva, az erősen duzzadt, sötét kékes-vörös színű herét, mellékherét és funiculus-részt látjuk. A here a mellékherével együtt egy kb. 6 cm.-nyi funiculus-részszel mintegy 360°-nyira az óramutató irányában van megcsavarva. A készítményt az I. számú kórbonczolástani intézetbe küldtük, hol *Entz* tanár injiciálta.

A leírt esetből látjuk, hogy itt a here azon fejlődési rendellenességével van dolgunk, melyet retentio testis néven ismerünk. Ennek az oka az, hogy a here nem száll le a scrotumba, hanem vagy az eredeti helyén marad a hasüregben, vagy pedig a lágyékcsatornában akad meg valahol a scrotum fölött.

Ezen állapot legfontosabb tünete az, hogy egy vagy mindkét here hiányzik a scrotumban. A scrotum rendesen zsugorodott. Gyakran herniával van párosulva a retentio. Elég ritka betegség, rendesen fiatal egyéneken fordul elő.

A retentiónak számos következménye lehet: 1. a herék atrophiája, 2. rendellenes mozgathatóság, mivel a proc. vagin. perit. nyitva van, 3. inversio testis. Ez lehet inversio horizontalis és verticalis.

Winternitz 35 kryptorchismus-eset között csak 3 torsiót látott, átlag 5—6%-ban fordul elő. Kisfokú torsiónál a tünetek visszafejlődhetnek, de gyakrabban ismétlődni szoktak. Nagyobbfokú torsiónál a beteg állapota folyton rosszabbodik, a herében vérszivárgás áll be, az erek komprimálva vannak, thrombusok képződnek bennük és ha nem történik műtét, gangraena támad.

Teljes kryptorchismus esetében, ha a herék jól vannak védve, semmiféle beavatkozás sem szükséges. Retentio esetén a fiatal korban a massage néha eredménynyel jár. A műtét orchidopexia vagy castratio, ez utóbbi azért, mivel sokszor rosszindulatú daganat fejlődik, továbbá a herék amúgy is sokszor sorvadtak. Herecsavarodás esetén rögtöni műtét (többnyire castratio) végzendő.

Circu'aris húgycsőresectio két esete.

Rihmer Béla: 1. eset. Urethrotomia externa után recidiváló régi traumás szűkülés resectiója sacralis anaesthesiában. A 32 éves kőműves 1911 november 25.-én vétetett fel a Szt. Margit-kórházba, a hol vizelési nehézségei miatt jelent meg. Előadja, hogy 14 év előtt egy víz alatt volt karó a gátját felsebezte. Utána 3 évig a gáton át vizelt, majd sipolya begyógyulván, vizelési nehézségek jelentkeztek, melyek miatt 3 év előtt urethrotomia externát végeztek rajta és utána egy darabig szondázták. Eleinte jól vizelt, később ismét nehezen, jelenleg cseppekben vizel. Vizelete zavaros, sok genyet és megfelelő fehérjét tartalmaz. A gáton a középvonalban a húgycsőmetszés hege látható, körülötte tömöttebb hegszövet tapintható. 14 Ch. sz. gombos kutatóval a gáti részig simán jutunk előre, ott a gomb hirtelen megakad és csak filiformis bougie megy át, ez is oly éles dörzsölő érzéssel, hogy a beteget kő gyanuja miatt megröntgeneztetjük. A lelet azonban negativ.

November 29.-én műtét. Sacralis anaesthesia *Löwen*-féle bicarbonatos novocain-oldattal. Az érzéstelenség 20 percz mulva áll be. Minthogy ez alkalommal filiformist nem tudunk bevezetni, a szűkületig Beniqué-t vezetünk és a végére rámetszve, onnan hátrafelé szabad kézből metszünk a húgycsőre. Ez teljesen hegbe van ágyazva, úgy hogy a metszést a középvonalban hátrafelé meghosszabbítva, a húgycsövet a strictura mögött megnyitjuk és most kikészítve a szűkült részt, megnyitás nélkül eltávolítjuk (2—2·5 cm. hosszú darab). Most ollóval kimetszve a periurethralis hegeket, felkészítjük a környéki és központi darabot és a kettőt circularisan csomós catgut-varratokkal katheter felett egyesítjük. A hátulsó sebrészt nyitva hagyjuk és kis jodoform-csíkot vezetünk be. A lefolyás láztalan, de az 5. napon az összevarrt sebrészt, mert megduzzadt, óvatosságból szétválasztjuk és az állandó kathetert eltávolítjuk. A 13. napon két napra újból beteszszük a kathetert. A katheter eltávolítása után, a műtét utáni 15. napon minden vizelet elül távozik s a 21. napon a beteg gyógyultan távozik.

2. eset. Régi gonorrhoeás szűkület. 2—3 cm.-nyi húgycsődarab resectiója. Sacralis érzéstelenítés *Löwen* szerint.

Az 58 éves beteget okt. 25.-én vették fel a Szt. Margit-kórházba, gyakori és fájdalmas vizeléssel. Előzményül előadja, hogy húgycsőszűkületét még *Kovács* tanár állapította meg, de baját a mult évig elhanyagolta. Ekkor egy ideig tágították. Jelenleg 10—15 perczenkint vizel, a vizelés igen fájdalmas. Vizelete igen erősen zavaros és igen sok genyet tartalmaz. 15 Ch. számú gombos kutató már a csüngő részben jelez egyenetlenséget, a scrotum-rész végén fennakad, a perinealis részbe már csak filiformissal lehet bejutni. A perineumon a középvonalban erős callosus tömegek tapinthatók.

Műtét okt. 30.-án. Sacralis anaesthesia *Löwen* szerint. Az érzéstelenség 20 percz mulva teljes. Ezúttal sikerül filiformist a szűkületen átvezetni. Erre urethrotomia externát végzünk. Az átmetszett, szivacsos rész kérges hegekből áll, a felső fal is teljesen heges. Erre reszekáljuk a felső és az alsó falat addig, míg épebb vérző szivacsos részbe jutunk. A felső falon 2, az alsón 3 cm.-t veszünk el, mire kb. 6 cm.-re széthúzódik ugyan a két csonk, de azért sikerül őket összehozni és catgut-tel katheter felett összevarrni. A genyes vizelet miatt ezúttal is csak részlegesen egyesítettük a lágyrészeket, a jobb seb hátulsó része nyitva maradt (jodoformcsík). 6 nap mulva eltávolítjuk a kathetert és a varratokat. Pár napon át a seb felé kevés vizelet szivárog, de ez csakhamar megszűnik. Ekkor 15—18 Ch.-ig szondákat vezetünk be. 3 héttel a műtét után a vizelet erősen megtisztult, a beteg óránkint erőteljes sugárban vizel. Természetesen még szem előtt tartjuk a beteget, mert blennorrhoeás szűkület eseteiben a húgycső rendszerint nagyobb terjedelemben beteg és jelen esetben is az épebb részekben szintén vannak tágabb kaliberű szűkületek.

A miért ezekről az esetekről itt beszámoltam, az tulajdonképpen a fényesen bevált sacralis anaesthesia. Tudvalevőleg *Cathelin* inaugurálta 1901-ben, midőn 1—2%-os cocainoldatot használt, a melyet fekvő helyzetben a hiatus sacralisba fecskendett. Teljes analgesia nem állott be. Később a szülészeti gyakorlatban a novocain-adrenalinnal próbálkoztak, de az eredmények igen változóak voltak, a külső nemi szervek érzéstelensége csak az esetek bizonyos részében állott be. Az eredménytelenség oka *Löwen* szerint az, hogy a novocaint és cocaint nem tudták oly concenratióban alkalmazni, mely veszélytelenül függesztette volna fel az élő idegek vezetését. Ezért *Grob* kisérleti tanulmányai alapján a novocaint bicarbonátos oldatban oldotta fel, a melyben a hydrolysises hasadás nagyobb és így az oldat az egyedül hatékony novocain-basisokban dúsabb lesz. Eltérőleg a többi szerzőtől az injectiót ülő helyzetben adta, utána a beteg még 20 perczet ülve marad.

Az oldatot később porban irta fel : natr. bicarb. puriss. 0·15, natr. chlor. 0·10, novocain 0·6. Egy ilyen port oldunk fel 30 cm³ destillált vízben és a feloldás után egyszer felfőzve 5 csepp adrenalint adunk bele. *Löwen* különösen dicsérte az érzéstelenítés e módjának hatását a n. pudendus felületén. Eredményesen végzett vele szűkület-divulsiót, húgycső-fistula- és urethrotomia ext.-műtétet. Ezen felbátorodva én a húgycső circularis resectióját kiséreltem meg teljes sikerrel.

Makai Endre : A technikára megjegyzi, hogy húgycsővarráskor teljesen mellőzik a kathetert, mely a sepsisnek kútforrása lehet. 4—5 óra mulva megiudul a vizelet és ha a seben át csurog is néha, ez pár nap alatt elmúlik.

Rihmer Béla : Eseteim fertőzöttek voltak és régi tapasztalataim alapján az állandó kathetert indokoltnak tartottam.

Megjegyzések Biró Ödön dr.-nak a mult ülésen tartott „Sublimat-injectióval gyógyult puerperalis sepsis“ czimű előadására.

Tóth István : A Közkórházi Orvostársulat 1912 január 10.-én tartott ülésén *Ángyán* tanár osztályáról *Biró* dr. által megtartott „Intravenás sublimat-injectiókkal meggyógyitott puerperalis sepsis esete“ czimű bemutatásnak több olyan oldala van, a melyre reflektálnom kell.

Először tudományos szempontból *Biró* dr. bemutat egy esetet, mely nem is sepsis puerperalis, hanem lobos adnexummegbetegedés, de még ha az is volna, egyetlen eset kapcsán von le következtetést egy új eljárás értékéről. Én kijelentem a jövőre nézve is, hogy hasonló egyes ilyen eset bemutatásának semminemű bizonyító értéket sem tulajdonítok, sőt arra reflektálni sem fogok, mert ez nem tudományos bizonyítás.

A másik szempont a bemutatás ethikai oldala. Egy fiatal volt segédorvos, a ki egy fedél alatt élt itt velünk, a ki tanuja mindannyiunk nehéz küzdelmeinek e túlzsufolt kórházban, elmegy a prosecturába, végignézi egy másik osztály sectióinak naplóját s a kijegyzett haláleseteket az illető osztály vezetőjének tudta, beleegyezése, megkérdezése nélkül minden kritika és válogatás nélkül odadobja egy tudományos társulat elé, azzal a félre nem ismerhető tendentiával, hogy az én statisztikám hitelét meggyanusitsa. Hetekig készül e „leleplezésre“ s egy ártatlan bemutatást használ fel ürügyül czéljaira s egy idealisan collegialis főorvosnak, a kórház jelenlegi vezetőjének, e társulat annyira tisztelt elnökének bizalmával él vissza, a mikor itt olyan dolgokat tárgyal, a mikről annak előzetesen tudomása sem volt. Bármennyire is bántott e dolog, az én személyes haragom elszállt, alkossa meg minden tagja e társulatnak véleményét ez eljárásról; magamnak elégtétel az is, hogy e fiatal orvos kezdi belátni maga is, érzi eljárásának helytelenségét.

A harmadik szempont, a miért tulajdonképpen e negyedórájukat igénybe veszem, a felvetett adatok helyesbítése :

Biró dr. osztályomról 1911-ből származó 8 gyermekágyi lázból eredt halálesetet jegyzett ki és pedig az év első feléből 2-t, a másodikból 6-ot. Lássuk! Legelső sorban a legelső eset — a mint az a jegyzőkönyvben is le van irva — még 1910-ben vétetett fel osztályomra sepsises abortussal, nem terhelheti tehát az 1911. év statisztikáját. A legutolsó esetben a halálok nem gyermekágyi megbetegedés volt, hanem súlyos inkompenzált szívbaj; nagy oedemákkal, ascitessel jött be szülni hozzánk a nő, a legsúlyosabb dyspnoëval szült s 6 láztalan napot jóformán haldokolva töltött el, a 7.-en meghalt. *Pertik* tanárnak a sectio után való napon bemutattam az eset kórtörténetét, a ki kijelentette, hogy meggyőződött arról, hogy itt a halál-ok súlyos szívbaj.

Tehát máris csak 6 esetről van szó. De ezek között van egy, a mely nem tartozik a szülőanyaghoz, minthogy hozzánk arteficialis abortusa után kétoldali adnexum-tumorrel s exsudatumba ágyazott méhvel került 38·8⁰ lázzal, tehát kifejlődött súlyos puerperalis megbetegedéssel; az első 5 napon át magas láza volt, majd heteken át subfebrilis hőemelkedése; az illető beteg több mint 1 hónapi teljes láztalanság után halt meg s a sectio pyosalpinxot, medenczetályogot, kétoldali hydronephrosist s a parenchymás szervek elfajulását mutatta ki. Igy marad az első ezerre 1 haláleset, ez is sepsises abortus, a második 1084-re 4 és ebből a 4-ből is 2 nem nálunk szült, hanem szülés után szállították be hozzánk, tehát nem az én szüléseim statisztikájának rovására megy. A fenmaradt 2 közül az egyik szintén sepsises abortus, a másik elfolyt magzatvízzel bejött spontán lefolyt szülés; ezen esetben a gyermekágy 3. napján már 39·8⁰ a hőmérsék s a 8. napon peritonitisben beállott a halál.

Ez az egyetlen egy halálos eset a 2084 szülési eset közül, a melyről azt lehet mondani, hogy az osztály rovására irható.

És most még egy dolgot kell elmondanom. Ama bizonyos orvosegyesületi ülés után, melyből kiindult az az egész dolog, az én mesterem, *Tauffer* tanár, megkérdezett, nem fogom-e adataimat részletesen közölni? Kijelentettem neki volt assistens-társaim előtt, hogy mihelyst elvállalt előadásomat a társulat záróülésén megtartottam, első dolgom lesz ez irányú egész évi statisztikámat részletesen összeállítani. És én még deczemberben jó részével elkészültem, s most, hogy már csak egyetlen beteg van a mult évben szültek közül osztályomon, egy kivérzett molás, teljesen összeállítva kimutathatom nemcsak a mortalitást, de az egész év mortalitását is, a mely számokban még kedvezőbb, mint a *Heller* dr. összeállította első ezeré. 2084 gyermekágyas volt osztályomon a szülés után közvetlenül beszállítottakkal (104 eset) együtt, közte 554 abortus és 125 koraszülés. E 2084 kórtörténetből 2 híján mind megvan, e kettőről is főnaplónkból tudjuk, hogy a szokott módon, tehát mindenek szerint megbetegedés nélkül távozott.

Valamennyi fejlapot magam néztem át s a statisztikát a lehető pontossággal magam állitottam össze.

Az egész évi anyagot azon elvek szerint kezeltük, a mint azt az orvosegyesületben beszámolásom alkalmával elmondottam. Jóformán teljesen nihilismussal, a mi a gyermekágy therapiáját illeti.

Az egész feldolgozott anyagot a kórházak évkönyvében vagy más helyen részletesen közölni fogom; itt csak a főbb adatokat sorolom föl.

1911-ben felvettünk 2084 szülőnőt, közte van 554 abortus és közte van 104 műtét után beszállított.

Az összes közül lázas volt 224 = 10·75% s ennek több mint fele csak egy napon volt lázas (113 = 5·42%); ezek között ismét 56, tehát több mint fele abortus.

2—3 napon át volt lázas 63 = 3·12%, közte 15 abortus.

3 napnál tovább volt lázas 48 = 2·3%, közte 12 abortus.

Biró dr. azt is állította, hogy azért olyan kedvező a mi sepsis-mortalitásunk, mert sok sepsis-esetet más osztályra helyezünk át. Ez sem áll. A ki ismeri a Rókus-kórház viszonyait s éppen az én osztályom túlzsufoltságát, a hol 78 ágyon a mult évben 2084 szülést, számos gyermekágyi megbetegedést s százakra menő nőbeteget láttunk el, tudja, hogy gyakran kénytelenek vagyunk beteget áthelyezni, mert absolute nem tudjuk másként a frissen szülteket elhelyezni, pedig ott vár már a szülőágyra a folyosó padján 2—3 vajudó is; de absurdum kijelentés, hogy éppen a gyermekágyi betegeket helyezzük át. Én most anyagom feldolgozásakor minden

olyan egyént, a kit bármely okból áthelyeztünk, ha gyermekágya alatt egyetlen hőemelkedése is volt, hivatalosan kikerestettem az illető osztály részéről, a honnan a kórtörténetet nem is minden esetben, de elbocsájtási adatot kaptam s ennek alapján kijelenthetem, hogy az áthelyezettek közül egyetlen egy sem halt meg, nem áll tehát *Biró* dr. ezen gyanusító állítása sem, az én osztályom nem szaporította más osztályok sepsis-mortalitását.

A mint a fentebb elmondottakból kitűnik, nem ez az incidens adta nekem az initiativát arra, hogy szülő-anyagomat feldolgozzam, hanem az egész kérdésnek tudományos megvitatása; másrészt bármennyire bántott is ez az eddig ismeretlen rosszakaratú beavatkozás osztályom belső ügyeibe, örülök annak, hogy adataimat itt nyilvánosan előadhattam. Animositással, illetéktelen beavatkozással, rosszakaratú gyanusítgatással tudományos kérdéseket tisztázni nem lehet, erre az útra én soha senkit követni nem fogok; érv álljon érvvel szemben, tapasztalat tapasztalattal szemben; nem egymás tisztességes munkálkodásának becsmérlése, de ennek megbecsülése mellett saját álláspontunknak alapos bizonyítása: csak ez a tudományos működés, ezt tanultam meg, ebben éltem addig is, míg e házba jöttem s ezt fogom követni a jövőben is.

Biró Ödön: A napirend előtt akartam már szót kérni, az ülés elejéről azonban lekéstem. Napirend előtti felszólalásban akartam kijelenteni, a mit különben a multkori bemutatásom utáni végszóban amúgy is — nyomatékkal — kijelentettem, hogy *Tóth* tanárt személyében megtámadni nem akartam; szavahihetőségét megdönteni annál kevésbé lehetett szándékomban, mert hisz az 1911. év ezer szülészeti esetére vonatkozólag adataim *Tóth* tanár statisztikai adataival nagyjában megegyeznek. Ki akartam jelenteni továbbá, hogy a statisztikai adatok közléséről volt főnökömnek, *Ángyán* tanárnak előzetes tudomása nem volt. *Tóth* tanár mai megjegyzésére a Társulat szives engedélyével — a következőket legyen szabad mondanom. *Tóth* tanár beállítása szerint az egész ügynek két oldala van. Az egyik társadalmi, illetve ethikai, a másik tudományos. Az elsőre nézve a következőket kell mondanom: Bemutatásom alkalmával ismertettem a Szt. Rókus-kórház 1911. évi puerperalis sepsis-anyagát. A beteganyag a két belosztályon és a nőgyógyászati osztályon nyert elhelyezést. A két belosztály anyaga szerint a puerperalis sepsis-esetek mortalitása a régi tüneti therapia mellett 60%. E nagy számmal rá akartam mutatni, hogy mindenképp indokolt a sublimat-injectióval kisérleteket tenni. A nőgyógyászati osztály anyagát a bonczolási jegyzőkönyv alapján ismertettem. A bonczolási jegyzőkönyv a prosecturában található könyv, melyet a multban a kórház orvosai szabadon olvasgathattak, a mint az természetes is. Az egyes osztályok között ugyanis igen szoros a nexus, a betegek az egyik osztályról a másikra tevődnek át, a belgyógyászt hivja a szülész, a sebész a belgyógyászt consiliumba. Tehát természetes, hogy a belgyógyászt érdekelheti a szülészeti, a sebészt a belgyógyászati bonczolás. Ily alapon nézegettem én is a bonczoláskönyvet és így ismertem meg a nőgyógyászati osztály bonczolt anyagát. Azon aztán már lehet vitatkozni, hogy illő dolog-e az ily úton megtudott anyagot felhasználni. Én megengedett dolognak tartom, *Tóth* tanár meg nem illőnek. Fontosabb az ügy tudományos része. Két adat áll egymással szemben. *Tóth* tanáré és az enyém. *Tóth* tanár adata az első ezerre vonatkozik, az enyém az egész évi (1911) szülészeti kb. 2000 számú esetre. Az 1‰-vel szemben áll az én 4‰-m. *Tóth* tanár statisztikai adatára meg kell jegyeznem, hogy discussióját 1911 november 25.-én tartotta, tehát abban az időben, a mikor az egész évi anyagáról már lehetett áttekintése. Miért közölte mégis a kedvezőbb ezer eset mortalitását? Kérdem már most, vajjon bünt követtem-e el, hogy az ügyet a helyes világításba állítottam? Hogy nem közérdek-e a helyes adatokat megismertetni? *Tóth* tanár szavai után a gyakorló orvos azt hitte, hogy a puerperalis sepsis az ő nihilista therapiája mellett jóindulatú megbetegedés. Pedig az osztályán is meghalt 8 beteg, a belosztályokon pedig a betegek 60%-a.

Felveti azt a kérdést is *Tóth* tanár, hogy a bemutatott eset puerperalis sepsis volt-e. A beteg felvétele előtt 10 nappal szült, 6 napja volt lázas; a nőgyógyászati osztályra került, a nőgyógyászati diagnosis sepsis puerperalis volt. Meggyógyulása után adnex-tumora volt, de ez sepsis után is megmaradhat és más okból is keletkezhetik.

Tóth tanár megjegyzései közt azt állította, mintha én azzal vádoltam volna, hogy betegeinek egy részét szándékos vagy nem szándékos hibás diagnosissal a belosztályra tette volna át, hogy azoktól megszabaduljon. Hivatkozhatom a mult ülésen felvett jegyzőkönyvre, a melyből kiviláglik, hogy én nem vádoltam meg ezzel. Ha azonban *Tóth* tanár ezt a themát szóba hozta, nem hagyhatom említés nélkül, hogy volt erre is eset. Egy beteget pl. az alsó és felső végtagok izületfájdalmai miatt tett át a belosztályra. E betegen a térd és a kéz izületei duzzadtak voltak; mi a bajt azonnal felismertük, sepsises metastasisos góczai voltak az izületekben. Mi a beteget a sebészeti osztályra utaltuk, a hol a genyet kibocsátották, mire az eddig magas lázban szenvedő beteg meggyógyult. Ha a beteget tétlenül a belosztályon hagyjuk, meghal. A meddig *Tóth* tanár az ő osztályán szült vagy nem szült, operált vagy meg nem operált betegeinek egy részét más osztályokra helyezi át s azoknak sorsáról értesülést nem kap, addig a magam részéről statisztikáját mindig a legnagyobb skepsissel fogadom.

Ángyán Béla: Sajnálom, hogy az osztályomról került eset ilyen világításba helyezte a Közkórházi Orvostársulat működését. Egyáltalában helytelenítem és az első alkalommal is helytelenítettem, hogy egy eset kapcsán akármit is általánosítsunk. Egy eset bemutatása csak erre az egy esetre vonatkozó dolgokat tárgyalhat. Ha tudtam volna, milyen megjegyzéseket akar fűzni *Biró Ödön* dr. az esethez, nem engedtem volna meg a bemutatást. Annál kevésbé, mert más osztálynak belügyeibe avatkozni akár betegről, akár hulláról van szó, nem helyes eljárás. Ezért helytelenítem *Biró Ödön* mai felszólalását is.

Tóth István: Hálásan köszönöm *Ángyán* elnök férfias, erélyes s idealisan kollegiális nyilatkozatát s ezek után *Biró* dr. újabb megjegyzéseire nem is reflektálok. Magam nem nyilatkozom *Biró* dr. eljárásának úri vagy nem úri voltáról, éppen mert az általa említett, hozzám intézett levelében mentegetni iparkodott cselekedetét, kijelentve, hogy nem volt szándékában az én statisztikámat czáfolni, de a társulat tagjaira bíztam az eljárás megitélését. És most ismételve kijelentem, hogy tudtam az egész készülő támadásról, sőt azt meg is akadályozhattam volna, ha erről *Ángyán* tanárt csak egy szóval informálom, vagy informáltatom; de nem tettem azért, nehogy a gyanunak még árnyékát is megengedjem, hogy valamit titkolni akarok; a napfénytől csak az fél, a kinek takargatni valója van.

A felső légutak syphiliséről, demonstratiókkal.

Irsay Artúr: Nem a szakorvos, hanem a gyakorló orvos szempontjából tárgyalja a kérdést. Sorra veszi az orrnak, az orr melléküregeinek és az orrgaratnak megbetegedéseit; ismerteti az elváltozásokat, a melyeket a syphilis a szájban, a torokban és a gégében, valamint a mélyebb légutakban előidéz. Kiemeli azon diagnostikai nehézségeket, melyeket a felső légutak mélyebb, egyszerű betekintésre nem látható részleteiben jelentkező syphilises elváltozások támasztanak. A felső légutak syphilise a szervezet megbetegedésének egyik részjelensége lévén, úgy a helyi, mint az általános kezelése is azéval teljesen egyező. Salvarsannal különösen harmadlagos súlyos syphilises elváltozásoknál tapasztalt feltünő jó eredményt.

PÁLYÁZATOK.

497/912. sz.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában Nyirlugos székhelylyel — Nyirlugos, Nyirbéltek, Nyirmihálydi és Nyirgelse községeket magában foglaló újonnan alakitott közegészségügyi körben — a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 kor.
2. Lakáspénz 400 kor.
3. Utiátalány 400 kor.
4. Szabályrendeletileg megállapított távolsági, beteglátogatási, rendelési díj, valamint a műtétekért, halottkémlésért és szemvizsgálatokért járó díjak.

A fuvardíjátalány, rendelési, látogatási díjakat megállapító szabályrendelet jelenleg minister i jóváhagyás alatt áll, azonban a vármegye 516/1911. Bgy. sz. határozata e dijak igénybe vételét engedélyezte.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy pályázati kérvényüket az 1881: I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésöket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve, hozzám **f. évi április hó 1. napjáig** annyival inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Nyirlugos községházánál 1912. évi április 4.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Az állás azonnal elfoglalandó

Nyiracsád, 1912 márczius 2.

Somlyó, főszolgabiró.

4899. sz.

A **diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárnál** Diósgyőr község székhelylyel rendszeresített **kisegitő gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Ezen állással évi 2300 korona szerződéses fizetés és két szobából meg előszobából álló természetbeni lakás élvezete van egybekötve.

Felhivjuk azon nőtlen orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy hiteles oklevélmásolattal, keresztlevéllel és esetleg egyéb szolgálati bizonyitványnyal felszerelt kérvényeiket a magyar kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához (Budapest, Kőbányai-út 21. szám) czímezve, közvetlenül a diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár főnökségéhez (Diósgyőr, gyártelep) küldjék be.

Pályázati határidő **1912. évi márczius hó 20.-a.**

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Diósgyőr, 1912 márczius hó 2.-án.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár.

717/1912. sz

A pécsvárosi közkórházban megüresedett egy **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés és egy szobából álló természetbeni lakás a kórházban

Az állás egyelőre ideiglenesen 2 évre töltetik be, de az alkalmaztatás a kórházigazgató előterjesztésére egy évre meghosszabbítható s ezen idő elteltével esetleg véglegesíthető.

Felhívom a pályázni kivánó orvostudorokat, hogy az 1876 : XIV. t.-czikkben előírt minősítésükkel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Visy László* dr. úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czímezve legkésőbb **f. hó 22.-éig** nálam nyujtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vétetni nem fognak

Megjegyzem, hogy az esetre, ha szabályszerű minősítésű orvostudor nem jelentkeznék, úgy az állás ideiglenesen gyakornoki évét töltő orvosgyakornokkal is betölthető leend.

P é c s, 1912 márczius 3.

Kaufer Mór dr. s. k.
hely. kórházigazgató.

477/1912. sz.

Vas vármegye németujvári járásához tartozó, Németujvár székhelylyel 25 községből, ú. m. Alsómedves, Egyházasfüves, Ganács, Hóvárdos, Horváthásos, Horvátcsencs, Kiskolozsvár, Lipócz, Nemesmedves. Nemetcsencs, Némethásos, Orbánfalu, Pinkócz, Pónitz, Pusztaszentmihály, Rábort, Salafa, Stréni, Szentkút, Szombatfa, Taródcsencs, Tobaj, Ujhegy. Várszentmiklós és Zsámánd községekből álló, mintegy 12.000 lelket számláló közegészségügyi körben üresedésben levő németujvári **I. ker. körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908 : XXXVIII. t.-cz értelmében 1600 korona évi fizetés, ötödévenként 800 koronáig emelkedő és a nyugdíjba is beszámítandó 200 korona korpótlék.

2. Évi 600 korona lakbér.

3. A kör községei terhére megállapított évi 400 korona fuvarátalány.

4. Szabályrendeletileg megállapítandó látogatási és halottkémlési díjak.

Felhívom mindazon orvostudorokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt és esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket hozzám **folyó évi április hó 4.-éig** annál is inkább adják be, mert a későn érkező, valamint a kellően nem felszerelt kérvényeiket figyelembe venni nem fogom. A lakosság német anyanyelvű.

A választás napját később fogom kitűzni.

N é m e t u j v á r, 1912 február 28.

A főszolgabiró.

52/912. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházában egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú teljes ellátás.

Folyamodni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket nagyságos *Ambrus Sándor* úrhoz, Békés vármegye alispánjához intézve, hozzám **1912. évi márczius hó 20.-áig** küldjék be.

B é k é s c s a b a, 1912 márczius 12.

Békéscsaba nagyközség közkórháza igazgatója.

31/1912. ig. sz.

A váczi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága pályázatot hirdet egy **orvosi állásra** mintegy 600, azaz hatszáz pénztári tagot magában foglaló körzetben lakó pénztári tagok gyógykezelésére, mely körzethez tartoznak Vácz városának következő részei:

Budapesti-főút a székesegyháztól kezdődőleg, Papnövelde-utcza, Horváth Pál-utcza, Galamb-köz, Berkes-utcza, Géza király-tér, Iskola-utcza, Petőfi-utcza, Burgundia-, Kórház-, Ilona-, Retek-, Mária-, Fűzutcza, Diadal-tér, Zöldfa-sor, Malom-utcza, a Körútnak a Zöldfától a Hattyu-utczáig terjedő része, valamint a sertésaklok környéke.

A megválasztandó kezelőorvos kezdőfizetése az orvosi ügy rendezéséig évi 700, azaz hétszáz korona, ha azonban az igazgatóságunk által elfogadott szolgálati és fegyelmi szabályzatokat kötelezőnek ismeri el magára, úgy fizetése a már szintén elfogadott illetményszabályzat szerinti IV. fizetési osztály 4. fokozata értelmében 2600 korona, azaz kettőezerhatszáz korona, mely fizetés havi előleges részletekben fog kiutaltatni.

A megválasztott orvos köteles állását azonnal elfoglalni.

A pályázati kérvények a váczi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatóságához czímzendők, mellékelve kell lenni hozzájuk az orvosi oklevél, a törvényhatósági kihirdetés igazolása, a magyar állampolgárságot igazoló anyakönyvi kivonat, továbbá hatósági vagy pénztári orvosi bizonyitvány arról, hogy a pályázó egészséges. A kérvények **legkésőbben 1912. évi márczius 25.-én déli 12 óráig** nyujtandók be, mert a későbben érkező kérvényeket az igazgatóság nem fogja figyelembe venni.

Kelt a váczi ker. munkásbiztosító pénztár igazgatóságának 1912 február 28.-án tartott rendes ülésében.

Csongor, igazgató *Grudich*, ig. elnök.

125/912. szám

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a vingárdi **körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek. Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgorbó, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó 5 éves korpótlék.

2. A m. kir belügyminister úr által engedélyezett 1000 korona helyi pótlék.

3. 400 korona lakbér, esetleg természetbeni lakás.

4 600 korona útiátalány.

5 Az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó távolsági és látogatási díj.

6. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fel lesz jogositva.

A körorvos a községeket havonta kétszer előre megállapított napokon köteles meglátogatni és a szegényeket ingyen gyógykezelni.

Pályázók az 1908 évi XXXVIII t.-cz. 7. §-ában előírott képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1912. évi márczius hó 31.-éig** hozzám nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom. A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

V i z a k n a, 1912 február 29.

Szabó Lajos s. k., főszolgabiró.

54/1912. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére belügyminister úrnak f. évi február hó 9.-én kelt 21606/VII.b. 1912. számú rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvos urakat, kik ezen 800 korona fizetés, szabad lakás, I. osztályú élelmezés, fűtés és világítással díjazott ideiglenes jellegű, 2 évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi május hó 30.-áig** déli 12 óráig nyujtsák be hozzám.

P o z s o n y, 1912. évi február hó 27.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek** képződésében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

56. évfolyam. **11. szám.** *Budapest, 1912 márczius 17.*

ORVOSI HETILAP

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

Bárô Korányi Sándor: A pneumothorax diagnosisáról. 195. lap.

Safranek János: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi Adolf dr. egyetemi tanár.) A vérérdaganatokról. 196. lap.

Ondrejovich Béla: Közlés a budapesti egyetem I. számú belklinikájáról. Igazgató: Kétly Károly dr. udv. tanácsos, ny. r. tanár. Uj eljárás a vizelet aceteczetsavtartalmának kimutatására. 198. lap.

Zsakó István: Halál utáni izommechano-jelenségek. 199. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Vámossy Zoltán, Fenyvessy Béla és Mansfeld Géza*: Gyógyszertan. — Uj könyvek. — *Lapszemle. Biologia. Harrison*: A szervezetből leválasztott szövetrészek túlélése. — *Belorvostan. Boas*: A gastrogen hasmenésről pylorus-szűkület eseteiben. — *Habitz*: Hereditásos heveny paroxysmusos oedema. — *L. K. Hirschberg*: A saccharose megkülönböztetése. — *Sebészet. Franz Kuhn*: A peritonitis biologiai kezelése. — *Börkórtan. Oppenheim*: Eucalyptus-olaj belső szedésétől keletkezett exanthema. — *Hügyszervi betegségek. Cholzow:* A prostatectomia suprapubica technikája és a két, esetleg több időben végzett műtét eredménye. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Blum:* Fenyegető coma diabeticum. — *Unna*: Fagyásdaganat. — *Thoden van Velzen*: Orbáncz kezelése. — *Drenkhahn*: Extractum filicis maris használatmódja. — *Rendelstein*: Aranyeres bántalmak. 201—204. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Magyar orvosi archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapest orvosi ujság. 204. lap.

Vegyes hirek. 204—205. lap.

Tudományos társulatok. 206—213. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A pneumothorax diagnosisáról.

Bárô Korányi Sándor dr.-tól.

A pneumothorax diagnostikája használatos tankönyveink vázolásában azt a benyomást teszi, mintha teljesen befejezetté, teljesen kidolgozottá vált volna a physikai diagnostika kialakulásának nagy korszakában. Előbb a Röntgen-kép bizonyította be, hogy ezen a téren túlbecsültük tudásunkat, itt-ott pneumothorax fennállását bizonyítva, mikor azt nem is sejtettük. Azután ugyanez tűnt ki azóta, mióta a tüdő tuberculosisának gyógyítására pneumothoraxot készítünk. A pneumothorax szemünk előtt keletkezik, azt magunk csináljuk és ha nem nagyon nagy, meglepődve látjuk, hogy nem egyszer egyetlen egy klasszikus tünetét sem találjuk meg. Ha tehát a pneumothorax diagnostikájában biztosságra akarunk szert tenni, új tünetek után kell néznünk, különösen akkor, ha nem akarunk teljesen függővé válni a Röntgen-berendezéstől, a melyet a gyakorlatban mégis csak többször kell nélkülöznünk, mint nem.

De van-e szükségünk a *gyakorlatban* arra, hogy olyan kis, sokszor eltokolt pneumothoraxot is felismerjünk, a mely nem árulja el magát a jellemzőkként elismert kopogtatási és hallgatódzási tünetekben? Két esetben mindenesetre szükségünk van reá. Ezek egyike a tuberculosis pneumothorax-therapiája, ha azt olyan helyen végezzük, a hol Röntgen-berendezés nincs. A másik, ennél sokkal gyakoribb eset az, ha kis pneumothorax nagy serosus pleura-exsudatummal együtt áll fenn és punctióhoz fogunk. A punctio, mikor leszállítja a pleura üregében a nyomást, megnyithatja esetleg a tüdő fistuláját és a pleura infectióját okozhatja. Ezt jó előrelátni, mert ez a lehetőség egyike lehet ama körülményeknek, a melyek arra indíthatnak, hogy a punctióval várjunk, vagy azt úgy végezzük, hogy a folyadékot levegővel pótoljuk.

A pneumothorax diagnostikájának egyik kiegészítését ismertettem nem régen, a mely annak kimutatásából áll, hogy a pleura kupoláját kitöltő levegő a *Krönig*-féle tér hangos kopogtatási területét kitágítja a beteg oldalon a gerinczoszlop felé annyira, hogy legfelső csigolyáinak tövisnyúlványai fölött tompa helyett hangos kopogtatási hangot kapunk. Ez a jel azonban hiányozhatik akkor, ha a levegőnek följutását a pleura kupolájába a tüdőcsúcs odanövése megakadályozza. Hiányából mesterséges pneumothorax készítése után fölismerhetjük azt, hogy a csúcsnak collapsusa az összenövések miatt nem sikerült.

Ezen a jelen kívül nagyon megbízható módon felállíthatjuk bizonyos körülmények közt a pneumothorax diagnosisát akkor, ha az exsudatummal együtt áll fenn, a következő módon.

Egyszerű exsudatum esetében a mellkas belsejében három egymás fölött elhelyezett regiót lehet megkülönböztetni. A legalsót az exsudatum foglalja el. Ha ezen regio vízszintes metszetét látnánk, abban a mellkas üregét teljesen kitöltené a folyadék. Fölötte egy regio következik, a melyben a tüdő az exsudatumba belelóg. Ennek a regiónak keresztmetszetén a mellkas üregében megtalálnók a tüdőt, a melyet a metszet magassága szerint, majd gyűrű-, majd pedig félholdalakban vesz körül a folyadék. Ez a gyűrű, vagy félhold alólról fölfelé mind keskenyebbé válik. Függőleges metszeten ezen regiót az jellemezné, hogy a tüdő és a mellkasfal közt ékalakban húzódik fölfelé az exsudatum rétege. Az ék élétől fölfelé következik a harmadik regio, a melyben a tüdő és mellkasfal közti érintkezés normalis.

E regiókat egymástól elhatárolhatjuk a kopogtatás segítségével. A kopogtatás az alsó regio fölött tompa hangot ad, bármily erősen, vagy bármily gyöngén kopogtatunk. A felső regio kopogtatási hangja minden körülmények közt éles. A középsőé ellenben szorosan összefügg a kopogtatás erejével.

A gyönge kopogtatás hangját vékony folyadékréteg is tompává teszi, az erősét ellenben nem, mert az általa keltett

rezgések áthatolnak a keskeny folyadékrétegen és hatásuk alatt felhangzik a mögötte levő tüdő levegője.

Azért az exsudatum tompulatának felső határa felülről lefelé száll, ha folyton fokozódó erővel kopogtatunk.

Ha a pleura üregе nemcsak folyadékot, hanem levegőt is tartalmaz, akkor a viszonyok mások. Ott, a hol a levegőhólyag úszik az exsudatum fölött, ennek ékalakja megszűnik, felső határa nem vonal, hanem sík, a melynek tükre az ülő beteg mellkasfalának síkjára merőleges. *Ott, a hol ez a tükör van, a tompulat felső határa éles, vízszintes vonal, a melynek helyzete független attól, hogy gyöngén vagy erősen kopogtatunk-e.*

Ha ennélfogva nagy exsudatum fölött aránylag kis levegőhólyag van a pleura üregében, akkor a lelet a következő:

Ha a tüdőcsúcs nem nőtt hozzá a pleura kupolájához, akkor a felső hátcsigolyák kopogtatási hangja hangos. Ezenkívül az ismert Damoiseau-féle vonal legfelső része nem domború, hanem kisebb-nagyobb darabon vízszintes, egyenes vonal tompítja le. Előbb gyöngén kopogtatva, a Damoiseau-féle vonal magasan, azután erősebben kopogtatva, mélyebben fut a mellkasfalon körül, a vízszintes darabjának kivételével, a melynek helyét erős és gyönge kopogtatáskor ugyanott kapjuk. Ha még kétségeink volnának, akkor a beteget oldalt fektetjük. E közben a Damoiseau-féle vonal helyzete kevéssé változik ott, a hol az két különböző erejű kopogtatással vizsgálva kettősnek látszik, ellenben nagyot mozdul vízszintes, a helyzetváltozás után tovább is vízszintes lefutású, helyzetét a kopogtatás erejétől függetlenül megtartó egyenes darabja.

Ez a physikai lelet azt bizonyítja, hogy függőleges metszeten az exsudatum nem mindenütt nyomul fölfelé ékalakban a tüdő és a mellkasfal fölé, hanem hogy legfelől annak vízszintes, szabadon mozgó tükre van.

Ez a lelet az exsudatum kiürítésének mérlegelésekor óvatosságra int.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Igazgató: Onodi Adolf dr., egyetemi tanár.)

A vérérdaganatokról a felső légutakban.

Irta: *Safranek János* dr., operateur, egyetemi tanársegéd.

A felső légutakban előforduló érdaganatok közül — a klinikánkon nemrég észlelt esetek kapcsán — jelen fejtegetésünk tárgyát a haemangiomák teszik, míg a lymphangiomákat és a valóságos aneurysmákat figyelmen kívül hagyjuk.

Mint ismeretes, *haemangiomák* alatt általánosságban azon daganatokat értjük, a melyek lényegben vérerekből állanak; azonban a rendszerint idesorolt vérérdaganatok közül egyesek nem valóságos újképződések, hanem többnyire veleszületett korcsképződései körülírt vérérterületeknek, részben pedig csupán egyszerű kitágulásai azelőtt normalis vérereknek és csak egy részükben találjuk a vérerek valóságos újképződés útján való szaporulatát, angioblasticus tumort. Annak eldöntése, hogy a daganat kitágult régi vagy pedig burjánzás útján keletkezett új vérerekből áll-e, egyes esetekben alig lehetséges.

A vérérdaganatoknak rendszerint következő alakjait különböztetik meg:

1. A *haemangioma simplex,* a daganat parenchymáját rendszerint hajszálerek alkotják (proliferáló capillaris angioma). Ide soroztatnak a *teleangiektasiák* is, a melyek egy körülírt területen rendellenesen bőségesen kifejlődött és abnormalisan tágult hajszálerecskékből állanak; hogy valóságos vérérújképződésről van-e szó, nem bizonyos.

2. A *haemangioma cavernosum,* a melyet sűrűn egymás mellett fekvő és egymással közlekedő vérürök alkotnak, a melyeket kötőszövetes, endotheliummal bélelt válaszfalak választanak el egymástól. A cavernás angiomák is az érpályának hajszáleres és nem gyüjtőeres részletéből indulnak ki.

A többi, verő- és gyüjtőerekből álló daganat tulajdonképpen a vérértágulással egybekötött *érhypertrophiák* csoportjába tartozik és nem a valóságos érdaganatokhoz. Lobos vagy functionalis természetűek. Ide tartoznak egyes *aneurysmás* és *varixos képződések.* Igy az *angioma racemosum* vagy *plexiforme,* a mely egy verőérterület összes ágainak erős kitágulása és kacskaringós kanyarulása által jő létre.

A *teleangiektasiák* leggyakrabban a bőrben fordulnak elő, a hol a „naevi vasculosi"-t alkotják, de a bőrrel határos és nevezetesen a rhino-laryngologust érdeklő nyálkahártyákon sem túlságosan ritkák. *Voigt*-nak[1] egy idevágó közleményében saját észlelésein kívül mások (*Seifert, Joseph, Brown Kelly, Dubourdien* stb.) számos esetét találjuk felsorolva; ezenkívül újabban az angol szakirodalomban két tanulságos közlemény jelent meg a nyálkahártyák teleangiektasiáiról *F. Parkes Weber*[2] és *William Osler*[3] tollából.

Ámbár a statisztikai kimutatások a szóban forgó anomaliák gyakoriságára vonatkozólag pontos tájékoztatást nem nyujthatnak, már csak azért sem, mert a teleangiektasiák gyakran csak csekély nehézségeket okoznak vagy ilyenekkel egyáltalán nem járnak és csupán véletlenül fedeztetnek fel, az mégis megállapítható a statisztikai adatokból, hogy a száj nyálkahártyáján, az ajkakon, a nyelven, a gingiván, a kemény és lágy szájpadláson, valamint az orr nyálkahártyáján is teleangiektasiák aránylag eléggé gyakran észleltettek, de a garatban és gégében a jótermészetű daganatok igen ritkán előforduló fajtájához tartoznak.

A teleangiektasiák kölesnyi-lencsényi és nagyobb, izolált vagy sűrűn egymás mellett fekvő, cseresznyepiros-kékesvörös göböket alkotnak, a melyek felülete többnyire sima, de egyenetlen is lehet, a környezetből rendszerint kiemelkednek, élesen határoltak, de elmosódottak is lehetnek. Számuk nagyon különböző; *Joseph*[4] egy egyénen ezen tumorocskák százait találta (a test egyéb részein előfordultakat beleszámítva). Ujabban *Chiari* klinikájáról *Kofler*[5] ismertette a bőrnek „naevus Pringle" esetét, a melyben számos teleangiektasia volt a száj és orr nyálkahártyáján. Ehhez igen hasonló esetet mutatott be nemrég *Baumgarten** az Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályában. Egyes esetekben a naevus vasculosus csak az egyik testfélre szorítkozik s csak a középvonalig terjed, ezen túl nem; ilyen eseteket irt le *Schaeffer, Panzer, Rosenberg* és *Edmund Mayer.*[6]

Egyes helyeken apró teleangiektasiák is súlyos vérzésekre vezethetnek, különösen ha az orrsövényen, az orrvérzések praedilectiós helyén foglalnak helyet és ezen esetekben a leggyakoribb is a teleangiektasiákból származó vérzés. Ismételt vérzések súlyos másodlagos vérszegénységnek lehetnek okozói, a mely viszont a vérzésre való hajlamot növeli. Haemophiliával vagy a vér csökkent alvadásképességével direct összefüggés nem mutatható ki, azonban úgy látszik, hogy bizonyos familiaris tendentia és hereditás szerepet játszik a teleangiektasiák létrejöttében.

Ámbár *Brown Kelly* s sz imént idézett *F. Parkes Weber* is azon a véleményen van, hogy a teleangiektasiák nem congenitalisak és többnyire a közepes életévekben keletkeznek, feltevésük aligha állja meg helyét, a mennyiben a teleangiektasiák rendszerint veleszületettek, azonban a későbbi korban indulhatnak növekedésnek és válhatnak progredienssé. Hogy a szóban forgó elváltozásokkal a *Brown Kelly* által megjelölt koron alul ritkán jutnak észlelés alá a betegek, ennek oka éppen abban keresendő, hogy az első életévekben ezen elváltozások elkerülik a figyelmet, a mennyiben nem járnak különösebb tünetekkel.

Valószínű, hogy a *cavernás angiomák is* egy körülirt terület vérereinek *veleszületett* anomaliáira vezethetők vissza, bár egyes jelek a mellett szólanak, hogy a későbbi korban is kifejlődhetnek. Az angioma cavernosum kedvencz helye a

* 1911 május 23.-án.

bőr és a máj, de a felső légutakban, nevezetesen a száj és garatür nyálkahártyájában is előfordulnak ily angiomák, míg a gégében igen ritkák. Kerekded vagy hosszúkás tumorok, a melyek élénkpiros-sötétkék szinűek, többnyire egyenetlen, dudorzatos, szemölcsszerű felületűek, gombostűfejnyi-málna nagyságúak, sőt nagyobbak, rendszerint széles alapon ülnek; jellegzetes reájuk összenyomhatóságuk és térfogatváltozásuk.

Az orrban az orrkagylókon, a septumon s az orr fenekén észleltettek. *A száj- és garatürben* leginkább az uvulán, a garatíveken, a garat hátulsó és oldalsó falán fordulnak elő. *Crocker* egy ily angioma esetét közölte, a mely a garatívek mögött felfelé haladva, a choanákat eltömeszelte; *B. Fränkel* diónyi-, *Loomis* czitromnagyságú garatbeli angioma esetét irta le.[7] A cavernás angiomák olykor meglehetős nagyságot érnek el a nélkül, hogy különösebb nehézséget okoznának; a mennyiben székhelyük a száj-garatüreg nem kiemelkedő helyén van avagy pedig excessiv dimensiójuk által nem szűkítik a garatot, lényegesebb zavart nem idéznek elő, mert puhák és engedékenyek.

A gége haemangiomáival különösen *Chiari*[8] foglalkozott igen behatóan; munkájában részletes irodalmi adatok is találhatók 1896-ig; szerinte az angiomák a gégében általában ritkák, leginkább még a valódi és álhangszalagokon fordulnak elő; többnyire tumor cavernosusról van szó, ritkábban angioma simplexről és csak kivételképp tumorszerű varixokról. Ujabban *O. Hirsch*[9] közölte egy ritka nagyságú haemangioma cavernosum esetét a gégében s ugyancsak ezen közleményében az irodalmat is összefoglalta 1908-ig. *Hirsch* selejtezte az anyagot és kiküszöbölte mindazon eseteket, a melyekben a hangszalagokon kicsiny, kékes göbcsék voltak, a melyek a tumor cavernosus külső jeleivel nem bírtak és szövettani vizsgálat tárgya nem voltak, a melyek tehát valóságos angiomáknak nem voltak tekinthetők, mert a varix is jár vérzésekkel, szintúgy a polypus is, ha vérerekben gazdag. Ezen kétes eseteket leszámítva, *Hirsch* mintegy 15, göbcse-málnanagyságú gégehaemangioma és két nagyobb tumor esetét gyüjtötte össze az irodalomból.

Ezeken kívül a legutóbbi évek irodalmában a gégebeli vérérdaganatoknak még következő eseteit találtam:

Imhofer:[10] tumor cavernosus a hangszalagon, tulajdonképpen phlebektasia, a mely makroskopice tumor cavernosustól nem volt megkülönböztethető; *White*:[11] kicsiny cseresznyenagyságú, széles alapon ülő, sötétkék szederszerű tumor az interarytaenoidealis tájon; *Navratil D.*:[12] diónyi, a bal hangszalagon székelő, livid, puha consistentiájú tumor; *Zwillinger*:[13] diónagyságú, göbös felületű, részben sötétvörös, részben kékesfekete tumor a jobb sinus pyriformisban, ezt egészen kitöltve, a plica aryepiglotticának csak felső részét hagyva szabadon s az álhangszalag egy részét is elfödve; a tumor egy lebenyszerű képleten ült, a mely a jobb tonsilla alól indult ki, tehát a hypopharynx haemangioma cavernosuma volt; *Dollinger*[14] tanár egy nyaki angioma cavernosum esetét említi, a mely a gégébe és légcsőbe lelógott s a műtét alkalmával apnoët idézett elő, a mely miatt tracheotomia vált szükségessé; *Gavetto*:[15] az epiglottis nagy angiofibromája, tehát nem valóságos angioma; *Blegvad*:[16] a bal hangszalagon kölesnyi, fehéres, dudorzatos felületű kocsányos tumor; *Porter*:[17] a baloldali ventriculus Morgagniból kiinduló tumor az angiomák structurájával és *Voigt* már említett közleményében szőllőszerű képletek a bal sinus pyriformisban és a gége belsejében.

Miként már említve volt, a vérerekben dús fibromák, myxomák, sarcomák sötét-kékes szinüknél fogva hasonlóak lehetnek az angiomákhoz, a mennyiben ezen daganatok stromájában teleangiektasiás érképződés jöhet létre, illetve a daganat vázában vérrel telt üregek lehetnek és a kórjelzés, olykor még a szövettani diagnosis is nagy nehézségbe ütközhetik.

Ugy látszik, hogy a haemangiomák csak lassan növekednek és a míg kicsinyek, nem is okoznak nehézségeket, csak utóbb mutatkozik rekedtség a hangszalagokon vagy ezek szomszédságában székelő angiomák eseteiben; ezenkívül sokszor hyperaemiát és általában idősült hurutot találunk a gégében, de nem ritkán normalis viszonyokat. Hirtelen beálló vérzések a beteg életét is komolyan veszélyeztethetik és ez adja meg ez egyébként jótermészetű daganatok különös gyakorlati jelentőségét.

A mi a *varixokat* illeti, a gyüjtőerek csomószerű tágulását gyakran találjuk, kivált a nyelv gyökén, oldalsó részein, főképpen az arcus glossopalatinus tapadása helyén, továbbá a garatíveken, a garat hátulsó falán, a sinus pyriformisban; a tágult gyüjtőerek olykor jelentékeny terjedelműek. Gyakorlatilag, miként a többi vérérdaganat is, azért fontosak, mert a spontán vagy valamely ingerre belőlük előálló vérzés haemoptoëvel összetévesztésre adhat alkalmat.

* * *

Az elmult tanévben klinikánkon a tárgyalt vérérdaganatok több esetét volt alkalmunk észlelni és multiplicitásánál, valamint ritka kiterjedésénél és nagyságánál fogva következő esetünk kiváltképpen érdekes:*

K. B. 20 éves férfi arczának és nyakának jobb oldalán gyermekkora óta vannak értágulásai és néhány éve van tudomása arról, hogy ilyenek nyelvén és torkában is vannak; egyébként egészségesnek érzi magát, tudtával hasonló baj családjában nem fordult elő.

A beteg bőre, ajkai és conjunctivái feltünően halványak, a jobb arczfél és oldalsó nyaktájék bőrének tágult gyüjtőerei kiemelkedő kékes kötegek gyanánt tünnek át. A nyelv alsó felületén mindkét oldalt lúdtollvastagságú tágult gyüjtőerek láthatók; hasonló elváltozás van a nyelvháton jobboldalt, míg a nyelv csúcsához közel a tágult erek két babnyi, vérrel telt üreget alkotnak; a lágyszájpad jobb oldalán az ektasiák hálózata koronányi területet foglal el; *a jobb hátulsó garatív közepén kicsiny cseresznyenagyságú, sötét kékes-vörös, környezetéből félgömbszerűen kiemelkedő, széles alapon ülő és mint már makroskopice látható, kacskaringós erekből álló daganat foglal helyet. Hasonló, de nagyobb — mogyorónyi — tumor van a plica aryepiglotticától lateralisan, a jobb sinus pyriformisban*, míg a ligamentum pharyngo-epiglotticum alatt, a sinus pyriformis határán egy lúdtollvastagságú kacskaringós gyüjtőér halad. A leirt tumorok térfogata változik, a mennyiben erős feszítéskor vagy a nyak összenyomatásakor megnagyobbodnak a daganatok. Az orrban, a száj- és garatüregben, a gégében a leirtakon kivül számbavehető kóros elváltozás nincs. A nyak külső vizsgálata a jobb nyaktájék gyüjtőereinek tágulatán kívül normalis viszonyokat mutat.

Physikai vizsgálattal a mellkasi szervekben kóros elváltozás nem található, a mellkas és nyak Röntgen-felvétele semmi rendelleneset sem mutat; a többi szerv vizsgálatakor baloldali csekély varicokelen kívül pathologiás elváltozás nem találtatott.

A verőérlökés kis hullámú, rhythmusos, elég könnyen elnyomható, száma rendes; a vérnyomás a *Riva-Rocci*-féle sphygmomanometerrel meghatározva 105 Hg mm. maximalis és 90 Hg-mm. minimalis értéket mutat; a vér haemoglobintartalma *Sahli* szerint meghatározva 58%, a vörös vérsejtek száma 3,030.000, a fehér vérsejteké 6800 1 mm^3 vérben (I. sz. belklinika).

Esetünkben tehát középsúlyos *chloroanaemia* forgott fenn a szív és vérkeringési szervek egyéb organumos elváltozása nélkül; a szájban, garatban és gégében leirt elváltozások *a gyüjtőerek egyszerű kitágulása, tumorszerű varixok és haemangiomák* (a pharynxban és larynxban), a melyek nagy valószínűséggel veleszületett anomaliák; a beteg bemondása szerint néhány éve észrevehetően növekednek, de ezideig vérzésre nem vezettek és egyáltalán lényegesebb zavarokat nem okoztak.

Egy másik esetünkben G. A. 27 éves nőről volt szó, a ki elmondta, hogy gyermekkora óta rekedt, de egyébként

* A beteget az orvosegyesület orr-gégegyógyászati szakosztályában 1911 febr. 28-án bemutattam.

egészséges. Az orrban, valamint a száj- és garatürben lényegesebb elváltozás nincs, a gége nyálkahártyája diffus hyperaemiát mutat, mindkét hangszalag megvastagodott, kivált a bal, ezen utóbbi középső harmadában, a szabad széléhez közel kicsiny *ektasiás erecskékkel környezve egy kis borsnyi, élénk piros, kocsányos, sima felületű tumor van;* ha a beteg erősen feszít, a tumor és az ektasiás erecskék erősebb teltsége látható.

Harmadik esetünk S. K. 51 éves nő, a ki mintegy fél éve torkában szárazságot, kaparást érez, kissé rekedt és köhög; forrósága, vérköpése nem volt. Az orrban kezdődő rhinitis atrophicans jelei, a garatban száraz hurut, a jobb hangszalag hyperaemiás; a jobboldali aryporcz felett *széles alapon szederszerű és nagyságú, sötét-kék színű, a környezetből kiemelkedő, egyenetlen, dudoros felületű tumor* foglal helyet, a melynek környezetében a nyálkahártya mérsékelten duzzadt és vérbő. A tumor térfogatváltozása ez esetben is megfigyelhető volt, valamint a meglehetős compressibilitása. Egyéb szervi baj sem ezen, sem az előbbi betegen konstatálható nem volt.

A II. eset tehát *a bal hangszalag kocsányos angiomája*, esetleg fibromája volt teleangiektasiás vérérképződéssel, míg III. esetünkben a *jobb aryporczon ülő daganat a tumor cavernosus* jeleit mutatta. Keletkezésükről semmi bizonyosat sem lehet mondani; a mint már említettük, nem csupán a teleangiektasiák veleszületettek, de valószinűleg a cavernás angiomák is a vérérrendszer veleszületett rendellenességeire vezethetők vissza; olykor valamely véletlen körülmény folytán fejlődnek ki, ilyenekül említik a traumákat, a terhességet, de gyakran minden kimutatható ok nélkül válnak progredienssé.

A mi végül a tárgyalt vérérdaganatok *orvoslását* illeti, *teleangiektasiák eseteiben* ezek vérzésekor edzést alkalmazunk chemiai szerekkel (chromsav, trichloreczetsav) vagy elektrokauterrel; kisfokú vérzéskor a tamponálás, illetve komprimálás is elegendő; a vérzés forrásául szolgáló teleangiektasiák elektrolysises elpusztítása is végezhető; a teleangiektasiák Röntgen- és radium-kezelését is megkisérelték, bizonytalan eredménynyel. Az ismételt vérzések és másodlagos anaemia közötti circulus vitiosus miatt a vérszegénység leküzdése, a czélszerű táplálás fontos.

Angioma cavernosum eseteiben a hirtelen, az életet is veszélyeztető vérzések bekövetkezhetésére tekintettel ezen tumorok exstirpatiója javasolt, bár sok esetben nem egykönnyen lehet hozzájuk férni.

A mi különösen a *gége haemangiomáit* illeti, endolaryngealis műtétet — csipőfogókkal, hideg vagy meleg kacscsal eltávolítást — több esetben sikerrel végeztek; azonban igen súlyos vérzések is keletkezhetnek e közben, mint pl. *Ferreris*[18] esetében, a melyben a mikroskopos vizsgálat czéljából eszközölt endolaryngealis próbaexcisio következtében csillapíthatatlan vérzés állott be, a mely tracheotomiát és laryngofissiót tett szükségessé és mégis aspiratiós pneumonia következett be s a beteg elhalt; ez esetben a hangszalag alatt mogyorónyi teleangiektasiás myxofibromáról volt szó. Éppen ezért a széles alapon ülő daganatok eltávolítására a laryngofissio ajánlatos — előzetes tracheotomia után —, hogy jobban hozzáférhessünk a műtét területéhez. Ismételt vérzések, erős dyspnoë, gyors növekedés eseteiben van javalva a műtét, a mely az említett módon — laryngofissio útján — *Pantaloni*,[19] *Goris*,[20] *E. Meyer*[21] és *A. White*[22] eseteiben sikerrel végeztetett. Persze ilyen behatóbb műtétre a betegek nehezen szánják rá magukat, kivált ha a daganat csak csekélyebb nehézséget okoz vagy egyáltalán nem jár nehézséggel. Az enyhébb esetekben olykor a daganatnak elektrokaustikás úton való elpusztításával is czélt érhetünk.

Irodalom: [1] *Voigt*: Ueber Blutgefässgeschwülste der Mund-, Rachenhöhle und des Kehlkopfes. Zeitschrift f. Laryngol. Bd. I. 1909. — [2] *F. Parkes Weber*: Multiple hereditary teleangiectases etc. Lancet, 1907. — [3] *William Osler*: Multiple hereditary teleangiect. Quartely Journal of Medicine, Vol. I. No. 1. 1907. — [4] *Joseph*: Gutartige Neubiltungen d. Haut. *Mracek:* Handb. d. Hautkrankh. — [5] Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — [6] *M. Schmidt* und *E. Mayer:* Die Krankheiten der oberen Luftwege. IV. Auflage. Berlin. 1909. — [7] *M. Schmidt* und *E. Mayer:* Die Krankheiten der oberen Luftwege. IV. Aufl. Berlin. 1909. — [8] *Chiari:* Ueber Angiome der Stimmbänder. Archiv für Laryngol. Bd. V. 1896. — [9] Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — [10] *Imhoffer:* Demonstr. in der Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden. 1907. — [11] *Hamilton White*: Ein Fall von Hämangiom des Kehlkopfes, behandelt mit Laryngofissur. Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — [12] *Navratil D.:* Angioma laryngis. Bemutatás az Orvosegyesület orr-gégegyógyászati szakosztályában, 1908. — [13] *Zwillinger:* Haemangioma cavernosum hypopharyngis. Bemutatás az Orvosegyesület 1908 január 4.-i ülésén. — [14] *Dollinger Gyula:* Hozzászólás Zwillinger bemutatásához. Orvosegyesület évkönyve, 1908. — [15] *Gavetto*: Societa Italiana di Laryng. Torino, 1908. (Zentralblatt für Laryng. XXVI. Jahrgang. 1910). — [16] *Blegvad:* Verhandl. d. dänischen oto-laryng. Ges. 1910. (Zentralblatt für Laryng. XXVI. Jahrgang, 1910) — [17] *Porter:* Cases of laryng. Tum. Edinburgh Med. Journal, 1910. — [18] Zentralblatt für Laryngol. 1889—90. — [19] Zentralblatt für Laryngol. 1899. — [20] La Presse méd. Belge. 1899. — [21] Berliner klin. Wochenschrift, 1904. — [22] Wiener klin. Wochenscrhift, 1908.

Közlés a budapesti egyetem I. számú belklinikájáról. Igazgató: Kétly Károly dr., udv. tanácsos, ny. r. tanár.

Uj eljárás a vizelet aceteczetsav-tartalmának kimutatására.

Irta: ***Ondrejovich Béla*** orvostanhallgató.

A coma diabeticum mint a savmérgezés ismert következménye már régen felhívta a vizsgálók figyelmét azon szerves savak jelenlétének megállapítására, a melyek nagyobb mennyiségben a fentemlített állapotot okozzák.

E savak egyikét, az aceteczetsavat eddig közönségesen a *Gerhardt*-féle próbával mutattuk ki a vizeletben. Nagy hátránya azonban ennek, hogy positiv eredményt nyujt az antipyrin, a manapság a therapiában oly gyakran használt salicyl-készítmények s még több más anyag jelenlétekor is; felforralás után sem tudjuk biztosan megállapitani, hogy vajjon a salicylsav és az aceteczetsav nem együtt van-e jelen a vizeletben. Egyébként pedig a Gerhardt-próbánál a kicsapódó vasphosphatok is nagyban gátolják a vizsgálatot.

1899-ben *Arnold*[1] ismertetett egy aceteczetsav-reactiót, a melyet később *Lipliawsky*[2] módosított, de hosszadalmassága és nehéz kivihetősége miatt nem ment át a közhasználatba.

Egy jod-aceteczetsav-reactiót *Mörner*[3] is közölt, de ez, épp úgy, mint a *Schwarz-Bondi*[4]-féle módosítás, nem elég kielégítő, mivel a positiv eredményt jelző jod-acetonszag egyrészt igen könnyen összetéveszthető az elillanó jodgőzök szagával, másrészt véleményem szerint szagreactio egyáltalában nem lehet eléggé érzékeny, sem pedig megbízható.

A felsoroltaknál megfelelőbb *Lindemann*[5] aceteczetsav-reactiója, mely azonban szintén számos nehézséggel küzd. E reactio a következő: 10 cm^3-t veszünk a vizsgálandó vizeletből, melyhez pár csepp eczetsavval való megsavanyítás után 5 csepp Lugol-oldatot adunk, utána pedig 2 cm^3 chloroformmal kirázzuk. Aceteczetsav jelenlétében a chloroform szintelen marad, ellenkező esetben a szabadon maradt jodot feloldván, rózsaszínűvé lesz. E reactio hátrányának tartom, hogy kis mennyiségű aceteczetsav kimutatására szintén nem alkalmas, mert: 1. A chloroform a vizelettel való rázás közben szabad jod jelenléte nélkül is (különösen ha a vizelet epét tartalmaz) megsárgul s ennek rózsaszinbe átmenő árnyalata nem elég éles határ a positiv és negativ eredmény között. 2. Kismennyiségű aceteczetsav jelenlétében néha csak egy percz mulva tudna a vizelethez adott öt cseppnyi jod teljesen leköttetni s igy a már korábban hozzáadott chloroform rózsaszínű maradna daczára annak, hogy positiv eredményt kellene nyujtania. 3. Quantitativ becslésre az elnyelt jod mennyisége szerint nem használható, a mennyiben

[1] Wiener klinische Wochenschrift, 1899, 20 sz.
[2] Deutsche med. Wochenschrift, 1901, 10. sz.
[3] Skandinavisches Archiv, 1895.
[4] Wiener klin. Wochenschrift, 1906, 2. sz.
[5] Münchener med. Wochenschrift, 1905, 29. sz.

a chloroform hozzáadása után több jodot nem adagolhatunk a nélkül, hogy ez a felszínre szállott chloroformmal direct ne érintkezzék s abban fel ne oldódjék.

Az általam kidolgozott reactio, melyben a felsorolt hátrányok egyike sincs meg, a következő: Veszek 5 cm^3 vizeletet, melyet 5 csepp 50%-os eczetsavval megsavanyítok. Ehhez 2‰-es vizes methylenkék-oldatot adok addig, míg az egész határozott kék színt nyer, a minek elérésére rendesen egy csepp elegendő. Ezek után 4 csepp jodtincturát adok hozzá, mire az egész keverék megvörösödik, aceteczetsav jelenlétében azonban legfeljebb egy percz lefolyása alatt visszakékül, illetve zöld színűvé lesz, míg ellenkező esetben megtartja vörös színét.

E reactio igen alkalmas quantitativ becslésre is. Igy sok aceteczetsavra következtethetünk akkor, ha a jod hozzáadása után a vörös szín láthatólag semeddig se, vagy csak rövid ideig marad meg; ilyenkor cseppenkint adagolhatjuk tovább a jodot mindaddig, míg a keverék egy percz alatt visszakékül, illetve végül megzöldül. Az elfogyasztott jodcseppek száma arányban áll a jelenlevő aceteczetsav mennyiségével.

Kevés aceteczetsavra következtethetünk akkor, ha az első négy csepp hozzáadása után a keverék vörös színe egy perczig áll fenn s ez idő után nem kék, hanem csak zöld színűvé alakul át.

A reactióban lejátszódó vegyi folyamat az aceteczetsav savi közegben történő jodmegkötő képességén alapszik. Az aceteczetsav (másként β keto-vajsav) savanyú közegben jod hozzáadására szintelen s teljesen szagtalan vegyületté, a monojod-aceteczetsavvá
($CH_3—CO—CH_2—COOH+I_2=CH_3—CO-CHJ—COOH+HJ$)
alakul. Ez azonban könnyen bomlik szénsavra s jodacetonra.

Ha valamely vizeletben tehát aceteczetsav van jelen, savanyítás után a hozzáadott jodot leköti s telítettségéig szabad jodot nem tartalmaz. Olyan vizeletek ellenben, melyek aceteczetsavat nem tartalmaznak, túltelítődnek már 4 csepp jodtól is, a miből kifolyólag jod kötetlen állapotban is van jelen.

A szabad jod kimutatására, miután a keményítő és a chloroform nem bizonyult czélszerűnek, indicatorul methylenkék vizes oldatát kezdtem használni, mely czéljaimnak sokkal jobban megfelelt A methylenkék ugyanis már jod-nyomok jelenlétében azonnal megvörösödik, s a míg szabad jod van jelen, színét nem is változtatja. A mint azonban a jodot valamely nagyobb chemiai affinitású anyag (jelen esetben az aceteczetsav) elvonja, a laza methylenkék-jodvegyület azonnal átadja jodját s visszakékülvén jelzi, hogy a jód mind fölhasználtatott.

A vizeletnek sok eczetsavval való megsavanyítása nem áll érdekünkben, de különben is hátrányos a reactióra nézve, a mennyiben úgy a vizelet jodelnyelő képességét, mint a methylenkék érzékenységét erősen csökkenti azáltal, hogy az erős savi közegben a jod-methylenkék-vegyület állandó zöld színt nyer.

Normalis vizelet is tud ugyan kismennyiségű jodot absorbeálni (ez az absorbeáló képesség számos vizeleten tett kisérleteim alapján 4 cseppnél mindenkor kevesebb), de ezen jodkötő anyagok, mint pl. az indican, korántsem tudnak oly gyorsan hatni, sem oly nagy mennyiséget felvenni, mint az aceteczetsav; ebből magyarázható azután az, hogy a vizelet bármely alkotórészének nagymérvű mennyiségbeli változása sem befolyásolja annyira a jodelnyelő képességet, mint az aceteczetsavnak csak nyoma is. Ezt bizonyítja az is, hogy e reactio eddig minden esetben legalább kétszer oly érzékeny volt, mint a *Gerhardt*-féle.

Hogy kevesebb aceteczetsav jelenléte esetében a vizelet jodelnyelési gyorsasága is jóval kisebb, az csak úgy magyarázható, ha megfigyeltük, hogy az aceteczetsav jod iránti chemiai affinitása s igy reactio-gyorsasága is sokkal nagyobb, mint a vizeletben foglalt többi anyagé. Ha tehát valamely vizelet 5 cm^3-e tartalmaz annyi aceteczetsavat, hogy ez egymaga is tud négy csepp jodot lekötni, akkor ez az absorbtio úgyszólván momentan történik s a methylenkék megtartja színét. A mint azonban kisebb aceteczetsav-tartalmú vizelettel van dolgunk, hol az aceteczetsav négy csepp jod elnyelésére kevés, a megmaradt jod a többi kisebb reactio-sebességű anyaghoz lévén kénytelen csatlakozni, az absorbtio természetszerűleg lassabban folyik le.

Tehát azt, hogy valamely vizelet tartalmaz-e aceteczetsavat, a gyakorlott szem már az első jodcsepp absorbtiójának gyorsaságából meglátja. Ha aceteczetsav nincs jelen, akkor már az első csepp jod elnyelése is a vizeletben foglalt más anyagok által fog történni; az absorbtio természetszerűleg lassabban folyik le, a mit az jelez, hogy a pirossá tett methylenkék fokozatosan előbb sárgává, majd később zölddé alakul át, mely színét néha órákig is megtartja. Ezt a zöldülést ne tévesszük össze a nagy aceteczetsav-tartalom esetében, nagy mennyiségű jod hozzáadása után kapott zavaros zöld színnel, melyet a bomlás útján keletkezett jodaceton és a jodolás következtében keletkezett jodhydrogensav okozta hyperaciditás hoz létre.

Bizom benne, hogy ezen reactiómból kiindulva legközelebb egy pontos quantitativ reactióról is beszámolhatok.

A reactio előnyei: 1. Gyors, nem komplikált, megbízható. 2. Salicyl-készitmények, antipyrin stb. nem adják, 3. Negativ eredményt ad minden más alkotórész, így szőlőczukor, aceton, β-oxyvajsav, glycerin, tejsav, epe, kreatinin jelenléte esetében. A jod és eczetsav a fehérjét ugyan kicsapja, de ez a reactiót nem gátolja. 4. A phosphatok nem csapódnak ki. 5. Minden eddig ismert aceteczetsav-reactiónál érzékenyebb. 6. Quantitativ becslésre igen alkalmas.

Megemlítem még, hogy a reactio, úgy mint a többi, forralásra s nagyobb mennyiségű formalin hosszabb ideig tartó behatására az aceteczetsav felbomlása következtében kimarad.

Halál utáni izommechano-jelenségek.

Irta: *Zsakó István* dr., kórházi főorvos, Dicsőszentmárton.

A halál beálltával a szervezetnek nem minden sejtje, illetőleg szövete hal el avagy lesz működésképtelen azonnal, hanem abban a pillanatban olyan állapot jön létre a szervezet életét bizonyító nyilvánulások sorozatában (légzés, szivműködés megszűnése), a mely jelzi az egész szervezet közeli és teljes felbomlását.

A különböző állatfajokon régóta tapasztalták ezt a jelenséget (pókláb mozgása, kivágott békaszív továbbműködése' csillóhámok továbbmozgása a halál után), hisz ismeretes, hogy *Galvani* felfedezése is a villamosságról a béka végtagizmainak a halál után megtartott működésképességéhez fűződik.

Az elhalt emberi szervezetnek különböző szövetelemei részéről az elmult idő szerint különböző tünetek észlelhetők, melyek közül jelen dolgozatom czélja csupán bizonyos izommechano-jelenségek viselkedésének rövid leirása s vizsgálataimra alapított következtetéseim tárgyalása. E jelenségek a halál beállta után pár órán belül észlelhetők csupán és véleményem szerint éppen ezért mindig a halálnak nem régen beállát bizonyítják.

Ugyanis mielőtt a hullamerevség beállana, a test különböző részein kiválthatók bizonyos izommechano-jelenségek, melyek közül a legszembetűnőbbek a végtagokon észlelhetők. Élő egyénben, hacsak peripheriás hűdés nincsen, ezek a jelenségek minden körülmények között kiválthatónak mutatkoznak észleleteim szerint úgy éber, mint alvó, úgy természetes, mint vegyszerekkel alterált állapotban (chloroform-aetherbódításban, novocain-, cocain-gerinczvelő-érzéstelenítésben).

A halál beálltával a pupillaris, a patellaris és az összes bőrreflexek eltűnnek, de az izommechano-jelenségek megmaradnak. Ezen izommechano-jelenségek kiváltása nagyon egyszerű eljárás; elsajátítani rendkívül könnyű és könnyebb

sebészi kötésen vagy ruhán keresztül is sikerül elég jól kiváltani őket. Érdekes, hogy e jelenségek kimaradása a hullamerevség beálltát minden esetben megelőzi. Ha a hullamerevség rövid időn belül (pl. 15 percz) beáll, természetesen észlelésükre még ennél is rövidebb időnk jut. De általánosságban mondható, hogy rendes körülmények között körülbelül $1^1/_2$—2 óra időtartam szükséges ezen izommechano-jelenségek kiválthatóságának megszűnésére. E jelenségek kimaradása bizonyos typusokat mutat, nevezetesen háromfélét: vagy alulról fölfelé, vagy felülről lefelé, vagy egyik oldalon kezdődik a kimaradás, még pedig olyanformán, hogy egy része a jelenségeknek már nem váltható ki, míg a többi még élénken észlelhető.

Bizonyos párhuzamot észlelhetünk e jelenségek és az idiomuscularis dombképződés között, t. i. azok is annál renyhébbek, minél több idő telt el a halál beálltának pillanatától. Az izmok villanyos ingerlékenysége szinten csökken, épp úgy, mint az idiomuscularis vagy a leirandó izommechano-jelenségek kiváltódhatása.

Felemlítem, hogy ha az élőben fokozott volt az izmok ingerlékenysége, az megmarad a halál után is (ezt egy három napos insultus apoplecticus következtében elhalt egyénen észlelhettem, mikor tisztán e jelenségből meg lehetett állapítani, hogy melyik oldalon volt a hemiplegia). A térdreflex fokozódásával ezen izommechano-jelenségek is élénkebbek, annak kimaradása azonban kiválthatóságukra nem gyakorol befolyást.

De ha spasmus van jelen, az elfedheti e jelenségeket, a mikor a kiváltásuk lehetetlen. Mivel e jelenségek között olyan is van, melyet mint periostealis reflexet írtak le, esetleg nagy fentartással arra is lehetne következtetni, hogy azok egyszerű izommechano-jelenségek és nem periostealis úton létrejött reflexek,[1] miáltal a periostealis reflexek száma megcsökken (és talán a periostealis reflex létjogosultsága is csökken?).

Ugy gondolom ezen izommechano-jelenségekből kiindulva, hogy a lumbricalis és interossealis izmok még el nem döntött működéseit ilyen úton biztosan lehetne megismerni. (T. i. a halál után azonnal fölpraeparálni és akár mechanikai, akár villanyos úton izgatni.)

Ezek után felsorolom az általam 150 esetben észlelt izommechano-jelenségek egy részét, a többivel egy másik dolgozatban akarok foglalkozni. (Élőn 100 esetben, hullán 50 esetben vizsgáltam.)

1. Ha az orsócsont mentén a könyökizülettől számítva 3—4 harántujjnyira distalisan a feszítő felszinen gyengéden ráütünk a kopogtató kalapácscsal az alkarra, a kéznek jól észrevehető extensiója következik be. A singcsont mentén végezve e műveletet, a kéz a singcsont felé jut extensióba.

2. Az alkar hajlító felszinén az orsócsont mentén, a csuklóizülettől számított 4—6 ujjnyira kopogtatva, a hüvelykujj hajlitása következik be.

3. Az interossealis tájak ingerlése a megfelelő két ujj egymáshoz való közeledését idézi elő.

4. A lábháton a külső bokától előre 3—4 ujjnyira a rövid feszítőizmok eredése fölött koronányi területen kopogtatva, a lábujjak extensióját hozzuk létre.

5. A lábszáron a feszítő oldalon, a sípcsont élétől 3 ujjnyira, a sípgumótól egy ujjnyira kopogtatva, a láb adductióját idézzük elő.

6. A lábszáron a középső harmadban, a tibia mentén, a tibiától egy ujjnyira kopogtatva, a láb extensióját idézhetjük elő.

7. A czomb alsó harmadában a térdkalács felett 4—5 harántujjnyira kopogtatva (a czomb középső felszinén, a közép- vagy oldalvonalak mentén), a lágyékhajlatig terjedő izommozgás észlelhető.

8. A háton a scapula és gerinczoszlop között kopogtatva, a scapulának a középvonalhoz való közeledése észlelhető.

[1] Ez *Schaffer* tanárnak 1911 április 1.-én kelt leveléből jutott tudomásomra.

Ezeken kívül a triceps- és infraspinatus-reflexet észleltem a halál után, a deltoideus, a biceps, a masseterek, a szájvégmozgató izmok és a sacralis táj izmainak mechanikai ingerlésére bekövetkezett összehúzódásokon kívül.

A leírt izommechano-jelenségek rövidebb ideig tartanak, mint az egyes izmok ingerlékenysége.

Azt tapasztaltam még ezeken kívül, hogy az izmok eredési helyükön hamarább veszítik el ingerlékenységüket, mint az attól távolabb, az ín felé eső részükön.

Élőkön, normalis idegrendszerű, belbajos, műtőasztalon fekvő, bódított, tabeses, hemiplegiás, *Little*-kóros, radialis-, peroneusbénulásos stb. egyéneken, továbbá elmebetegeken vizsgálódtam, hullákon pedig részint elhalt elmebajosokon, részint sebészi vagy belbajosokon. A halál beálltát a légzés és szívműködés kimaradása, továbbá a *Kenyeres* tanár irisalakváltozási jelétől számítottam.

I. Első esetemben egy haldokolva behozott, elhagyott egyén hulláján, kin élesztési kisérleteket is végeztek, 30 percz mulva az 1., 75 percz mulva a 3. és 102 percz mulva a 4. kimaradt. Ezután a pectoralis és deltoideus izom még mindig ingerelhető volt.

II Második esetemben a kéz interossealis izmainak ingerlékenysége 89 percz mulva, a 4. 120 percz mulva maradt ki.

III. Senilis dementiában szenvedett egyén hulláján 2 óra mulva sehol sem lehetett kimutatni az ingerlékenységet. 2 és $^1/_2$ óra mulva a hullamerevség már beállott.

IV. Pyaemiában elhalt hulláján 25 percz mulva is elég élénk izommechano-jelenségek voltak. Azonban elfoglaltságom miatt csupán 105 percz mulva érkezhetvén vissza, már a hullamerevséget észlelhettem.

V. Dementia paralyticában szenvedett hulláján 1 óra 20 perczkor hullamerevség jelentkezett; 10—15 perczczel előbb még elég élénken mutatkoztak a felső végtagon a jelenségek, az alsókon már hamarabb kimaradtak.

VI. Szájcarcinoma miatt operált, scopolamin-morphium-injectióval és chloroformmal bódított egyén hulláján (exitus 20 óra mulva állott be a műtét után) a halál után 35 percz mulva kimaradt az 1., 100 percz mulva az alsó végtagokon az 5. és 6; 130 percz mulva a 4. követte őket a kimaradásban.

VII. Nephritisben szenvedett egyén hulláján az exitus után 20 percz mulva az 1. és 3. renyhe reactiót mutat, 70 percz mulva az alsó végtagok merevek, a jobb felső végtag nem teljesen merev, a bal felső végtag még petyhüdt, de izommechano-jelenségek sehol sem mutathatók ki.

VIII. Tetanusban elhalt női hullán a halál után 7 perczczel csupán a felső végtagokon észlelhetők az izommechano-jelenségek, az alsó végtagok már merevedni kezdtek. Exitus alkalmával 40 8 C. volt a hőmérsék.

IX. Typhusban szenvedett asszony hulláján 2 és $^1/_2$ óra alatt beállott a hullamerevedés, de 120 perczczel a halál után még a bal felső végtagon halványan kiválthatók voltak izommechano-jelenségek.

X. Kan-agyar hasitotta hasseb utáni peritonitisben elhalt gyermek (közepes fejlettségű, 5 éves czigányfiú) hulláján 60 percz mulva már sehol, 30 percz mulva még az alsó végtagokon a 4. kiváltható.

XI. Elmebajban szenvedett (nem bonczolt) egyén hulláján 45 percz mulva a felső végtagokon kimaradás, 60 percz mulva a jobb alsó végtagokon, 75 percz mulva a bal alsó vegtagokon is kimaradás észlelhető. 105 percz mulva a felső végtagok teljesen merevek, az alsók még nem.

XII. Pneumoniában elhalt, idiotismusban (havonta egyszer görcsös paroxysmusban) szenvedett 12 éves egyén hulláján 60 perczczel az exitus után mindenütt élénkek a reactiók kopogtató kalapácscsal. 90 percz mulva az alsó végtagokon renyhébbek, de kiválthatók a jelenségek, 120 percz mulva az alsó végtagokon csak erélyesebb kopogtatás után lehet nagyon halvány reactiókat észlelni, a felső végtagokon azonban még élénkek a reactiók.

140 percz mulva sem a triceps-, sem az infraspinatus-reflex már nem váltható ki.

200 percz mulva már az 1., 2., 3. nagyon renyhe, 220 percz mulva ezek is kezdenek kimaradni.

XIII. Pellagrás dementiában szenvedett hulláján, ki 24 órán keresztül erős tonusos görcsöket mutatott, 95 percz mulva állott be a jobb felső és az alsó végtagokon a hullamerevség, egy órán belül a halál után még kiválthatók voltak az izommechano-jelenségek.

XIV. Progressiv dementia paralyticában szenvedett elhalt hulláján 195 percz mulva állott be a felső végtagok, 210 percz mulva az alsó végtagok merevsége; 120 percz mulva tünt el a legkésőbben kiváltható izommechano-jelenség.

XV. Pellagrás dementiában szenvedett, a halál előtt másfél napig tartó status epilepticust mutató egyén hulláján 90 perczig még elég élénken lehetett kiváltani az izomjelenségeket, 200 percz mulva teljes hullamerevség állott be az összes végtagokban.

XVI. Dementia paralytica progressivában szenvedett, pneumoniában elhalt hullája 120 perczczel az exitus után mutatta az utolsó izommechano-jelenséget, 3 óra mulva teljes merevség állott be.

XVII Dementia paralytica progressivában szenvedett hulláján 190 percz mulva állott be hullamerevség, izommechano-jelenségek 95 perczczel az exitus után még kimutathatók.

XVIII. Senilis dementiában szenvedett hulláján 3 óra alatt állott be az alsó végtagokon, $3^1/_2$ óra alatt a felső végtagokon a hullamerevség. 130 perczig még nagyon halványan kimutathatók az izommechano-jelenségek.

XIX. Vonatelgázolás következtében azonnal elhalt öreg, közepes fejlettségű egyén hulláján a hideg hullaszobában vizsgálatkor még 2 óra mulva is lehetett ruhán keresztül kimutatni az izommechano-jelenségeket.

XX. Pyaemiában elhalt (42 éves, közepesen táplált) elmebeteg hulláján 30 perczczel az exitus után élénk reactiók a felső végtagokon, 50 percz mulva a bal felső végtag nem, a jobboldali interossealis tájak még mutatják az izommechano-jelenséget.

Az alsó végtagok a rendkívül bűzös phlegmone miatt nem voltak vizsgálhatók.

Gyengébb farádos áram az interossealis és az ajakizmokon összehúzódást nem vált ki, de a nagyon erősített árammal még 65 percz mulva is jól észrevehető összehúzódások láthatók.

További elfoglaltságom miatt nem vizsgálhattam ezen esetet.

XXI. Tuberculosisban elhalt, aránylag jól fejlett és táplált fiatal férfi hulláján 60 percz mulva a felső végtagokon, különösen az interossealis részeken még nagyon élénkek az izommechano-jelenségek, 90 percz mulva már csupán az interossealis tájak mutatnak reactiót, az infraspinatus reflex is már hiányzik, 100 percz mulva egyik izommechano-jelenség sem mutatkozik.

XXII. Meningitis purulentában elhalt hulláján 30 percz mulva a felső végtagokon kiváltható izommechano-jelenségek nagyon halványak voltak, 40 percz mulva a felső végtagokon kiváltható izommechano-jelenségek nagyon halványak, 40 percz mulva kimaradtak. 60 percz mulva az alsó végtagokon főleg a 4. még elég élénk volt.

$1^1/_2$ óra mulva izommechano-jelenség nem volt kiváltható.

XXIII. Carcinoma ventriculiban elhalt hulláján 60 percz mulva a felső végtagokon, az interossealis tájakat kivéve, hiányzanak a jelenségek, 120 percz mulva már ott sem mutatkoznak.

XXIV. Trombophlebitisben elhalt egyénen $1^1/_2$ óra mulva az alsó és 2 óra mulva a felső végtagokon maradtak ki az izommechano-jelenségek. De az exitus után 1 óra mulva az arczon izomösszehúzódásokat kopogtató kalapácscsal már nem lehetett előidézni.

XXV. Belső elvérzés következtében elhalt egyén hulláján 40 perczczel az exitus után a masseter már nem húzódik össze ingerlésre, 85 perczczel az exitus után az alsó végtagokon és 120 perczczel a felső végtagokon nem válthatók ki izommechano-jelenségek. (Hullamerevségnek semmi jele sincs).

XXVI. Tuberculosis pulmonum következtében elhalt elmebajoson (dementia praecox) a halál után 70 perczczel nagyon nehezen válthatók ki az izommechano-jelenségek, 60 perczczel még elég élénkek.

XXVII. Szintén tuberculosisban elhalt, dementia praecoxban szenvedő elmebetegen 95 percz mulva maradtak ki az izommechano-jelenségek.

XXVIII. Vitium cordis következtében elhalt hulláján 90 percz mulva maradtak ki a felső és 110 percz mulva az alsó végtagokon az izommechano-jelenségek.

XXIX Senilis dementiában elhalt, elgyöngült egyén hulláján $^1/_2$ óra mulva a jobb oldalon és 100 percz mulva a bal oldalon is kimaradtak az izommechano-jelenségek.

Ezekből látható, hogy hullákon körülbelül $1^1/_2$—2 óra alatt maradnak ki ezen izommechano-jelenségek, melyek néha a peripheriásabb, máskor a centralisabb részeken észlelhetők tovább. Az egyes izmok ingerlékenysége általában tovább tart, mint az izommechano-jelenségek kimaradása. Oedemák zavarólag hathatnak a jelenségek kiválthatására, a mennyiben kevésbé hozzáférhetővé teszik az izomrostokat a kopogtató kalapács számára.

Az izommechano-jelenségeknek esetleg forensikus nézőpontból felmerülhető értékét részemről abban látom, hogy még ruhán keresztül is, vagy bármilyen helyzetben vizsgálhatók. Hátrányuk azonban a hullamerevedés nagyon gyors beállta vagy talán az általános tápláltság s egyes betegségek által befolyásolhatóságuk. Mindenesetre nagyon sok hullának vizsgálása és élőkön tett sok kisérlet szükséges ahhoz, hogy e kérdésben valamelyes irányban tájékozódhassunk.

Összefoglalás.

1. A leírt izommechano-jelenségek minden esetben, a hol peripheriás hűdés nincsen, kiválthatók.

2. Chloroform-aetherrel bódított, novocain-cocainnal lumbalisan érzéstelenített, gyógyszerekkel alterált egyének, továbbá normalis állapotban levő és bármiféle betegségben szenvedők is mutatják e jelenségeket.

3. Bizonyos typusok szerint maradnak ki e jelenségek, még pedig vagy felülről lefelé, vagy alulról felfelé, vagy az egyik oldalon tűnnek el hamarább.

4. A hullamerevséget minden esetben megelőzik.

5. Az idiomuscularis pamat képződésével bizonyos arányban áll. Ugyanis ezzel egyformán lesz renyhébb ezen izommechano-jelenség kiválthatósága.

6. Az ín felé eső részek tovább maradnak ingerlékenyek ezen jelenségek kiváltásakor.

7. A lumbricalis és interossealis izmok működésének vizsgálatát a fent leírt módon lehetne végezni.

8. A leírt izommechano-jelenségek ugyanolyan jelenségek, mint az infraspinatus- és triceps-reflexek.

9. Olyan könnyen kiválthatók, hogy nem orvos is végezheti.

10. Kimaradásukból lehet valamennyire visszakövetkeztetni a halál idejére.

11. Ruhán keresztül is kiválthatók (ha könnyebb ruháról van szó).

Tudomásom* szerint ezen izommechano-jelenségeknek egy kis része még le sincs írva és ilyen irányban vizsgálódásokat senki sem végzett. Ezért forrásmunkát nélkülözve, saját belátásom szerint munkálkodtam és alkottam meg véleményemet. Nem mulaszthatom el, hogy e helyen is ne nyilvánítsak köszönetet *Schaffer* tanárnak nagybecsű véleményéért és *Kenyeres* tanárnak becses útmutalásaiért, úgyszintén *Demeter* tanársegéd önzetlen fáradozásáért, azonkívül minden collegámnak, a ki $1^1/_2$ éven át szíves volt munkámban segíteni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Gyógyszertan. Irta: *Vámossy Zoltán* dr., *Fenyvessy Béla* dr., *Mansfeld Géza* dr. Második kiadás. Budapest, 1912.

Az a körülmény, hogy egy pár év alatt második kiadást ért meg ez a könyv, mindennél jobban bizonyítja, hogy a szerzők valóban égető hiányt pótoltak, a mikor az új irányú gyógyszertani kutatások eredményeit felölelve, a gyakorlat igényeinek megfelelő gyógyszertant írtak.

Természetesen ez alatt a pár év alatt is sokat haladt a tudomány: sok olyan elmélet dőlt meg, a melyet akkor a búvárok általánosan, vagy legalább többen elfogadtak; sok új gyógyszer látott napvilágot, és sok régi gyógyszer hatását ismertük meg jobban. A szerzők is, mint az előszóban irják, alig várták a második kiadás idejének elérkeztét, hogy az elsőbe belecsúszott hibákat kijavítsák, a téves és megdőlt elméleteket kicseréljék. Igy pl. az I. kiadásban a középsók hashajtó hatását az abban az időben felállitott *Mac Callum*-féle elmélettel magyarázták, a melyet csakhamar a könyv megjelenése után megczáfoltak és a régi *Hay*-féle tétel igazát újból bebizonyították. A II. kiadás már az utóbbi elméletet ismerteti, s az előbbiről meg sem emlékezik. A curarinnak a gyomorból való hatástalanságát a II. kiadás már nemcsak azzal magyarázza, hogy a curarint a gyomorsav elbontja, hanem — elsősorban a *Claude Bernard*-féle kisérlet alapján — azzal, hogy a gyomorból lassan szivódik fel.

Az új kiadásban is találtam nehány téves adatot, de ezek már igazán olyan jelentéktelenek, hogy megemlítésre is alig érdemesek és a könyv becséből semmit sem vonnak le. Pl. a curarin nem azonos a methylstrychninnel; *Willstätter*-nek sikerült a cocain teljes synthesise; az aconitin okozta nehéz lélegzést sem a vagus átmetszése, sem atropin nem szünteti meg, a halál bekövetkezését sem odázza el.

* Mikor teljesen készen voltam munkámmal, október 31-én egyik psychiater collegám figyelmeztetett *Näcke*-nek ilyen irányú vizsgálataira. Az eredeti munkához nem juthatván, csak egy referatumból értesülhettem arról, hogy néhány eredménye hasonló volt az enyéimhez.

Azt hiszem, nem lesz érdektelen a magyar szerzők munkájának nehány újabban megjelent, hasonló terjedelmű külföldi gyógyszertannal való összehasonlítása.

Schmiedeberg a hasonló gyógyszertani és vegyi tulajdonságú gyógyszereket csoportokba egyesíti és ezeknek a csoportoknak tárgyalja a hatását, megemlékezve a csoportokba tartozó anyagok hatása közötti különbségekről is. Ez a beosztás tudományos szempontból kétségkívül a legjobb, de az orvosi gyakorlat szempontjából azzal a hátránynyal jár, hogy az ugyanazon szervre ható gyógyszerek különböző csoportokban, sokszor egymástól nagyon távol tárgyaltatnak; a legjobb példa erre a vizelethajtók, a melyeket *Schmiedeberg* öt különböző helyen tárgyal (coffein-csoport, digitalis-csoport, balzsamok csoportja, könnyen felszívódó sók csoportja, kéneső). *Poulson* a maga könyvében a *Schmiedeberg* beosztását követi.

Gottlieb és *Meyer* könyve, valamint a magyar szerzők műve, már számol a gyakorlat kivánalmaival, s feladva a tudományosabb felosztást, a gyógyszereket az orvoslásban használható hatásuk szerint csoportosítja s így egymás mellett és egymással összehasonlítva tárgyalja azokat, a melyek ugyanazon szervre hatnak, illetőleg ugyanazon tünet gyógyítására használhatók.

Ha már most az egyes gyógyszerek tárgyalását hasonlítjuk össze, akkor a következőket tapasztaljuk: *Schmiedeberg* a gyógyszerek hatását tisztán tudományos szempontból nézi, épp oly részletesen mondja el a gyakorlatilag lényegtelen, de tudományos szempontból érdekes hatást, mint a gyakorlatilag fontosat. A gyógyszereknek az orvoslásban való alkalmazásáról, a javalataikról csak vázlatosan ír.

Gottlieb és *Meyer* első sorban az orvoslásban használható hatással foglalkozik, de azért tisztán az elméleti érdekességű kérdéseket sem hanyagolja el. Nagyon részletesen emlékeznek meg a kisérletező eljárásokról; a gyógyszerek hatását mindenütt kisérletekből vezetik le s az elmondottak megvilágítására számos kisérleti görbét, táblát és ábrát közölnek.

A magyar szerzők a gyógyszerek hatását általában rövidebben mondják el, mint az előbbiek, csak a legfontosabb kisérleteket írják le, nagyon sok helyt megemlékeznek a megállapított tény közlésével, de nem említik azokat a kisérleteket, a melyekből következtették. Pl. írják, hogy a physostigmin az autonom idegvégződések ingerlékenységét fokozza, de nem ismertetik azokat az érdekes kisérleteket, a melyekkel a szerzők egyike (*Mansfeld*) ezt a tényt megállapította. A szerzők annyira szerények a saját tudományos érdemeik tárgyalásában, hogy pl. a *Mansfeld*-féle narcosiselméletnek is csak 3—4 sort szentelnek.

Ha ezek a könyv hibájául tekinthetők is, bőven kárpótolt ezért az, hogy a szerzők azt a teret, a melyet a gyógyszerek élettani hatásának túlságosan rövid tárgyalásával megtakarítottak, felhasználták a gyógyszeres orvoslás olyan részletes tárgyalására, a milyennel hasonló terjedelmű könyvekben nem találkozunk. Ezekben a részekben a gyógyszertani kisérletek alapján a legnagyobb szabatossággal állítják fel az egyes gyógyszerek alkalmazásának javalatait és ellenjavalatait és igen részletesen, a legapróbb fogásokra kiterjedően mondják el az alkalmazás módját.

A gyakorló orvos és orvostanhallgató igényének ez a könyv felel meg a legjobban, mert röviden és könnyen érthetően elmondja mindazt, a mi elméletileg lényeges, s másrészt teljesen kimerítően adja azt, a mi a gyakorlatban a legfontosabb: a gyógyszeres orvoslást, s végül a mérgezéseket is tartalmazza teljesen megfelelő terjedelemben.

Általában a szerzők nagyobb gondot fordítottak a könyvük nyelvezetére a második kiadásban mint az elsőben, bár most is túlságosan sok latin műkifejezést használnak, pl. „A zsírsorozat *halogensubstitutiós productumai* mint *anaesthe-ticumok*, a mennyiben *physicalis* állapotuk az idegsejtekbe való behatolásukat megengedi.“ Egyébiránt nagyon világos, kellemes stylusuk van, úgy hogy bátran ajánlhatom művöket mint élvezetes olvasmányt is. *Issekutz Béla* dr.

Új könyvek:

J. W. Th. Lichtenbelt: Die Ursachen des chronischen Magengeschwürs. Jena, G. Fischer. 3 m. — *Mann*: Atlas zur Klinik der Killianschen Tracheo-Bronchoskopie. Würzburg, C. Kabitzsch. 22 m. — *F. Kanngiesser*: Intoxikations-Psychosen. Jena. G. Fischer 0.75 m. — *O. Bumke*: Ueber nervöse Entartung. Berlin, J. Springer. 5·60 m. — *G. Flatau*: Sexuelle Neurasthenie. Berlin, Fischers mediz. Buchhandlung. 4·50 m. — *A. H. Tubby*: Deformities, including diseases of the bones and joints. Text book of orthopaedic surgery. Second edition. London, Macmillan and co. 45 sh. — *L. N. Denslow*: A surgical treatment of locomotor ataxia. London, Baillière, Tindall and Cox. 3·6 sh. — *John Don* and *John Chisholm*: Modern methods of water purification. London, E. Arnold. — *J. B. Berkart*: On bronchial asthma, its pathology and treatment. 3. edition. London, H. Frowde. 5 sh.

Lapszemle.

Biologia.

A szervezetből leválasztott szövetrészek túléléséről mind meglepőbb észleleteket közölnek; a leválasztott részek nemcsak tovább élhetnek bizonyos ideig, hanem ha embryonalis szervezetből vétettek, tovább is fejlődhetnek, nőhetnek és differenciálódhatnak is. Legalkalmasabbak az ilyen kisérletekre a békalárvák, mivel a fejlődő béka sejtjei magukban hordják a táplálkozásukhoz szükséges anyagot szikszemcsék alakjában. *Harrison* amerikai biologus volt az első, a ki a békalárva testéből kimetszett szövetdarabokat tárgyüvegen hetekig életben tudta tartani, sőt tovább tudta fejleszteni: az izomképző sejtek izomrostokká nyúltak meg s végül, a fejlődés bizonyos fokán, az összehúzódás tüneteit kezdték mutatni, a nyúlványtalan neuroblastokból idegrostok nőttek ki, stb. E kisérletekben fődolog, hogy a szövetrészek kivétele lehetőleg asepsises módon történjék, továbbá, hogy a kivett szövetrészek oly közegbe kerüljenek, a mely közel áll a természetes viszonyokhoz s e mellett tápláló talajul is szolgál a fejlődő sejteknek. *Harrison* e czélra a felnőtt béka nyiroktömlőjéből vett lymphát használta, mely megalvadva, rögzítette is a tárgyüvegre tett s fedőlemezzel lefedett szövetdarabot.

Braus dr., az anatomia rendkívüli tanára Heidelbergben, *Harrison* kisérleteit megismételte s különösen a békalárva szívével kisérletezett; észleleteiről a bécsi orvosegylet február 9.-i ülésén számolt be, vetített képek és mozgófényképek kiséretében tartott előadásban. 6 mm. hosszú békalárva kivágott szíve kellő feltételek mellett, békanyirokból álló függő cseppben még a 10. napon is ver s e 10 nap alatt szemmel láthatólag tovább fejlődik: növekszik és az alakját változtatja, sőt a mozgásainak megszüntét követő napokon is a további növekedése állapítható még meg. *Braus* megerősítette *Harrison* azon észleletét, hogy a gerinczvelő egy kivágott darabkájában a neuroblastokból az idegrostok az észlelő szeme láttára kinőnek; ezzel *His* kinövési elmélete legfényesebb megerősítését nyeri, míg az úgynevezett lánczolatelmélet, mely az idegrostok keletkezését sejtsorok hosszanti egybeolvadásából magyarázza, alaptalannak bizonyul.

Belorvostan.

A gastrogen hasmenésről pylorus-szűkület eseteiben ír *Boas*. A hasmenés ezen alakja még nagyon kevéssé ismert. Jellemző reá, hogy a pylorus-szűkület tünetei teljesen a háttérbe szorulnak: a betegek egyáltalában nem panaszkodnak gyomorzavarokról, úgy hogy az orvos figyelme úgyszólván kizárólagosan csak a bélre irányul. De ha nem is történik meg ez, a külső vizsgálat alig árulja el a pylorus-szűkület jelenlétét: nem találunk rendellenes loccsanást, helyzetváltoztatáskor nincs succussio, a gyomor nem mutatkozik megnagyobbodottnak stb. E mellett a béltünetek látszólag elsődleges bélbajra utalnak. Előtérben állanak a fájdalmas, rendkívül bűzös szelek távozásával járó puffadások, a gyakori székürítés. Magán a hason nagyon lényegtelen az objectiv lelet: helybeli vagy általános érzékenység nyomásra nincsen, mérsékelt meteorismus áll fenn, hallgatózáskor korgással kapcsolatos zörejek. A székletét szabad szemmel alig mutat említésre érdemeset; nyálka nincsen

benne, vagy pedig csak jelentéktelen mennyiségben található; a reactio rendszerint erősen savi. Fontos azonban a mikroskopi vizsgálat eredménye, mert rendesen találunk sarcinát. A baj genesise röviden úgy értelmezhető, hogy a pylorusszűkület miatt keletkező, főleg gázalakú bomlástermékek okozzák a bélzavart. A gyógyításban tehát a főszerepet a pylorusszűkület ellen irányuló eljárásnak kell vinnie (gyomorbeli pangást megelőző diaeta, esetleg gyomormosás). Igénybe veszszük továbbá a salicylkészítményeket, a melyeknek a szerző szerint legnagyobb az antifermentativ hatása; főleg a magnesium salicylicum ajánlható, naponként 2—3 gramm mennyiségben, esetleg magnesia ustával kapcsolatban. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 8. sz.)

Hereditásos heveny paroxysmusos oedema halálos esetét ismerteti *Habitz*. A 20 éves matróznak már előzőleg is voltak a fej és nyak megduzzadásával és nyelés-zavarokkal járó rohamai, a melyek néhány nap alatt elmultak. Utolsó, halállal végződött rohama két napig tartott és a hajón munka közben lepte meg. Arcza megduzzadt, cyanosisos lett; láza, fájdalmai nem voltak. Az arczon főleg a szemhéjak voltak vizenyősek; oedemás volt a nyak, a nyelv, a lágy szájpadlás; a gégebemenet annyira duzzadt, hogy teljesen elzáródott. A katheterrel eltávolított vizeletben fehérje nem volt. A bonczoláskor a már az élőben megállapított vizenyőn kívül tüdővizenyőt és a belső szervek erős bővérűségét találták; álhártya, fekély vagy vérzés sehol sem volt; a szív normalisnak bizonyult. A mi a családi adatokat illeti, a betegnek egy bátyja is szenved hasonló rohamokban, atyjának és nagyatyjának rohamokban jelentkező gyomortünetei voltak, az előbbinek azonkívül oedemái az arczon és a végtagokon; mindketten hirtelen haltak meg gégevizenyő tünetei között. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 48. szám.)

A saccharose megkülönböztetésére dextrosetól, pentosetól, laevulosetól, lactosetól, maltosetól és invertczukortól új módszert ajáni *L. K. Hirschberg*. A vizsgálandó folyadékot, ha steril, egyenlő mennyiségű $^1/_{10}$ normal natronlúggal elegyítve, 24 óra a tenyésztő szekrénybe teszszük; ha nem steril, avagy ha gyorsan kell elvégezni a vizsgálatot, az elegyet 45 perczig főzzük. Minthogy ezen eljárásra a dextrose, pentose, laevulose stb. teljesen felbomlik, a saccharose ellenben megmarad az eredeti állapotában: az utólagos polarisatióval megállapítható, vajjon saccharose-e az illető anyag. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 9. szám.)

Sebészet.

A peritonitis biologiai kezelésével foglalkozik *Franz Kuhn*. Ha a hashártyagyuladás korai műtétje még jobban elterjed, akkor is lesznek olyan esetek, melyek a fertőzés súlyos volta, vagy a mechanikai körülmények, vagy pedig az egyén fogékonysága miatt kezdettől fogva a súlyosabbakhoz sorolandók. A therapiában vagy kóroktani vagy symptomás alapra kell helyezkednünk. A gyógyítás symptomás módja az, mely újabban lényegesen módosult. Az úgynevezett heroikus eljárások mindinkább mellőztetnek. A klinikusok törekvése arra irányul, hogy a kezelés mindinkább physiologiássá váljék, hogy a hashártya természetes functiói a gyógyítás czéljaira kihasználtassanak vagy legalább ne zavartassanak. A klinikusnak a következő kérdésekre kell megfelelnie: 1. Melyek azok az utak, a melyeket maga a szervezet választ a hashártyagyuladás gyógyítása végett? 2. Mely gyógyszerek váltak be a hashártyagyuladás elleni küzdelemben? 3. Mik a további kivánalmak, nevezetesen *a*) mely ártalmakat kell mindenekelőtt leküzdenünk? *b*) mely élettani folyamatokat kell leginkább támogatnunk?

A hashártya éppen úgy viselkedik a gyuladás alkalmával, mint valamely seb. Először resorptio által igyekszik eltávolítani azokat az anyagokat, melyek ott feleslegesek, sőt ártalmasak. Mihelyt azonban a szervezet vagy a bacteriumok nagyfokú virulentiája, vagy a kártékony productum consistentiája miatt képtelen a további resorptióra, akkor a secretio következik, melynek segélyével úrrá lenni igyekszik az ellenség felett. Therapiás beavatkozásunkat ezekre kell alapítanunk: először a resorptiót s azután a secretiót elősegíteni.

Háromféle eljárásunk van, mely gyakorlatilag is fontos a peritonitis kezelése alkalmával: a hasüreg átöblítése, a drainage és az infusio. Az első segélyével a peritonitis következtében a hasüregben felgyülemlett secretumokat és excretumokat távolítjuk el. Hátránya, hogy gyakran a még nem inficiált hashártyát is fertőzzük s ezáltal a szervezet védekező képességét gyengítjük. De még egy fontos kérdés, hogy mit érünk el a hasüreg egyszeri átöblítésével a folyton felgyülemlő káros anyagokkal szemben. A hasüreg jó drainezése szintén bizonyos nehézségekkel jár. A belek gyors összetapadása sok sebészt eltérített a drainezéstől. Minden kétséget kizárólag a harmadik eljárás, az infusio, akár subcutan, akár intravenásan hatalmas segítő tényező a peritonitis elleni küzdelemben. A gyötrő, kínzó szomjuság érzését csillapítja, a hideg verejtékkel fedett bőr ismét visszanyeri régi tonusát, a szív működését úgyszólván feléleszti.

A peritonitis kezelésében a toxinok képződésére is kell figyelmünket irányítanunk. Jelenleg nincs oly szerünk, melylyel azok felszívódását megakadályozhatnók. Ezért a szerző a gyógyító eljárások új módját kezdeményezi, a midőn a „csírok eltérítése“ segítségével igyekszik ezen kérdést megoldani. Egyrészről, hogy ezt elérje, másrészről pedig, hogy a hasüreg öblítését úgy fejleszsze és fokozza, hogy az mintegy automatice történjék, az öblítő folyadékot úgy készíti, hogy NaCl-ból 0·9, szőllőczukorból 4·1, vízből 100·0 grammot vesz. A czukor ezen oldata a belek közé jutva, azok összetapadását megakadályozza, de ezenkívül a czukoroldat molekulái osmosist indítanak meg, miáltal a belek izolálása active is — a nedveknek a bél felől a czukoroldat felé való áramlása által — fentartatik. A czukor ezenkívül a bacteriumok vegetativ fejlődését, biologiai tulajdonságait is megváltoztatja. A táptalaj átalakulása folytán sok bacterium a szervezetben tönkremegy. Eltéríti a czukor a bacteriumokat a proteolysises enzymképződéstől. Mindezeken kívül a czukornak antitestek képződését előidéző tulajdonsága is van, a mi mellett a konyhasóinfusio hatását is jelentékenyen emeli. (Münch. med. W., 1911, 38. szám.) *Ifj. Háhn Dezső* dr.

Bőrkórtan.

Eucalyptus-olaj belső szedésétől keletkezett exanthemát ir le *Oppenheim* (Wien). Már régóta ismeretes, hogy a fájdalmak (rheuma, neuralgia) ellenében külsőleg alkalmazott eucalyptus-olaj hevenyés dermatitist okozhat. Az is tudva van, hogy az eucalyptus-növénynek érintésére, illetőleg annak a lakószobában való tartására viszkető erythemás, papulás és urticariaszerű kiütések támadhatnak (*Galewsky*). De a szernek belső szedése is okozhat bőrbajt, így néhány év előtt *Vörner* írt le egy esetet, a melyben minden eucalyptus-olaj-kúrára urticariás roham állott be.

A szerző esete 36 éves férfira vonatkozik, a kinek a kiütése eucalyptus-olajat tartalmazó czukorkáktól keletkezett. A kiütés csakis a két kézen és lábon fejlődött, a test többi része szabad volt. *Oppenheim* esetében az exanthema kölesnyi, borsónyi, az élénk pirostól a barnás-vörösig váltakozó színű, éles határú foltokból és csomócskákból állott. Ezek az elemek főként az ujjvégeken összefolytak és 12 napnál is tovább állottak fönn. A diagnosis szempontjából az erythema papulatum toxicumon kívül elsősorban az erythema exsudativum multiforme és a cheiropompholyx jött szóba. A toxikus kiütés klinikailag leginkább a kopaiva-balzsam okozta erythemához hasonlított. A szerző esetében az eucalyptusczukorkák, a melyek csak kis adagját tartalmazzák az olajnak, bizonyára azért okozták a kiütést, mert a beteg egy nap alatt vagy 20 darabot szedett belőlük. (Dermatologische Wochenschrift, 54 k., 8. sz., 1912.) *Guszman*.

Húgyszervi betegségek.

A prostatectomia suprapubica technikájáról és a két, esetleg több időben végzett műtét eredményeiről ír *Cholzow* szt.-pétervári kórházi főorvos. A hólyagon keresztül végzett prostatakiirtás mindenesetre igen súlyos műtét, melyet veszélytelennek legfeljebb azon betegekre nézve mondhatjuk, kik jól táplálkoznak s kiknek húgyszervei egyébként jó állapotban vannak. De ha ezt a műtétet két, esetleg három időben végezzük, úgy ezzel az operatio veszélyességének esélyei annyira csökkennek, hogy ezt a beavatkozást még a nagyon öreg és kedvezőtlen közérzésű, illetőleg a húgyszervek — inclusive a vesék — kedvezőtlen állapotában sinylődő betegek is aránylag elég könnyen elviselik. Igy tehát a két-, esetleg háromüléses műtétet kell prostatectomia suprapubica esetén a normalis eljárásnak tekintenünk. A hólyag megnyitása és a prostata kiirtása között, a szerint, hogy milyen erőben van a beteg, 3 hét, sőt 3 hónap is telhetik el. Kétségtelen, hogy ilyen módosításban a prostatectomia suprapubica nemcsak veszélytelenebb, de az általa elért kedvezőbb functionalis eredmények alapján feltétlenül előnyösebb beavatkozás is, mint a perinealis műtét.

A prostatectomia functionalis eredménye nemcsak attól függ, hogy miképp sikerült a vizeletlefolyás mechanikai akadályát elhárítanunk, hanem attól is, hogy a hólyagizomzat milyen állapotban került ki a műtét alul. Ha a hólyag megtartotta a rendes összehúzódó képességét, illetőleg ha az utóbbi csak lényegtelenül csökkent, akkor az eredményt teljesnek, ellenkező esetben pedig elégtelennek, sőt a mennyiben a hólyagizomzaton kifejezett degeneratios elváltozások állanak fenn, akkor az eredményt negativnak fogjuk mondani. Ezen feltételt mindenkor szem előtt kell tartani; a műtét folyamán tehát a hólyagizomnak, hogy ismét magához térhessen, minél nagyobb pihenőt kell adnunk; a kétüléses műtét ennek a követelésnek is teljesen megfelel.

Kivételes esetben a prostatectomia suprapubica után negativ functionalis eredményt kaphatunk azért, mert a hólyagnyak azon pontján, a hol a prostatát kimetszettük, ferde irányú heg marad vissza, mely lehetetlenné teszi a vizelet lefolyását. Nincs módunk arra, hogy a hegképződést a helyes irányban befolyásoljuk; de ha már ilyen balsikerrel járt a műtét, akkor — a mint az a szerző egyik esetében történt — az akadályt újabb műtéttel elháríthatjuk.

A mi már most a prostatectomia suprapubica technikáját illeti: ezt a műtétet — éppen a veszélytelenség czéljából — csak helybeli avagy cerebrospinalis érzéstelenítéssel szabad végezni. Czélszerűbb, ha a hólyagot a megnyitása előtt levegővel, nem pedig folyadékkal töltjük meg; a prostata kiirtása után pedig ajánlatosabb, ha a drainezés helyett a hólyagot tamponáljuk. Ez utóbbi, valamint a hólyagnak levegővel megtöltése által ugyanis a medenczekötőszövet fertőzésének esélyeit lényegesen csökkentjük. E mellett a hólyagtamponálás a legmegbízhatóbb vérzéscsillapító eljárás is. (Folia urologica, VI. kötet, 7. sz).

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A fenyegető coma diabeticum kezelésének lényege *Blum* szerint a következő: fehérje- és zsírdús táplálék kerülése; naponként 1—2 liter tej, 120—150 gramm glykose in refracta dosi, alkohol nagyobb mennyiségben, 2 óránként natrium bicarbonicum a vizelet reactiójának alkálissá válásáig. Ha a beteg a szájon át adott natrium bicarbonicumot nem tűri, intravenásan adjuk ezt a szert 3—4%-os oldatban; az injectio csak bőséges diuresis megindulása után ismétlendő meg, egyidejűleg stimulansok adandók. (Progrès mèd., 1911, 44. sz.)

Fagyásdaganat ellen *Unna* szappan-collodiumot ajánl: Rp. Collodii 20·0, Sapon. virid. 4·0. A hártyácskát reggelenként mosással távolítjuk el. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, 40. szám.)

Az orbánczot *Thoden van Velzen* a következő módon kezeli s állítólag egy esete sem végződött halálosan. Könnyű esetekben a következő szerrel ecsetelteti be óránként a kóros területet: Rp. Acid. carbolici liqu. 1·0, Olei terebinth. 30·0. Súlyos, a testnek több mint a felét elfoglaló orbáncz ellen sublimat-, vagy még helyesebben absolut alkohol-borogatást használ. Alkohollal bőven átitatott vattakompresszeket tesz a beteg helyekre és ezeket cambric-pólyákkal rögzíti. E borogatások naponként kétszer vagy többször is adandók. Belsőleg kámfort ad, azonkívül naponként kétszer 1 gramm collargolt fecskendez a végbélbe. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 6. szám.)

Az extractum filicis maris rendelésekor *Drenkhahn* szerint arra kell ügyelni, hogy a gyomorban és a bélben ne legyenek alkáliák és zsírok, mert a nevezett szernek mérgező alkotórésze ezekben oldódik s azért nagyobb mennyiségben szívódnék fel. A kúra előtt két nappal tehát már ne kapjon a beteg zsírt a táplálékában. A kúra reggelén czukrozott fekete kávét (mint a mely sósavtermelésre izgatja a gyomrot) és kenyeret egyék, utána egy órával pedig kezdje meg a filix mas szedését capsulákban, czitromos víz kiséretében. Ha magától nem áll be székürülés, legjobb calomelt adni; a ricinus-olaj (zsír!) vagy pulvis aërophorus laxans (alkáli!) okvetlenül kerülendő. A kúra után néhány napig még mellőzzük a zsírokat és alkálikat. (Münchener med. Wochenschrift, 1911, 38. szám.)

Aranyeres bántalmak ellen *Rendelstein* jó eredménynyel használta a tanargentant, a melyben acidum tannicum és argentum van chemiailag fehérjéhez kötve. A tanargentan-suppositoriumok, a melyek ilyenkor leginkább használhatók, készen kaphatók. A 12 kúpot tartalmazó doboz ára 2 kor.

A fehérjevizelés és a vizelet kémhatása között fennálló összefüggésre hívja fel újból a figyelmet *Hösslin*. Szerinte nephritis sok esetében a vizelet aciditásának csökkenésével a fehérjevizelés is csökken, sőt megszűnik, az aciditás fokozódásával pedig a fehérjevizelés is fokozódik. Nephritis eseteiben tehát iparkodnunk kell a vizelet aciditását csökkenteni, a mely czélból a szerző natrium bicarbonicumot ad 2 grammtól 8 grammig fokozódó adagban többször naponként. (Deutsches Archivfür klinische Medizin, 105. k., 1. és 2. f.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1912, 1. füzet. *Vas Bernát*: A kreatinin és a kreatin kiválasztásáról kóros viszonyok között. *Demeter György:* Rendellenességek a végtagcsontok fejlődésében születés után és azok jelentősége.

Gyógyászat, 1912, 10. szám. *Kovács Bertalan:* Exsudativ diathesis. *Brenner József:* Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1912, 11. szám. *Székely Ferencz*: Kopasz fejbőr hajjal való ellátása.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 11. szám. *Hainiss Géza:* A gyermekkori syphilis. *Gerlóczy Zsigmond:* Febris miliaris. *Rejtő Sándor*: A labyrinthus-vizsgálat újabb módja. „Szemészeti lapok" melléklet, 1. szám. *Goldzieher Vilmos:* Közlemények a gyakorlati szemészet köréből. *Keppich József*: Retrobulbaris daganat eltávolítása *Krönlein-Franke*-műtéttel.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Nagy Lajos* dr., szobi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezték ki.

A budapesti egyetem orvosi karán megválasztattak: az I. sz. nőklinikához: *Wenczel Tivadar* dr. 1. tanársegédnek, *Avarffy Elek* dr. poliklinikai tanársegédnek, *Horváth Mihály* dr. 2. tanársegédnek (valamennyi meghosszabbítás); a II. sz. nőklinikához: *Mansfeld Ottó* dr. 1. tanársegédnek, *Berecz János* dr. poliklinikai tanársegédnek, *Fekete Sándor* dr. 2. tanársegédnek; az I. sz. belklinikához: *Góschy Ferencz* dr. díjas gyakornoknak; a bőrklinikához: *Egner Béla* dr. díjas gyakornoknak, *Varga János* dr. gyakornoknak; a szájklinikához: *Székely Gábor, Szigeti Mihály, Barta Miksa* dr.-ok gyakornoknak; a fülészeti tanszékhez: *Szatmári Sándor* dr. díjas gyakornoknak. — Az orvoskari tanártestület a *Muraközi Rózsai*-féle utaztató ösztöndíjat *Fuchs Dénes* dr.-nak itélte oda. — A napilapok ama híre, hogy a budapesti egyetem egyik fogászati magántanára rendkívüli tanári állásra van előterjesztve, értesülésünk szerint téves.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat márczius 27.-én délután 6 órakor tartja évi közgyülését a budapesti kir. orvosegyletben (VIII., Szentkirályi-utcza 21) a következő tárgysorozattal: 1. Elnöki megnyitó. 2. Az igazgató-tanács jelentése a társulat működéséről. 3. A pénztárvizsgálóbizottság jelentése. 4. Tisztújítás. 5. Az igazgató-tanács egy harmadának választása. (Kilépő tagok: budapestiek: *Hegedüs János, báró Korányi Sándor, Navratil Imre, Réczey Imre;* vidékiek: *Kenézy Gyula, Konrád Márk, Petz Lajos, Szabó Dénes.*) 6. Öttagú pénztárvizsgálóbizottság választása. Azon tagok, a kik az ülésen nem jelenhetnek meg, szavazatukat irásban is beküldhetik a titkársághoz (IX., Knezits-utcza 15).

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum februárban 103 esetben nyujtott segitséget; a műtétek száma 94 volt

Meghalt. *A. Negri*, a bakteriologia rendkivüli tanára a paviai egyetemen, a nevével jelölt testecskék felfedezője, a melyeket veszettség esetén az agyvelőben lehet találni. — *A. Schütze* dr., a berlini Virchow-kórház bakteriologiai osztályának vezetője. Az elhunyt, a ki csak 38 évet ért el, mint a német Vörös-kereszt-egylet kiküldöttje a tripolisi harcztéren tartózkodott, hol typhusfertőzés áldozata lett. — Hivatásának áldozataként halt meg, hullaméreggel történt fertőzés következtében, *H. Hahn* dr. magántanár, a müncheni anatomiai intézet prosectora is.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A salvarsan hatása a lépfenére* Nemrégiben megemlékeztünk egy közlésről, a mely salvarsan használatára meggyógyult lépfene-esetről szólt. Hasonló két esetet közöl újabban *Bettmann* (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 8 szám) s vele együtt *Laubenheimer* is ismerteti lépfenével fertőzött állatokon salvarsannal végzett kisérleteit, a melyek — éppen úgy mint *Schuster* hasonló vizsgálatai (München mediz. Wochenschrift, 1912, 7. szám) — biztató eredményt adtak. — *Golyvák gyógyitására Mc Carrison* golyvás betegek bélsarából kitenésztett bacteriumok beoltását kisérelte meg, állitólag jó eredménynyel; régebben fennálló, már elfajult golyvák nem voltak befolyásolhatók ezzel a módszerrel. (The Lancet, 1912. febr. 10.) — *Az emberi és a marhagümőkórra* vonatkozó vizsgálódásairól számolt be *Orth* tanár a berlini tudományos akademia egyik utóbbi ülésén. Kimutatta, hogy a marha-gümőbacillus által emberen okozott megbetegedések száma oly nagy, hogy az emberi pathologia és hygiene szempontjából is okvetlenül szükséges a marhagümőkór elleni küzdés. — *A málnanyelv Wladimiroff* szerint kanyaró esetében éppen olyan typusos alakban lehet jelen, mint vörhenyben, de csak súlyos esetekben. (Archiv für Kinderheilkunde, 57. kötet, 1—3. füzet.) — *Vörheny utáni coma uraemicum* egy súlyos esetében, a melyben a többi között 200 cm³ vérkibocsátás és ismételt konyhasó-befecskendezés hatástalan volt, *Allaria* gyógyulást látott bekövetkezni lumbalis punctio után. (Gazz. degli Ospedali, 1911, 122. szám.) — *A serummal való gyógyitáskor* az anaphylaxiával mindig számolni kell, mert néha nagyon súlyos tüneteket okoz, sőt már halálos esetet is közöltek Az anaphy- a megelőzésére czélszerű volna, ha különböző állatokból eredő serumok állanának rendelkezésre, eddig azonban csak lovakból sikerült erős hatású serumot kapni nagy mennyiségben. Ujabban a höchsti gyár már marhákból is elég hatásos diphtheria-serumot állit elő, a mely köbcentiméterenként 150 egységet tartalmaz, úgy hogy immunizálás czéljára már használható.

Személyi hirek külföldről. A varsói egyetemen *W. Wischnewsky* dr.-t a sebészet s *R. Orlow* dr.-t a szemészet rendes tanárává nevezték ki. — *G. Mazza* dr.-t, a bőrkórtan rendkivüli tanárát Modenában a pisai egyetemre helyezték át — *K. Schlayer*, a belorvostan magántanára a tübingeni egyetemen, rendkivüli tanári czimet nyert.

Az elmebajosok és gonosztevők sterilisatiójáról Amerikában. Míg mi ideát a vén Európában szó nélkül viseljük el azt a nagy terhet, a mit az a körülmény ró az államra és a társadalomra, hogy a különböző módon degenerált egyének, az elmebajosok, hülyék, iszákosak, nyomorékok, született gonosztevők stb. korlátlanul szaporíthatják a fajukat s termelhetik a magukhoz hasonló elfajult, terhelt egyéneket, a kik azután a társadalom terhére esnek, odaát a nagy vizen túl egyes államok már hathatós praeventiv intézkedésekkel védekeznek ez ellen a nyüg ellen. Connecticut államban már 1895 óta törvény tiltja a gyöngeelméjűek és epileptikusak házasságra lépését, ha a nő nem töltötte még be 45. évét, s három évig terjedő börtönnel sujtja az ez ellen vétőket. Hasonló, csak még valamivel szigorúbb s a nemi betegségekre is kiterjedő törvény áll fenn Michigan államban s még négy más államában az Uniónak; a házassági tilalom egyikben-másikban az iszákosokra is kiterjed. De még sokkal gyökeresebben jár el Kalifornia és Indiana állam; az előbbiben kiherélik a gonosztevőket és gyöngeelméjűeket, az utóbbiban sterilizálják őket törvény alapján. Indianában a sterilisatiós törvényt 1907-ben fogadták el, *H. O. Sharp* dr., a jeffersonvillei fogház orvosának a kezdeményezésére. *Sharp* dr. 1899-ben végezte az első ondózsinór-resectiót s 1907-ig az esetei 456-ra szaporodtak fel; a műtétet annyira egyszerűsitette, hogy most már ambulatorice végzi. Az átvágott ondóvezeték felső csonkját leköti, az alsót nyitva hagyja s a bőralatti kötőszövetbe sülyeszti. Halálesete egy sem volt, de a műtéttől káros következményeket se látott; az egyénnek se testi, se lelki állapotában változás nem áll be, a nemi ösztön csak kissé csökken, de nem szűnik meg. Az 1907-ben törvényerőre emelkedett rendelet a következőképpen szól: „Minthogy a gyöngeelméjűség, hülyeség és kriminalitás keletkezésében az átöröklés nagy szerepet visz, Indiana állama a következőket határozza el. Minden oly állami intézetben, a melyben bűntettesek, gyöngeelméjűek és hülyék tartatnak, két sebészorvos alkalmaztassék. Ezek, az igazgatóval s az intézet orvosaival folytatott tanácskozás alapján az olyan foglyokon vagy intézeti ápoltakon, a kiknek a szaporodása az állam és társadalom szempontjából nem látszik kivánatosnak, kötelesek oly műtétet végezni, mely legbiztosabban vezet ahhoz a czélhoz, hogy az illető egyén szaporodása lehetetlenné tétessék". E törvény életbe lépése óta, vagyis 1907-től 1911 julius végéig 875 egyént sterilizáltak, 873 férfit és 2 nőt, utóbbiakat a petevezeték resectiója útján. Indiana állam e törvényét legutóbb átvette Connecticut állam is s Oregon, Illinois és Visconsin államok törvényhozása most tárgyalja a hasonló törvényjavaslatot.

Az Amerikában megindult mozgalom hullámai átcsaptak Európába is. Nálunk is egész iskola van már, élén *Forel*-lal és *P. Näcke* és *O. Juliusberger* ismert elmeorvosokkal, a kik szintén ilyen irányú törvényes intézkedéseket sürgetnek. Valóban vannak esetek, a melyek szinte kiabálnak az ilyen törvény után; ilyenek pl. a sexualis téren visszaesően vétkezők, a nemi erőszakot elkövető csavargók, a gyermekekkel fajtalankodók stb., a kik, alig hogy kiállták a büntetésüket, legyőzhetetlen beteges hajlamuk folytán megint csak összeütközésbe kerülnek a törvénynyel; míg ha kiherélik őket, mint azt pl. az *E. Oberholzer* svájczi orvostól leirt több eset mutatja, teljesen megnyugodnak s a társadalom hasznavehető vagy legalább is ártalmatlan tagjai lesznek. Mindenesetre kár volna, ha az állam vezető körei, a kiknek a kezébe van letéve a törvénykezés javitása és fejlesztése, a limine elzárkóznának az Amerikából jövő áramlat elől, a melyben kétségtelenül van valamelyes egészséges csira.

Mai számunkhoz a *Richter Gedeon* czég „**Jodlecithin**" és „**Bromlecithin**" czimű prospectusa van mellékelve.

„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.** — Kivánatra prospektus.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.** **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet **Budapest, VII., Hungária-út 9.** (István-út sarok.) **Telefon 81—01.** Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézetét **Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.**

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd. **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában **gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek** részére. **Diät. és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.**

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. **VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.**

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium. Ujonnan átalakitva. Prospectus.**

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

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré (Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos. **Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (III. és IV. rendes tudományos ülés 1912 január 27.-én és február 3.-án.) 206. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (VI. ülés 1911 május 23.-án) 210. l. — Budapesti Orvosi Kör (II. havi ülés 1912 febr. 5.-én) 212. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1912 febr. 17.-én és márczius 2.-án tartott IV. és V. szakülés) 212 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 213. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1912 január 27.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Antisepticum nélkül gyógyított gonorrhoea-esetek.

Picker Rezső: Azon tapasztalatából kiindulva, hogy sikerült csakis massage-kezeléssel egy régi, az ondóhólyagokban székelő postgonorrhoeás streptococcus-fertőzést meggyógyítani és evvel együtt a sok évig fennálló, bacteriumot bőven tartalmazó reggeli váladékot eltüntetni, gonorrhoeás fertőzés több esetében részben minimalis felületi gyógyszereléssel, részben minden antisepticum nélkül, a beteg retentiós góczok ürítésével, teljes gyógyulást tudott elérni.

I. esetében igen régi fertőzés bő folyással járt recidivája 1—2 kaliumhypermangános öblítésre megszűnvén, reggel sem mutatkozott váladék, csak a tiszta vizelet foszlányaiban maradtak kimutathatók a gonococcusok mindaddig, míg az ondóhólyag massageváladékából el nem tűntek. A kezelés tartama 2 hó, az ellenőrzésé 3 hét.

II. esete azért érdekes, mert klinice teljesen latens gonococcus-gazdáról van szó, kinek acut fertőzése 10 év előtt történhetett. Itt a folyással járt recidiva csak 4 heti erős massage-kezelésre állott elő, ezen idő alatt minden antisepticum mellőztetett. Az esetet nem észlelte végig.

A III. és IV. eset a gonorrhoea öngyógyulásának olyan szakában került észlelés alá, hogy antisepticumra egyáltalában nem volt szükség; mindkettő igen rövid idő alatt gyógyult (az egyik 3, a másik 8 massagera). 6 heti ellenőrzés.

Az V. esetben a beteg gonorrhoeájának negyedik hetében lázas lett (spermatocystitis), rázóhideggel és ileocoecalis fájdalmakkal ágyba került. A fecskendezés szünetelt; peritonealis tünetek és állandó láz mellett 4 napos bélobstructio. Az első bő székürüléssel együtt a húgycsövön át sűrű geny ürült, 2 nappal később másodszor is (gonococcus kimutatva). Ezután is volt még néhány napon át mérsékelt torpid folyás, mely magától elmaradt és a beteg, mint a 6 heti gondos ellenőrzés mutatta, az automassage útján szabadult meg teljesen bajától. Ez a természetes öngyógyulás kedvező esetének a mintaképe.

A VI. esetben egy legalább 4 éves baj ismételt recidivája ellen kezelte a beteget, kinek, midőn kezelésébe lépett, éppen múlófélben volt a folyása. 8 napi erős massage után állott elő egy igen enyhe folyás-recidiva igen bő gonococcus-lelettel; a tiszta éjjeli vizeletben azonban csak foszlányok úsztak. Folyás a 3 hónapig tartott erős massage-kezelés alatt nem mutatkozott, a foszlányokban a gonococcus-lelet váltakozó volt. A nehéz gyógyíthatóságot és a többszöri szinleges spontán gyógyulást pedig a bal ondóhólyagból igen nehezen üríthető retentiós váladékok mikroskopos és culturalis vizsgálata magyarázza, a mit a bemutatott culturák is igazolnak.

Ezen eseteket azért tartja bemutatandónak, mert a vizsgálat és kezelés menetében sarkalatos ellenlábasai azon eseteknek, melyeket *Steffen* mint „refractaer gonorrhoea-eseteket" ir le a „Zeitschrift für Urologie" 1910. évi X. füzetében. *Steffen* eseteiben a gonococcusok minden sablonos gyógyszeres és instrumentalis gyógykezelés daczára sok havi gondos utánjárással és kisérlettel sem voltak eltüntethetők. Ezen esetek tehát az oly sok fáradtsággal felépített gyógyszeres kezelés csődjét jelentik.

Hirschsprung-féle betegség.

Torday Árpád: A 24 éves férfibeteg előadja, hogy 5—9 éves koráig gyakran volt epés hányása. Máskülönben semmi panasza sem volt, jól evett, csakhogy korához képest fejletlen maradt. 18 éves korában vette észre, hogy gyomra nincs egészen rendben s főleg sok gáz fejlődött a belében, a mit ülő életmódjának tulajdonított. Egy idő mulva ezen panaszok megszüntek, azonban egy kirándulás után (mikor is a beteg szalámit, sonkát, fagylaltot stb. evett) erős hasmenést kapott és hányt. A baj annyira fokozódott, hogy egy hét leforgása alatt néhány kilót fogyott. A közérzete rossz volt, de fájdalmak nem jelentkeztek. Azóta főpanasza az állandó és szűnni nem akaró *bélgázfejlődés*. Orvost keresett fel, a ki végbélhurutot állapított meg és pihenést ajánlott. $1^1/_2$ hó mulva javult a betegsége, a mikor is egy professorhoz ment, ki vastagbélhurutot állapítva meg, három heti karlsbadi kúrát rendelt. Három éven át megismételte a kúrát, de ez nagyon kevés javulást hozott.

Betegségének tüneteire vonatkozólag elmondja, hogy állandó bélgáz-képződése van. Végbélnyílása állandóan nedves. A szék eleinte kemény, majd egészen híg és nyálkás. Székletének színét és consistentiáját a kapart májhoz hasonlítja. Néha azonban egészen zöldes, majd szivacsszerű, lukacsos, olyan mint a malter. Székelés-ingerei vannak. Erősen kell masszálnia a gyomrát és erőlködnie, míg széke jelentkezik, a mi nagyon kimeríti.

A bal csipőtányérban gyakran érez puffadást és datolyánál hosszabb daganatot, illetve bélmerevséget, mintha ott a bélsár megrekedt volna. Székelés alkalmával rendszerint kevés, félig kemény, hígult váladék ürül, a mely *hosszúkás darabokból áll*, de ennek daczára sem tűnik el a keménység a has bal oldalából. Ugy érzi, mintha ott a mélyben vastag, hosszú, hurkaszerű képlet volna, a mely a hasat ott megszorítja, úgy hogy mozdulni sem tud. Sokszor a has alsó része *dobszerűen* felfúvódik. A gyomrával semmi baja sincs. Hasmasszálással és tornával, karlsbadi víz beöntésével eléri, hogy naponkint van széke. Székelés után ingert érez. Erős bélgázképződésről panaszkodik, a melyet nem tud visszatartani, végbele is gyakran rángatódzik.

Fiatal korában törzse gyenge, fejletlen volt, haspuffadtságra nem emlékszik.

A betegen feltűnik, hogy a bal lágyéktáj és a bal mesogastrium elődomborodó és ezen táj nyomásra érzékeny, a fájdalmak ezen tájról az epigastriumig sugárzanak ki; a végbél táján eltérés nincs. Röntgen-átvilágításkor a végbélbe magas beöntéssel 75·0 gr. circonoxyd $^1/_2$ liternyi emulsióját juttatva, a következő leletet kaptam: A flex. sigm. erősebb kanyarulata. A colon transversum is ívben hajlik, kanyargósabb a colon descendens is.

Lobmayer Géza: A *Hirschsprung*-féle betegség ritka. Sem sebészi, sem belgyógyászati kezeléssel nem gyógyítható. A bélanastomosis, melylyel a colont akarják kirekeszteni, nem vezet sikerre.

A colon ilyen nagy kitágulása felnőtt egyéneken idősült obstipatióval vagy összenövésekkel függ össze. Nem világlott ki az előadásból, hogy recto-romanoskopia történt-e, mely a passage-zavart megmagyarázta volna. Kérdés, nem forog-e fenn chronikus obstipatio. Ezért nem lehet az esetet *Hirschsprung*-betegségnek tekinteni, a mely idősebb egyéneken még sokkal ritkább, mint a gyermekkorban.

Torday Árpád: Rectoromanoskopia nem történt ugyan, azonban a rectalis vizsgálat semmi olyat sem talált, a mi a colon dugultságát megmagyarázná. Egyszerű obstipatio ilyen képet sohasem idéz elő. Hogy a hasban létrejött összenövések volnának okai a leirt elváltozásnak, alig hiszem, minthogy az anamnesisben erre való tünetek hiányoznak és a Röntgen-képen sem találjuk nyomait. Vajjon valóságos *Hirschsprung*-betegséggel van-e dolgunk, vagy a *Hirschsprung*-betegség képe másodlagosan állott-e elő, arról felvilágosítást csak a laparotomia adhatna. Felnőtteken a *Hirschsprung*-betegség előfordulhat, a mint arról az irodalomban közölt elég sok eset tanuskodik.

Tay-Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris.

Fritz Sándor: A gyermekkori pathologiának egyik legérdekesebb fejezetét a hereditásos idegbetegségek alkotják. E csoportba sorolható a Tay-Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris, a melynek egy kifejezett esetét bátorkodom bemutatni.

R. György, 21 hónapos, izraelita vallásu gyermeket f. évi január 16.-án hozta édesanyja a Bródy-gyermekkórház belgyógyászati rendelésére, a hol előadta, hogy a gyermek 8 hónapos koráig rendesen fejlődött, a mit a mellékelt fényképpel is igazolt, azóta rohamosan fogy, soványodik, gyengül. 6 hónappal ezelőtt első ízben észleltek rángó-görcsöket, a melyek azóta rövid időközökben, néha naponta többször is ismétlődnek. Szülői állítólag egészségesek, 2 leánytestvére hasonlóan; 2 fiútestvére állítólag hasonló bajban szenvedett és az egyik 19, a másik 21 hónapos korában halt meg. Betegsége miatt a nagyváradi gyermekkórházban helyezték el, a hol 2 hónapig volt megfigyelés alatt. Állapota nem javult, e miatt Budapestre hozták, a hol az egyik gyermekkórház rendelésén hydrokephalus gyanuja miatt lumbalpunctiót végeztek rajta. 2 nap mulva rendelésünkön jelentkezett, a hol megvizsgálva a beteget, a következőket találtam.

A gyermek nyugodtan fekszik, szemeit hol ide-, hol oda-forgatja, kifejezett nystagmus, szemhéjait szabadon mozgatja, gyakran ásít. A pupillák kissé tágabbak, körülbelül 6 mm. átmérőjűek, szabályosak, egyformák, fényre korlátozottan és hippusszerűen reagálnak. Homlokát gyakran ránczolja, a facialis-beidegzés épnek látszik, fejét időnként szabadon mozgatja, mintha figyelemmel nézegetne. A felső végtagok hajlító-contracturában, az alsó végtagok feszítő-contracturája csak több-kevesebb nehézséggel győzhető le. Csontrendszere kissé rachitises, a koponya feltünő szabálytalanságot nem mutat, a tubera parietalia kissé erősebbek. A nagy kutacska körülbelül 1 cm. átmérőjű területen nyitott, a koponya legnagyobb körfogata 44·4 cm. A fülczimpák fejletlenek, a jobb helixen két kicsiny, a bal helixen egy nagyobb Darwin-gumó.

A patellaris és triceps-ínreflexek kiválthatók, a hasbőr-, cremaster- és talp-bőrreflexek nem válthatók ki. A bőr száraz, az erősen lesoványodott végtagokon zsákszerűn mozgatható. A tapintóérzés nem vizsgálható, a bőr felületes rétegei fájdalomra érzéstelenek, mélyebb beszúrásra sírással reagál. Ülni nem tud, hasa felfúvódott, általában nyugodtan fekszik, súlya 5800 gr.

Szemvizsgálat: Mindkét pupilla közepesnél tágabb, focalis vizsgálatkor merev, néha megrándul, a fénytörő közegek tiszták. Mindkét papilla halvány, mindkét macula lutea táján két papilla átmérőjű fehér, kerek folt, melynek szélei elmosódottak és a melynek közepén a fovea centralisban meggypiros petty van.

A Wassermann-reactio negativ.

Az idegrendszernek előbb részletezett elváltozásai és a szemlelet alapján állítottuk fel a *Sachs*-féle idiotia amaurotica familiaris diagnosisát. E betegség tüneteit a következőkben foglalhatjuk össze: a 6—8 hónapos koráig rendesen fejlődő csecsemő további fejlődésében visszamarad, fejét tartani nem tudja, ha már tudott ülni vagy állni, azt ismét abbahagyja. Ugyanekkor feltünő lesz a szellemi visszafejlődés, később környezetét sem ismeri fel és kifejlődik a tökéletes idiotaság. A végtagok izomgyengesége folyton fokozódik, később teljes bénulás áll be, a bénulás többnyire spasmusos, máskor petyhüdt. Már ugyanekkor észlelhető a látás rosszabbodása, mely később teljes vaksággá fokozódik. A látásrosszabbodás magyarázatát megtaláljuk a szemfenék sajátszerű elváltozásában, a mely a betegségnek egyik legjellemzőbb tünete. E betegség a ritka betegségek sorába tartozik, az irodalomban közölt esetek száma kb. 90, a melyek közül az utolsó 14 év alatt tizet a budpesti Bródy-kórházban észleltünk. Rendszerint egy család több tagján fordul elő, tehát a familiaris jelleg kifejezett. *Carter* hangsúlyozza először, hogy csaknem kizárólag Galicziából és Lengyelországból származó zsidó családokban fordul elő. Eddigi kórházi eseteink mind zsidó szülők gyermekei voltak. A 2. év végén rendszerint marasmusban pusztulnak el.

A betegség kóroktana ismeretlen. *Sachs* eleinte a központi idegrendszer fejlődési rendellenességének tartotta, későbbi vizsgálatai azt derítették ki, hogy az idegsejteknek és az idegrostoknak kiterjedt degeneratiója van jelen gyuladásos elváltozások nélkül. Az elváltozások kiterjednek az agykéregre, a nyúltagyra és a gerinczvelőre. Az elsődleges folyamat az idegsejtek elváltozása, az idegrostok elváltozása másodlagos. *Schaffer* beható vizsgálatai óta ismerjük e betegségben az idegrendszer pontos kórszövettani elváltozásait. A legfőbb elváltozások a pyramis-pályában találhatók, néha azonban a *Goll*-féle kötegekben is. A legfontosabb elváltozások az idegsejtekben vannak, ezek és dendritjeik vagy egészben, vagy részlegesen felpuffadnak, annyira, hogy a nyujtvány egyes pontjain hólyagszerűen felfúvódik. *Schaffer* ezen elváltozást cystás elfajulásnak nevezi. *Schaffer* véleménye szerint a *Sachs*-féle idiotia nem congenitalis betegség, hanem a normalis központi idegrendszert az extrauterin életben egy degenerativ folyamat támadja meg. Ezen felfogásával az *Edinger*-féle elméletre támaszkodik, a mely az idegrendszert felemésztő betegségekkel foglalkozik. *Edinger* azon betegségeket nevezi felemésztő betegségeknek, a melyekben az idegsejtek és rostok a hiányos pótlás következtében tönkremennek és helyükbe glia lép.

A retina elváltozását *Mohr* a macula lutea tájára kiterjedő oedemának tulajdonította, mely a látósejteket feláztatja és a látást tönkreteszi.

Goldzieher Vilmos: A szóban levő betegség igen ritka. 1888-ban mutatta be az első esetet, egyidejűleg *Magnus* Würzburgban, majd *Knapp*, newyorki szemorvos ismertette a heidelbergi congressuson. A mikor *Mohr* egy bemutatás kapcsán hangsúlyozta, hogy a macula lutea táján levő elváltozás „oedema", kifejeztem kételyemet, hogy oedema hetekig változatlanul fennálljon. És csakugyan *Schaffer* kimutatta, hogy a központi idegrendszerben levő elváltozással azonos a retinabeli is: széteséses folyamat, nem oedema.

Schaffer Károly: A macula luteabeli elváltozást rejtélyesnek tartották, de a mikor *Hirsch* és *Sachs* vizsgálatai alapján hiderült, hogy a *Tay-Sachs*-féle bántalom élesen határolt bántalom, egy cytopathia, mely abban áll, hogy nincs egyetlen idegelem sem, mely megkíméltetnék, a kulcsát a rejtélynek is megtaláltuk. A retina oly központi idegrész, mint az agy, a retina idegelemei ugyanazon dignitással birnak, mint bármely más idegsejt és igy a *Tay-Sachs*-féle betegség megtámadja a retina idegsejtes elemeit is. Ugyanazon puffadásos, duzzadásos folyamatnak esnek áldozatul a retina sejtjei is, mint a többi idegsejt. Minthogy a retinában az idegsejtek többszörös rétegben vannak egymás felett elhelyezve, érthető, hogy többszörös rétegek puffadnak fel és így promineálnak; a makroskopos praeparatumon, melyet *Mohr* is demonstrált, a prominentia jól látszik. A duzzadt sejtek szétesnek, a macula lutea centrumának sejtjei elpusztulnak és így átlünőbbé válik.

Tehát csakugyan degeneratiós folyamat van a macula luteában.

Véleményem szerint ez a *Tay-Sachs*-féle betegség nem szerzett betegség. Ugy képzelem, hogy az idegsejtek gyengébben vannak organizálva és a csekély functióra, mely a szellemi élet megindulásával jár, már degenerálódnak. Tehát az *Edinger*-féle hyperfunctiós elmélet értelmében.

Mohr Mihály: Az első eseteket szemorvosok látták: *Tay, Magnus, Goldzieher, Hirschler stb.*, de nem tudták micsoda, mert semmiféle kórképbe sem illettek bele.

Első esetemet 1898-ban „oedema symmetricum retinae" név alatt mutattam be; egyidejűleg jelent meg *Sachs* czikke, a melyben a szemorvosok által leirt eseteket „idiotia amaurotica familiaris" név alatt foglalta össze és kifejtette, hogy ez a szemtünet csak résztünete a súlyos általános idegmegbetegedésnek.

A retinából készült praeparatum, melyet nemcsak szemorvosok, de szövetbúvárok is láttak, oedema kórképét mutatta. Az akkori histologiai technika mellett a mikroskopi kép oedema volt. Csak újabban mutatta ki *Schaffer* a tökéletesebb szövettani technikával, hogy „puffadásos, duzzadásos folyamat teszi tönkre az idegsejteket". Tehát oly folyamat, melylyel az oedema okozta idegsejt-feláztatás könnyen összetéveszthető.

Érdekes különben, hogy a Bródy-kórházban 10 esetet láttunk, másutt alig láttak. Valószínű, hogy az esetek megfordulnak másutt is, de nem gondolnak reá, pedig a szemfenéki elváltozás eldönti a diagnosist.[1]

Goldzieher Vilmos: Az esetek orosz és lengyel zsidókon fordulnak elő, kérdi, hogy a bemutatott eset honnét származik.

Fritz Sándor: A gyermek nagyváradi származású. Lengyel eredete egészen bizonyos.

[1] Erre vonatkozólag *Schiff Ernő* dr. Nagyváradról megjegyzést küldött be az Orvosegylet titkárának, a melyben kifejti, hogy a bemutatott gyermeken és testvérén ő állapította meg a *Sachs*-féle betegséget nemkülönben a poliklinikai jubilaris dolgozatokban *Schaffer* által közölt egyik esetben is (zsidó kántor gyermeke); megjegyzendő, hogy az utóbbi esetben szereplő gyermek egy testvére is meghalt már azóta ebben a bajban.

A tüdőgümőkór kezelése mesterséges pneumothorax-szal.

Scharl Pál: A mesterséges pneumothoraxos kezelés lényegének ismertetése után áttér a *Brauer*-féle metszéses eljárás előnyeire a *Forlanini* és *Saugmann* által követett szúrási módszer felett. A műtét kivihetőségére nézve, ha a röntgenoskopia nem ad absolut contraindicatiót, véglegesen a N-befúvás dönti el, hogy van-e elég nagy összenövésmentes hely a pleura lemezei között a compressio létesítésére. Összenövések felszakítására czélszerű eljárást eddig nem sikerült találnia. Exsudatumot a kezelés folyamán csak kétszer észlelt, midőn az eljárás sterilitása nem volt teljesen kifogástalan. Bőremphysemát a pleura ismételt megszúrása mellett látott csak megjelenni. A szív áttolása nem akadályozta a nitrogenréteg megnagyobbítását.

26 esetben alkalmazta a kezelést, ezek közül 8-ban nem sikerült optimalis nagyságú pneumothorax létesítése, a kezelést abba kellett hagyni; 18 betegén, egy kivételével, eredményes volt a kezelés. Az eredményesen kezelt esetek közül 14 teljesen rossz prognosisú volt. A kedvező esetekben az általános erőbeli állapot és közérzet javulása, a láz csökkenése és a köpet szaporodása a compressio előrehaladásával arányosan haladt. Néhány esetének részletes ismertetését Röntgen-fotografiák bemutatásával kisérte. 3 jelenleg is pneumothorax-szal bíró beteget mutat be, a kiken az objectiv lelet „igen jónak" mondható. 3 esetében az indicatio felállításakor nem ragaszkodott a *Brauer* által felállított keretekhez, a mennyiben ezekben a prognosis chronikus lefolyás mellett szólt. Ezek közül egyet bemutat, a kinek a kezelése már 5 hónapja befejezést nyert. Ez a beteg azóta teljesen munkaképes, a pneumothorax oldalán is kitágult a tüdeje és szabad pleuraürrel bír; praktikus szempontból gyógyult.

Tapasztalatai alapján az indicatio kiterjesztésével sokkal jobb eredményeket vár. Körülírt, széteső góczok esetén a compressiót akkor is javaltnak tartja, ha egész lebeny ép tüdőszövetet is komprimálni kell, mert a compressio megszűnése után a tüdőszövet ismét functioképes. A mesterséges pneumothoraxos kezelésben gyógyeszközeink értékes gyarapodását látja.

A Brauer-féle műtét technikája.

Lobmayer Géza: Eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy a tuberculosis kezelésében ott érünk el sikert, a hol a beteg góczot teljesen kiirthatjuk, vagy ha a beteg részt hosszantartó nyugalomba helyezhetjük. Bár ezen elveknek a tüdőre való vonatkoztatása már a mult század huszas éveiből származik, mégis csak az utóbbi esztendők eredménye, hogy ezen elv a gyakorlatban alkalmazva lesz. *Forlanini* thoracopunctióval, *Brauer* thoracotomiával párosított pleurapunctióval juttatja be a nitrogent a mellüregbe és ismételt utántöltésekkel a tüdőt 1—2 év időtartamára összenyomja, a megbetegedett tüdőfelet működésen kívül helyezi és nyugalomba hozza. Ezen eljárás keresztülvitelének előfeltétele, hogy az egyik tüdőfélben a tuberculosisos folyamat bármi előrehaladott legyen, azonban a pleuralis összenövések ne legyenek túlságosan kiterjedettek; a másik tüdőfélnek ellenben teljesen épnek kell lennie. A szokásos tüdővizsgálati eljárásokon kívül minden esetben Röntgen-átvilágítással kell ezen követelmények jelenlételét pontosan megállapítani.

Az előadó ezután rátér a műtét technikai részére, nevezetesen a beteg előkészítésére (a műtétet megelőzően morphiumot sohasem ad), továbbá az érzéstelenítésre, a *Brauer*-féle készülék ismertetésére, magára a műtétre, az első nitrogenbefúvásra, valamint a későbbi utántöltésekre, a műtét befejezésére és a beteg utókezelésére. Tekintettel arra, hogy ezen fontosabb technikai fogások rövid referatum keretébe be nem illeszthetők, a megjelenendő eredeti közleményre utal.

Úgy a *Brauer*-, mint a *Forlanini*-féle műtét kellemetlen, sőt végzetes közös szövődményei és utókövetkezményei: a pleuralis shock, a genyedés, kiterjedt pleuralis összenövések, bőremphysema, nitrogenembolia és eclampsia. Azonban tekintettel arra, hogy mindezen szövődményeket az irodalomban a *Forlanini*-féle műtét kapcsán sokkal nagyobb számban ismertették és tekintettel arra, hogy az előadó eddigi eseteiben, bőremphysemát kivéve, egyik sem fordult elő, azon meggyőződésre jut, hogy a *Brauer*-féle eljárás egyszerűsége és veszélytelenebb volta miatt *Forlanini* eljárásával szemben előnyben részesítendő.

Az előadó a budakeszi Erzsébet-sanatoriumban 21 esetben, a III. sz. belgyógyászati klinikán 1 esetben végezte a *Brauer*-féle műtétet. Ezek közül 19 baloldali és 3 jobboldali folyamat volt. 20 esetben az axillaris vonalban hatolt be, 2 esetben pedig az adott viszonyoknál fogva kénytelen volt a mellkas elülső részén a parasternalis vonalban a II. és III. borda között behatolni. Sikerrel járt eseteinek száma 18, mert 4 esetben a pleuralis összenövések folytán nem tudott nagyobb nitrogenhólyagot készíteni. Összes esetei per primam gyógyultak. 3 esetben a műtét helyén bőremphysema keletkezett.

(IV. rendes tudományos ülés 1912 február 3.-án.)

Elnök: **Szontágh Félix.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

Scharl Pál és Lobmayer Géza: „A tüdőgümőkór kezelése mesterséges pneumothorax-szal" című előadásához fűződött vita.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Az a tapasztalat, hogy a természetes pneumothorax is, a mely pedig minden tekintetben kedvezőtlenebb körülmények között áll elő, mint a helyesen előidézett mesterséges, egyes esetekben nemcsak kedvezően folyik le, hanem, mint magam is észleltem, a gümőkóros tüdőfolyamatot is kedvezően befolyásolja, valamint sok szerző kedvező eredményei felköltötték bennem is az érdeklődést a súlyos tüdőtuberculosis-eseteknek pneumothorax-szal való kezelés iránt.

Én itt az elhangzott érdekes előadások után csupán a methodikához kivánok szólani. Az eredeti *Forlanini*-féle gáz-insufflatio veszélyességére tekintettel *Saugman* készüléket szerkesztett az interpleuralis N-insufflatio czéljaira, melynek lényege az, hogy a készülék gáztartójával kapcsolatban lévő punctiós tű összeköttetésben van egy, illetőleg két manometerrel is, mely kapcsolat lehetővé teszi, hogy minden pillanatban tudjuk, minő nyomás uralkodik abban a térben, a melyben a tű hegye van. Ezzel a gázbefúvás egyedülf számbavehető veszedelme, a nitrogen-embolia keletkezése kellő ügyelet mellett ki van zárva. Mert ha a tű a szabad pleura-üregben van, akkor a vízmanometer feltünő nagy respirationalis kilengéseket végez (ha a vizet megfestjük, a kilengések természetesen még szebben láthatók), ellenben, ha bronchusban volna a tű hegye, akkor a kilengések aprók, ha pedig érben volna, akkor alig van a vízmanometernek az O-pont körül észrevehető ingadozása. Ez utóbbi esetekben tehát, ha ez a helyzet előállana, nem nyitnók meg a tűt a N-reservoirral összekötő csövet, hanem visszahúznók a tűt addig, a míg a manometer meniscusai szép föl-alátánczoló játékukat mutatják, vagyis a míg a tű visszavonuló útjában a szabad pleura-ürt elérte. vatosság mellett a tüdőbe való behatolás a tű végével, a manometer vezetése mellett, egyáltalán könnyen elkerülhető.

Rajnik Pál: 1909 óta magamnak is négy esetben volt alkalmam a *Brauer*-féle műtét indicatióját felállítani és ezen műtétet el is végeztetni. Előre is jelezhetem, hogy, sajnos, én nem tudok oly jó eredményekről referálni, mint *Scharl*. Első betegemet háromszor kellett egymásután operálni, mert technikai akadályok folytán az utántöltést nem lehetett idejekorán eszközölni. A harmadik műtét után a léghólyagot töltésekkel hónapokon keresztül fentartottuk, de utóbb a beteg serosus exsudativ pleuritist kapott, utána az erőbeli állapota rohamosan fogyott, úgy, hogy a további utántöltésektől el kellett állnunk. A beteg jelenleg igen gyenge állapotban van. Másik betegem német honos volt és minthogy azon időtájban, a mikor hozzám került, Hamburgba hazakészült, ajánlólevéllel *Brauer*-hez küldtem, kinek klinikáján a műtétet meg is csinálták. Csak egynéhányszor lehetett utántölteni, mert a beteg 2 hónappal a műtét után meghalt. A harmadik és negyedik esetet a nyáron operáltuk meg és bizony mindkettőnek állapota ezidőszerint igen szomorú.

Mindezek alapján, de meg azért is, mert a Brauer-műtétre alkalmasak társasága igen exclusiv társaság, melybe csak igen szigorú censura alapján juthat be a beteg, tekintve továbbá azon körülményt, hogy vizsgálati módszereink még mindig nem elég tökéletesek, mert hiszen a pleuralis összenövések a physicalis vizsgálati módszerekkel és a Röntgen-fénynyel nem mindig állapithatók meg tökéletes bizonyossággal, és végre tekintve azon körülményt, hogy a Brauer-műtétre a gümőkóros egyéneknek csak igen kis töredéke alkalmas: azt hiszem, hogy ezen műtét ezidőszerint a gyakorlóorvos részéről még nem igen vehető tekintetbe és inkább sanatoriumi anyagon tanulmányozandó.

László Gyula: *Wilms* heidelbergi klinikájáról jelent meg egy közlemény, mely szerint egyoldali, idősült, csupán egy felső lebenyre szorítkozó tüdőgümőkórban a felső bordák reszekálásával tüdőcollapsust idéz elő, mely a folyamat megállapodására, majd zsugorodására vezet. Szerinte az eredmény feltünően kedvező s az eljárás veszélytelen

Hátul a bordaszegletnél a felső néhány bordából 3—4 cm. hosszú részletet reszekál, s ha szükséges, elől is eltávolítja a felső 3 - 4 bordaporczot. A pleura sértetlen marad. A műtétet helyi érzéstelenítéssel végzi. Nagy súlyt helyez az I. bordának kiadó reszekálására. Ellenjavalt

a műtét, ha az ugyanazon oldali alsó lebeny, vagy az ellenoldali felső lebeny is beteg. Fontos, hogy a folyamat ne legyen friss, kell hogy hajlamot mutasson a gyógyulásra. *Friedrich* szerint a legjobbak a kilátások az operatio szempontjából a caverna-képződésre, a zsugorodásra hajlamos esetekben.

A czél itt is ugyanaz, mint a *Brauer*-féle beavatkozásnál: a beteg tüdőrészlet nyugalomba helyezése.

Tehát nem szükséges, hogy a bordákat in toto kivegyük, elegendő csekély bordadarabkáknak eltávolítása ahhoz hogy a tüdő collabáljon.

Vonatkozásba hozva ezt a Brauer-eljárással, kiemelném, hogy ott volna javalt ezen műtétnek végzése, a hol az egyik felső lebeny megbetegedése esetén összenövések miatt a *Brauer*-féle eljárás nem alkalmazható. Ezzel is bővül a sebészi beavatkozás indicatiója a tüdőgümőkór therapiájában. Előnye pedig az volna, hogy egyszeri beavatkozással sikerülne a végleges eredményt biztosítani.

Tudjuk, hogy *Freund* a csúcshurut okát a megrövidült I. bordában keresi. Ezt bonczolásleletekre támaszkodva állítja Szerinte a legtöbb tüdővészes hullán az I. borda rövidebb volt a rendesnél, ellenben csak elvétve talált tuberculosist az I borda normalis hossza mellett *Freund* leletéből következnék, hogy beteg csúcsnál az I. bordának szabaddátétele a folyamatra kedvezően hatna, holott ezt *Wilms* éppen az ellenkezőjével, a már amúgy is rosszul ventillált, tökéletlenül táguló csúcsnak a teljes collapsusával éri el. S ezen alapszik a *Brauer*-féle műtét eredménye is

Benedict Henrik: A gümőkór therapiájában a collapsustherapia az utolsó két évtizednek legnagyobb vívmánya. Magángyakorlatomban 4 év óta alkalmazom. Az első eseteket *Brauer* operálta, az utolsó eseteket Budapesten különböző sebészek. Osztom azok nézetét, kik szerint a collapsus-therapia nem lehet a jövő therapiája általában, de azt hiszem, hogy épp úgy, mint minden gyomorulcus esetében első sorban arra gondolunk, hogy operative kezelhető-e, a gümőkórban is első kérdése lesz a belgyógyásznak, hogy activ sebészeti therapia tárgya lehet-e?

Igaz, hogy ezen mérlegelésben olyan tényezők is szerepelnek, melyek nem orvosiak, hanem socialisak. Csak igen kis részét a betegeknek lehet a beavatkozásra reábirni. A gümőkóros beteg optimista és nehéz a sanatoriumok, a Riviera által elkényeztetett beteget rábirni, hogy tegyen valamit Sőt az orvosok nagy részét is nehéz meggyőzni. A kórházi beteg többnyire nem alkalmas a műtétre, vagy ha alkalmas és meg is engedi, nehéz rábeszélni, mert az utókezelés hosszadalmas.

Az indicatiót illetőleg keveset tehetek ahhoz, a mit az előadók mondottak. A contraindicatiók számát szeretném csökkenteni; ha a másik oldalon kis pleuritis mutatható ki, ez magában nem ellenjavalja a műtétet

Azt tartják, hogy ha a másik oldalon nem egészen inactiv gócz van, tartózkodjunk a beavatkozástól. Nehéz megmondani, hogy van-e ilyen kis gócz és hogy az activ-e, vagy nem. Éveken át kellene észlelni az esetet, esetleg tuberculinnal kezelni. Véleményem szerint ez nem contraindicatio.

Magam már három egészen gyógyult esettel rendelkezem. Vannak eseteim, a hol az eredmény kevésbé jó. De olyan esetem, melyben tartós kárt okoztunk volna, nincs. Legkellemetlenebb volt egy eset, melyben művi pneumothorax közben a másik oldalon egy gócz fellobbant. 48 óra mulva 40—41° lázat kapott és sajátszerű görcsök, agyalapi idegtünetek (nystagmus, ptosis) mutatkoztak. Ezt hétig tartottak. Közvetlen a műtét után teljesen megszűnt a köpés, a helyett, hogy megindult volna. A harmadik héten újabb góczok jelentkeztek a bal alsó lebenyben, mely eddig ép volt. Magyarázata az, hogy ha friss infectiosus folyamat van a tüdőben, tuberculin vagy gümőbacillus kerül a vérbe és toxinaemiát vagy bakteriaemiát okoz; valószínű, hogy agyhyperaemia, esetleg meningitis tuberculosa keletkezett, mely azonban meggyógyult Emlékeztet ez arra, hogy a sebészeti gümőkór kezelésekor néha láz, cerebralis tünetek állnak be, de a betegek egy-két nap mulva meggyógyulnak.

Dollinger Gyula: Azon jó eredmények, a melyeket a tuberculosus izületek rögzítésével elért, előtte azonnal rokonszenvessé tették a gümős tüdőnek rögzítéssel való gyógykezelését, sőt már mielőtt ezen gyógykezelésről az irodalomban szó esett, *Korányi Sándor*-nak ajánlotta a tuberculosus tüdőnek a beteg mellkasfél külső rögzítésével való gyógykezelését. A vezetése alatt álló klinikán végezte először nálunk a *Brauer*-műtétet s azóta 14 esete volt.

A 14 eset közül 11 esetben sikerült a beteg tüdő felett szabad mellüreget találnia. Ezek közül 9-ben az első bemetszés helyén sikerült behatolnia, 2-ben pedig az első bemetszés helyén összenövések voltak, de az ugyanazon ülésben végzett második thoracotomia helyén a mellüreg szabad volt. Az első esetekben a befujt nitrogenmennyiség kisebb volt, de később egyes esetekben, a melyekben a beteg a tüdő összenyomását jól tűrte, 1000—1600 cm^3 nitrogent is alkalmaztak. Genyedés, nitrogenembolia, mellhártyashock vagy eklampsia egy esetében sem fordult elő. Bőralatti emphysema volt egynéhány esetében, de ez a mellkasmetszés szomszédságára szorítkozott és semminemű káros tünetet sem okozott. Különösen vékony mellhártya mellett nem is kerülhető el, mert az ajánlott ferde beszúrás itt lehetetlen. Az egyedüli védelem ellene, hogy a bordaközötti izmokat gondosan varrjuk össze.

3 esetben a thoracotomia helyén nem talált szabad mellüreget. Ezek közül két esetben e helyen hepatizált tüdőt talált és ez a mellhártya-összenövéssel együtt olyan nagy kiterjedésűnek látszott, hogy második bemetszés nem látszott javaltnak, egy esetben azonban a második bemetszést megejtette és itt sem talált szabad mellüreget. Azt a kérdést veti fel, vajjon az ilyen esetekben nem volna-e mégis érdemes a mellkas külső rögzítésével a tüdő szabad mozgását annyira korlátozni, a mennyire lehetséges.

A nitrogenbeömlesztést a mellüregbe egyedül thoracotomiával tartja megengedhetőnek. A troicart-ral való beszúrást, különösen a nitrogenembolia veszélye miatt, semmi esetre sem ajánlja, mert veszélyes.

A *Freund*-féle műtét — egynéhány felső borda resectiója — abból a feltevésből indult ki, hogy a tüdőnek gümősen beszűrődött felső lebenyét jobban kell szellőztetni, mint a mennyire azt a szűk felső mellkasrész megengedi; éppen az ellenkezőjét teszi tehát annak, a mit a tüdő összenyomásával akarunk elérni és okvetlenül ugyanezt tenné a *Wilms*-féle műtét is, a melylyel a mellkas más részén végezünk kisebb-nagyobb bordaresectiókat. Ez tekintetbe jöhet, ha cavernás tüdőnél a mellkas zsugorodásának a feltételeit akarjuk megadni, de ez nem tartozik a compressiós therapia fejezetébe.

A *Brauer*-féle műtét helybeli érzéstelenítéssel végezhető kicsiny beavatkozás, a mely kellő jártasság mellett teljesen veszélytelen; hatásában nagy haladást jelent a tüdőtuberculosis gyógykezelésben és azért a legmelegebben ajánlja.

Korányi Sándor: Nem akarom elmulasztani, hogy kifejezzem azon meggyőződésemet, hogy a gümőkór therapiájában a mesterséges pneumothorax lényeges haladást jelent. Azon tapasztalatok és észleletek, melyeket véletlenül szereztünk, mutatták, hogy bizonyos körülmények közt a tuberculosus emberben magától létrejövő pneumothorax lényeges javulást okoz. Az utolsó években két ilyen esetet láttunk. Az egyik katonaiskolai növendék volt; a felső lebenyben indult meg súlyos lázakkal a gümőkóros folyamat. Pneumothoraxot kapott és meggyógyult; ma lovassági tiszt. A másik esetben fiatal asszonynak jobboldalt súlyos gümőkórja volt lázakkal. Bal tüdeje épnek látszott. *Brauer*-féle műtétet ajánlottam. Ezt a propositiómat a család annál nagyobb bizalommal fogadta, mert a beteg férjének is volt súlyos gümőkórja, a mely spontán pneumothorax folytán meggyógyult és most már évek óta egészséges. Ezek az esetek ritkák, de bizonyítják, hogy a mesterséges pneumothorax-szal jó úton járunk. De ez nem idézi elő azt a gyors defervescálást, mint a kedvező hatású spontán keletkezett pneumothorax. Tavaly a klinikán egy betegünk a spontán pneumothoraxra hirtelen defervescált, akárcsak a pneumoniában. Mesterséges pneumothoraxnál sokszor hetekig, hónapokig tart a defervescentia. Azt hiszem azért, mert a spontán pneumothoraxnál a caverna szabad pleura-résbe lyukad át s így a collapsusra legkedvezőbb. A mikor mi csináljuk a pneumothoraxot, nem tudjuk, hogy nincs-e a cavernák fölött összenövés; a tüdőcsúcs csakugyan többször odanőtt, mint nem, és így a pneumothorax készítése után is megmarad helyén, lélekzik és nem collabál. Tehát az összenövések nagy jelentőséggel birnak.

Brauer úgy állította fel az indicatiókat, hogy kétségbeesett eseteket operáljunk. Ha a módszer az ilyen esetekben beválik, a jósága bizonyos. Most már ez be van bizonyítva és mondhatom, nincs olyan eljárás, mely olyan szépen, hathatósan, olyan rövid idő alatt láztalanná tenne súlyos, lázas betegeket, mint a tüdőcollapsus, ha összenövések nem hiusítják meg az előidézését. És így most már jogosult a kérdés: miért várjuk meg, hogy a beteg belejusson a kétségbeesett stadiumba, mikor az összenövések nagy tömege a collapsustherapiát valószínűleg tökéletlenné teszi. Tehát ne a kétségbeesett, hanem a kétes eseteket operáljuk. A jó prognosisú esetekben a therapia kilátásait ismerjük, ezeken változtatni nincs okunk, de most már itt az ideje, hogy a kétségbeesett eseteken kívül a kétes esetekre is kiterjeszszük a műtét indicatióit, különösen szegény betegeken, mihelyt kitűnik, hogy hosszasabb kezelés nem változtatott a prognosison.

Természetes, hogy a pneumothorax sem fog minden gümőkórt meggyógyítani, nem szabad optimismussal hozzáfogni, nem szabad túlzott reményeket hozzáfűzni; másrészt jól megválogatott, alkalmas esetekben jó eredményt érhetünk el.

Dollinger propositiója, hogy kívülről kellene immobilizálni a tüdőt, nem igér jelentékeny eredményt, mert a cavernának kell collabálnia és ezt kívülről nem érhetjük el. Inkább elérhetjük a *Freund*-féle műtéttel.

A műtét eredményét az összenövések hiusíthatják meg. Ezek sokszor nem ismerhetők fel. Ez a gyengéje a mi diagnostikánknak. Prophylaxisuk azonban bizonyos esetekben keresztülvihető és különösen keresztülviendő akkor, ha fennálló activ, súlyosabb tuberculosis folytán lehetséges, hogy valamikor a beteg reá fog szorulni a collapsustherapiára. Ez az eset az, mikor a betegnek pleuritis exsudativája van. Ilyenkor pneumothoraxot létrehozni csekélység: megcsapoljuk és az exsudatum helyébe nitrogent bocsátunk és így komprimáljuk a tüdőt.

Ennélfogva az indicatiók második kibővítése akkor jogosult, ha activ gümőkór mellett pleura-exsudatum van. Ezt kibocsátjuk és pneumothorax-szal pótoljuk, mely a betegnek nem árt. Klinikámon egy hasonló esetben teljes defervescentiát értünk el, a beteg jól érzi magát, köhögése elmult, enni kezdett. Ilyen esetekben a korai pneumothorax előidézésére az indít, hogy megelőzzem a kiterjedt pleuritises összenövéseket, melyek később a compressiós therapiát lehetetlenné tennék.

Kovács József: A *Brauer*-féle műtétre alkalmas eseteket nem nagy számmal találtam nagy anyagom mellett. Éppen úgy nem vagyok azon szerencsés helyzetben, hogy azokon, a kiken észleltem, valami nagyon kedvező befolyást tapasztaltam volna. Éppen azért a *Brauer*-

műtét enthusiastái közé nem tartozom, azonban ahhoz, a mit *Korányi* kifejtett, hogy a gümőkórnak bizonyos alakjai, különösen a bronchopneumonia acut módon haladó, intoxicatióval járó esetei, ha azok a fél-lebenyre vagy nagyobb részre terjednek ki, a *Brauer*-féle műtétnek vettessenek alá, hozzájárulok. Sőt ezekben az esetekben azt is hozzátenném, hogy nem tisztán a tüdő fixálása, hanem a pleuraüregbeli nyomás fokozódása folytán a keringési viszonyok rosszabbá válása következtében a venosus hyperaemia hozzá fog járulni ahhoz, hogy a rosszindulatú, rosszprognosisú tüdőfolyamat jóindulatú chronikus indurativ alakba vezettessék át.

Azok részére, a kik kétségben vannak az iránt, hogy ezen műtéttel mennyire kell sietni, hogy el ne késsünk, az a megjegyzésem, mely a törvényszéki intézet anyagán tett tanulmányaimon alapul, hogy t. i. a pleuraösszenövések korán állnak be; és másodszor, a mennyiben a másik tüdőfél is megbetegszik, ez legtöbbször egyszerre történik. Tehát a *Brauer*-féle műtét időpontjának meghatározásakor ezen aggályunkat, hogy a másik tüdőfél utánabetegszik, elejthetjük.

Scharl Pál: A felszólalások teljesen megvilágították a kérdést, alig marad megjegyezni valóm. A *Forlanini*-eljárást illetőleg nem látom be, hogy miért végezzük, mikor vele már sok kellemetlen incidens történt. Előnyeit azért sem látom be, mert a metszéses eljárás is néhány percz alatt localis érzéstelenítés mellett végrehajtható. Ez utóbbi eljárás előnye, hogy az átszúrás előtt látjuk a pleurát, átszúráskor pedig kevés levegő hatol a tű meltett a pleura-ürbe, a minek következtében a pleura kitér a tű elől. A vízmanometer alkalmatlan, mert befolyásolhatja az embert, a kénesőmanometer kellemesebb, mert nem csinál nagy kilengéseket, 4—5 mm.-es kilengésen alul nem szabad N-t bevinni a mellüregbe.

Lenhartz ellenvetéseire a pneumothorax-therapiát illetőleg *Brauer* azt válaszolta, hogy: „Fennáll a therapia indicatiója és sok jó eredményt látott oly esetekben is, melyek csak belgyógyászati kezelés mellett biztosan elpusztultak volna. Ilyen rossz prognosisú esetekben jogunk van a betegnek bizonyos risico mellett is ajánlani az eljárást."

László felszólalására megjegyzésem, hogy a *Wilms*-féle eljárást jónak tartom mint közbeneső műtétet. *Wilms* csak a hátbordákból vágott ki részleteket és így állott be mozdulatlanság. *Benedict* felszólalását köszönöm, mert ő oly momentumot is említett, melyet kihagytam. Ez a socialis helyzet. Az eljárás hosszadalmas, bár a bemutatott eset három hónap alatt meggyógyult. 8—12 hónapot kell reászánni

Ha bizonytalan volt, hogy a másik tüdőben talált gócz activ-e, vagy már inactiv, mi legtöbbször az inactivitás mellett döntöttünk, mert a másik tüdő a pneumothorax mellett nem romlik.

Korányi felszólalása értékes. Folyadékfelhalmozódás esetén a folyadéknak nitrogennal való pótlása két esetünkben jó eredménynyel járt. Maga a tüdőbeli folyamat *N* befolyása alatt gyorsabban és maradandóbban gyógyult.

Ha szűk is a *Brauer*-féle műtét javalatköre, nagyon értékes az eljárás, mert ott használ, a hol a belgyógyászati therapia már nem ad eredményt.

Lobmayer Géza: A technikára vonatkozó felszólalásokra akarok kitérni. Csatlakozom *Dollinger* megjegyzéséhez, hogy nem indokolt a vízmanometer alkalmazása, mert veszélylyel jár, a mennyiben labilisabb és kilengéseket mutat, mikor extrapleuraliter vagyunk, hasonlóképpen, ha a bronchusban vagyunk. Tehát nem tudom, hol van a tű hegye, míg ha feltárjuk a pleurát, tudjuk, hol vagyunk.

A *Fridrich-Wilms*-féle műtétet a *Kuzmik* osztályán végeztem 3 nap előtt. Baloldalt alul volt a gümős folyamat cavernákkal és kérges pleurával, míg a jobb oldal épnek volt mondható. *Brauer*-műtétre nem volt alkalmas. Az egész mellkasfelet, a III—VIII. bordát teljes egészükben eltávolítottam és ha eddig a *Kocher*-műtétet tartottuk a legnagyobb sebfelületnek, ez sokkal nagyobb. *Wilms* helybeli érzéstelenítéssel csinálta, én narcosisban. De nem a narcosis veszélyes, hanem a bordák eltávolításakor komprimáltatik a tüdő, a szív átmegy a másik oldalra és így a szív részéről van kellemetlenség. Ha az első három napon átvittük beteget, a szervezet hozzászokik, hogy a légcserét az egyik tüdő maga végezze és akkor reményleni lehet, hogy a beteg meggyógyul. De ez nagy feladat.

A *Fridrich-Wilms*-műtétre alkalmas betegek csoportja még exclusivabb, e műtét nem helyettesítheti a *Brauer*-műtétet.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VI. ülés 1911 május 23.-án.)

Elnök: **Ónodi Adolf.** Jegyző: **Lipscher Sándor.**

Zwillinger Hugó: A gége amyloid (?) elváltozásának esete.

Kérdőjellel vagyok kénytelen bemutatni mai esetemet, mivel mikroskopi vizsgálatot, a mely az ilyen esetekben majdnem döntő, nem végezhettem.

Az eset a következő: Sch. A. 40 éves hivatalnok egy évvel ezelőtt orreldugulás miatt keresett fel, akkor a gégéjét is megvizsgáltam s a ma is változatlanul fennálló leletet találtam: a gége hátulsó fala, a mesoarytaenoidealis redő, a kannaporczok felszíne mindkét oldalon egyformán *borostyánkőszínű, aranysárga*, csekély mértékben *duzzadt* és kissé *áttetsző*.

Killian-positióban látható, hogy az elülső falon ez a hangszalagokig és a bal oldalon a proc. vocalis íölé is terjed, hátul a kannaporczok izületéig; a mesoarytaenoidealis redő belégzéskor nem simul el egészen, egyébként a hangszalagok, valamint a gége nyálkahártyája is más helyeken rendes külsejű. A beteg orra azóta megoperáltatott, orrlégzése most szabad, de a bal antrum Highmori-ban megállapított genyedés még fennáll, csak ezután lesz megoperálva.

Tisztán klinikai szempontból a bemutatott képhez hasonlót csak amyloid elváltozás ad.

Esetünkben semmiféle symptomát sem okozott a bántalom. Leukaemiás oedemával nem téveszthető össze, sem lymphangiomával. *Grünwald*, ki az esetet a mult nyáron látta, ezt írja: „Ich habe noch nichts derart gesehen und wäre begierig zu wissen, ob die eigentümliche weingelbe Exsudation in der Schleimhaut, wie ich sie bisher nur für *Amyloidtumoren* beschrieben gefunden habe, idiopathisch oder sekundär ist?" Ezen kérdésre válasz eddig nem adható, a bántalom közel egy éve változatlanul fennáll. Az irodalma ezen betegségnek igen kicsiny.

Felemlítendő még, hogy a syphilis, a tuberculosis, a *Bright*-kór kizárható, úgy, hogy aetiologice csak a bal *Highmor*-üregben fennálló chronikus genyedés játszhat szerepet.

Lénárt Zoltán: A felső légutak amyloidjai olyan ritkák, hogy a klinikai tünetek alapján alig lehet megcsinálni a diagnosist. Nem tartom kizártnak az amyloidot, de a szöveti és vegyi reactio szükséges a biztos diagnosisához. Három évvel ezelőtt mutattam be egy operált esetet. Esetem 57 éves tanárra vonatkozik, a ki több kartársnál járt már. 1904-ben betegedett meg. Lapos, szemcsés, halvány-rózsaszínű daganata volt a hangszalag alatt. 1907-ben tracheotomizálták. Laryngofissióval operáltam. Az egész gége a trachea 4. gyűrűjéig ki volt töltve birsalmasajtszerű, sárgás, áttetsző tömeggel. *Thiersch*-lebeny, gyógyulás per primam. A beteg azóta egészséges és most is tanít. Esetem abban különbözik az irodalomban közöltektől, hogy nem a daganat fajult el amyloidosan, hanem a nyálkahártya volt amyloiddal beszűrődve. A szövettani vizsgálat derítette ki, hogy amyloid.

Donogány Zakariás: A *Lénárt* által említett beteget én is láttam. A daganatból próbaexcisiót végeztem, de az csak lobos tumornak bizonyult.

Gümőkór ki volt zárható, az antilueses kúra eredménytelen volt. 1907-ben tracheotomiát végeztem, de laryngofissiót ajánlottam.

Azt gondolom, hogy az amyloid degeneratio másodlagos folyamat, de hogy az elsődleges folyamat mi volt, nem tudjuk.

A bemutatott esetben is szóba jöhet még a Highmorból lecsurgó geny okozta szalonnás degeneratio, mely néha pachydermiás elváltozásokat okoz. Ki kell zárni a leukaemiát is. Mikroskopi és chemiai vizsgálat szükséges

Zwillinger Hugó: A klinikai kép amyloidra utal. A beteg próbaexcisiót nem enged meg. *Grünwald* is amyloidnak tartja.

Pólya Jenő: Az orrba és melléküregeibe betörő orbitalis rák esetei.

I. B. Gy.-né, 63 éves, földműves neje. Tizenhárom év előtt vette észre, hogy orrán daganat keletkezik, ezen baját akkor vidéken operálták. Mult év elején ugyanazon a helyen újból daganata keletkezett, mely erősen fájdalmas volt és gyorsan növekedett

Felvételekor az orr nagy részét egy kb. tyúktojásnyi, kifekélyesedett daganat foglalja el, mely ráterjed a bal arczfélre és beterjed az orr bal szárnyán az orbitába s ott a csonttal erősen össze van nőve. A daganatot az orron és arczon körülírjuk, látjuk hogy az orbita zsíros szövetébe is beterjed, miért is exenteratiót végzünk, azután a rostacsontot, a Highmor-barlangot eltávolítjuk, valamint az orrkagylókat is úgy, hogy az orr és szemüreg egy üreget alkot. Az üreget lazán kitamponáljuk és a homlokról vett lebenynyel teljesen befedjük. Április 26.-án a nyélből kis bőrlebeny metszetett ki, a visszamaradt hiány összevarratott, ez is primára gyógyult. A kozmetikai és functionalis eredmény kielégítő.

II. V. P., 31 éves, földműves. Tíz éve beteg. Faág szúrta meg az arczát jobb szeme alatt, ezen trauma után vette észre, hogy jobb szeme alatt daganat fejlődik, mely

lassan nő és nem fájdalmas. Körülbelül egy év óta nő gyorsabban és 14—15 hónapja jobb szemére megvakult.

Felvételekor a bal szemhéjak a felsőnek egy kis darabja kivételével elpusztultak. Helyükön kráterszerű fekély van, mely alul és a medialis oldalon a csonthoz tapad s melynek fenekén az elhegesedett és kitágult corneával bíró bulbus látszik. A könycsatorna nyílása szabadon látszik, rajta át a vezeték könnyen szondázható.

Műtét 1911 május 1.-én helybeli érzéstelenítés mellett. *Braun* szerint a trigeminus I. ágát az orbitában, majd a II. ágát novocain-adrenalinnal — ez utóbbit a fossa infratemporalisba való beszúrással — érzéstelenítjük; az orrgyökön a bőrt schleichezzük. A fekély körülmetszése 2 cm.-rel az épben. Exenteratio orbitae. A járomcsont, a felső állcsont orbitalis széle és homloknyúlványa, az orrcsont a rákkal összekapaszkodott; levéssük, azután kiirtjuk az egész köny- és rostacsontot, a felső állcsont orbitalis és nasalis falát, az összes orrkagylókat. Az így támadt üreget tamponálva, az orbita és orr defectusát a temporalis tájról vett lebenynyel fedjük, a másodlagos defectust *Thiersch* szerint transplantáljuk. A gyógyulás sima, a lebeny egész hosszában megtapadt, csak a csúcsán van csekély szétválás, ezen a helyen a retractio folytán mandulányi defectus keletkezett, melyet másodlagosan fogunk elzárni.

Láng Kornél: Elismeri az előadó eljárásának helyességét, a mikor kivülről tör befelé a rák. De ha csak a melléküregekben van a carcinoma, mint az általa az orvosegyesületben bemutatott esetben, a homlok- és *Highmor*-üreg feltárásával és kitakarításával is czélt lehet érni.

Dörner Dezső: Elsődleges orrtuberculosis esete.

A 6 éves fiút azzal a panaszszal hozták 2 hét előtt a klinikánkra, hogy körülbelül 4 hónap óta nem kap levegőt az orrán át és hogy ugyanezen idő óta orra dagad.

A klinikai vizsgálat kimutatta, hogy az orrhát kissé kiszélesedett, felette a bőr vörösebb a rendesnél, nyomásra fájdalmas. A külső nyílástól néhány milliméternyire az orrbemenetet mindkét oldalt szürkés-vörös, dudorzatos, sarjszerű, szondával tapintva puha, vérzékeny, körkörös elhelyeződésű térfogatnagyobbodás szűkíti, mely a próbaexcisióval nyert részlet szövettani vizsgálatakor sarjszövetből álló, számos óriássejtet tartalmazó tumornak bizonyult.

A belorvostani vizsgálat a szervezetben egyebütt tuberculosisnak semmi nyomát sem találta, a mellkas Röntgenátvilágítása is normalis viszonyokat mutatott a tüdőkben. A garatban és gégében kóros elváltozás nem található.

Ezek alapján primaer orrtuberculosist kórjeleztünk.

A kóros részt éles kanállal kikaparva kitűnt, hogy a tumor $^1/_2$—2 cm.-nyi mélységig terjed befelé és hogy a septum porczára is ráterjed, melyet szintén eltávolítottunk, úgy hogy a műtét után a septumon egy körülbelül 1 cm-nyi átmérőjű anyaghiány volt.

Ugyanakkor kitűnt, hogy a csontos orrhátnak megfelelően az orr belsejében is egy kidomborodás látható. Az orrhát csontjainak megfelelően tehát a periosteum, esetleg maguk a csontok megbetegedése van jelen, a mely minden valószínűséggel szintén tuberculosisos eredetű.

Felmerülhet most az a kérdés, vajjon melyik folyamat az elsődleges: a nyálkahártya, vagy a csont, illetőleg a csonthártya megbetegedése.

Szükségesnek látszik e helyütt feltárást eszközölnünk s az ott talált elváltozások alapján végezzük majd a további műtétet.

Donogány Zakariás: Óva int attól, hogy szövettani vizsgálat alapján csináljuk meg a tuberculosis diagnosisát; csak akkor szabad ezt tenni, ha a gümőbacillus kimutatható. Előbb jodkaliumot kell adni.

Mohr Mihály felhívja a figyelmet a tuberculin-reactióra, mely a tuberculosis kérdését könnyen eldönti s a gyógyeljárás útját is kijelöli.

Baumgarten E.: A szövettani lelet alapján csakugyan lehetetlen eldönteni a tuberculosis diagnosisát. A bacillus-lelet megkivánandó. Ajánlja a kikaparást s utána jodkaliumot.

Ónodi Adolf: Közölt esetében carcinomának tartották az orrsövényen ülő tumort s gyökeres kiirtást végzett. A tuberculosist a szövettani vizsgálat mutatta ki és az, hogy két év mulva a beteg gümőkórban elpusztult. A gyökeres sebészi beavatkozás mellett van a bemutatott esetben is.

Baumgarten Egmont: Naevus Pringle esete.

Miként a kevésbé ismertetett esetekben, úgy ezen esetben is látható, hogy az arcz közepén kölesnyi, majd borsónyi göböcskék vannak elszórva, a melyek részben normalis hámmal fedettek, részben pirosak. Hasonló göböcskéket látni a foghúson, és a mi az eddig ismertetett esetekben ritkaságszámba ment, az ajkak nyálkahártyáján, a kemény és lágy szájpadon is vannak ilyenek. A kemény szájpadon azonkívül még egy vörös daganat is van, mely babnyi nagy. Ezen daganatnak felhámja kissé meg van vastagodva és vörösen színezett. Az ajkon egy ilyen képlet szemcsés szerkezetű. Egyes pontszerű daganatocskák láthatók a nyelv alapján és az epiglottison is.

Pringle szerint ezek jóindulatú daganatok, a melyek nem fekélyesednek s nem vérzenek.

A sokszoros *vérérdaganatok* (teleangiectasiák) vagy foltok, vagy pedig göbalakú élénk piros, illetve kékes effloreszcentiák, a melyek nemcsak a nyálkahártyán, az arczon, hanem a test egyéb részein is jelentkeznek. Ezek a teleangiectasiák gyakran erősen vérzenek.

Ezen betegen az arczon kívül a test más részein nem látni göböket, a szájpad nyálkahártyája eddig nem vérzett. Azonban gyakran szenved a beteg orrvérzésben, az orrsövényen, valamint az orrkagylón látni is kendermagnyi és kölesnyi göböcskéket. Az orr az egyedüli hely, a hol *Pringle*-féle naevus pigmentosus esetén vérzések mutatkoznak.

Ónodi Adolf: A gyermekkori ductus nasolacrimalis.

Bemutatja a gyermekkori ductus nasolacrimalisra vonatkozó vizsgálatainak eredményeit és készítményeit. A ductus nasolacrimalis tágassága az első évben (újszülött, 2, $4^1/_4$, $4^1/_2$, 5, $5^1/_2$, 8, 11 és 12 hónapos gyermek) 1 és 3 mm. között ingadozott. A *második évben* (14 hónapos gyermek) a ductus nasolacrimalis $1^1/_2$ mm., a *harmadik évben* (3 éves gyermek) $2^1/_2$ mm. tág volt. Bemutat egy készítményt ($5^1/_2$ hónapos gyermek), hol a ductus nasolacrimalis nyílása az alsó orrjáratban $2^1/_2$—3 mm. tág. Az első életévekben talált tágassága a nyílásnak ellentétben áll az alsó orrjárat szűk voltával, melyet az odafekvő alsó kagyló okoz, mely sokszor az orr fenekéhez is ér.

A mi a ductus nasolacrimalis viszonyát illeti a Highmor-üreghez az első életévekben, előfordulhat, hogy a Highmor-üreg már a ductus nasolacrimalis falát elérte, de különben szivacsos csontszövet választja el tőle; ezen csontszövet vastagsága a Highmor-üreg előtt 1 és 3 mm. között, a Highmor-üreg elülső végének medialis fala és a ductus nasolacrimalis között 1 és 2 mm. között ingadozott. A Highmor-üreg további fejlődésével mind közelebbi viszonyba jut a ductus nasolacrimalissal. A gyermekkori ductus lacrimalis és nyílásának tágassága, valamint az alsó orrjárat szűk volta, a gonorrhoeás orrhurut és a melléküregek genyedése a nasalis infectiót elősegítheti, az alsó kagyló lobosan duzzadt nyálkahártyája pedig az amúgy is szűk alsó orrjáratot és a ductus nasolacrimalis nyílási területét elzárhatja és a könylevezetés zavarát is okozhatja.

Freystadtl Béla: Gégehűdés syringomyelia eseteiben.

Az irodalomban összegyüjtött eseteknek és saját három esetének kapcsán tárgyalja a syringomyeliás gégehűdéseket. Ez összeállítás alapján — melyben 52 hangszálhűdés szerepel — a syringomyeliás hangszálbénulások főleg féloldaliak, ritkábban kétoldaliak. 52 eset közül 38 esetben féloldali volt a hűdés.

A hangszálbénulás gyakran posticus-paresissal kezdődik, mely rendszerint recurrenshűdésbe meg át.

A gége és garat érzékenysége az esetek nagy részében jelentékenyen csökkent. A féloldali hangszálbénulásnak gyakori kisérője az ugyanazon oldali lágyszájpad- és nyelvbénulás. Az 52 hangszálhűdés esete közül 33-ban volt lágyszájpadbénulás és 16 esetben féloldali nyelvbénulás, valamint hemiatrophia linguae jelezve. A féloldali hangszál-, lágyszájpad- és nyelvbénulás bizonyos tekintetben jellemző a syringo-

myeliás megbetegedésre. A syringobulbia által előidézett agyidegmegbetegedések között gyakoriság tekintetében a nervus vagus megbetegedése — a hangszál- és lágyszájpadbénulás — foglalja el az első helyet, gyakoribb, mint a nervus hypoglossus bénulása. A hangszálhűdés gyakran az első feltűnő jele annak, hogy a megbetegedés a nyultvelőre is átterjedt. A syringomyelia atypusos eseteiben néha a hangszálbénulás vezet a helyes diagnosisra.

Baumgarten E.: A posticus-hűdés átmenete recurrens-hűdésbe néha órák alatt, egész hirtelen történik, míg más centralis bajokban az átmenet lassú.

A sensibilitás a recurrens-hűdésben csak akkor határozható meg s vehető számba, ha az anaesthesia határozott, mert az egyéni érzékenység ingadozik.

Ónodi Adolf: Kérdi az előadót, hogy a szaglást megvizsgálta-e, mert syringomyeliánál az anosmia nem ritka.

Freystadtl B.: A szaglást egy esetben megvizsgálta s normalisnak találta. Az ízlés az atrophiás nyelv oldalán csökkent volt, legélénkebb volt az ízlés a keserű, gyengébb a sós és savanyú iránt.

Baumgarten-nek megjegyzi, hogy a hirtelen beálló recurrenshűdést a posticus-hűdés rendesen megelőzi. Anaesthesia esetében nemcsak a recurrensnek, hanem a nervus laryngeus superiornak a nyúltagyi magvai is bántalmazottak.

Lénárt Zoltán: A chronikus mandulagyuladás és gyógykezelése. (Egész terjedelmében megjelent az Orvosi Hetilap 1911. évi 25. számában.)

Navratil Dezső: Az előadó említette, hogy a féregnyúlvány s a tonsilla között összefüggés van A bél mandulája az appendix. Az art. tonsillaris eltömeszelődése folytán előáll a gangraenás tonsillitis, épp úgy, mint az appendix arteriájának eltömeszelődése folytán az appendicitis gangraenosa.

A tonsillotomiát és morcellement-t nem ajánlja. A Mathiew-műszer nem megfelelő, mert annyit vesz ki, a mennyit akar, nem a mennyit a műtő akar. A helyes eljárás a sebészi, t. i. ha késsel dolgozunk s vagy resectio tonsillaet vagy tonsillectomia subtotalist végezünk. Az esetleges vérzést vagy a vérző ér lekötésével, vagy a garatívek összevarrásával csillapíthatjuk.

Safranek János: Az előadó tárgyalta kérdés a szakköröket az utóbbi időben igen élénken foglalkoztatja s kivált a tonsillák gyökeres kiirtásáról, a tonsillectomiáról számos közlemény jelent meg. Kitűnik belőlük, hogy maguk az amerikaiak, e beavatkozás megalapítói, a szélsőséges radicalismustól ma már eltérnek, mert kiderült, hogy egyrészt a tonsillectomia nem veszélytelen beavatkozás, másrészt pedig, hogy számos esetben a tonsillotomia s a többi addig követett eljárás megfelelő.

Figyelmessé tesz arra, hogy különösen gyermekeken nagy óvatossággal kell eljárni. *Crookett* Bostonban másfél év alatt 12 halálesetet látott tonsillectomia következtében s még számos súlyos vérzésről tud, a melyek csak a carotis lekötésével voltak csiilapíthatók.

A csupán térfogatbeli akadályt alkotó egyszerű hypertrophia esetében a tonsillotomiát kielégítőnek tartja, míg chronikusan gyuladt tonsillák esetén, ha azok teszik az előadó által említett bajok forrását, az eset minőségéhez képest a radicalisabb beavatkozások egyike végzendő. Megemlíti, hogy némelyik tonsillaris eredetűnek vélt lymphadenitis colli esetén is sikerrel végezték a tonsillák eltávolítását Hangsúlyozza, hogy a tonsillectomia csak szigorúan felállított indicatiók alapján s a bekövetkezhető vérzés csillapítására elkészülve végezhető.

Paunz Márk: Nagy anyagon szerzett tapasztalatom van, legalább 3000 tonsillotomiát végeztem.

A tonsillotomia indicatiói: 1. Nagy, légzési nehézséget okozó tonsillák, melyekből távolítsunk el annyit, a mennyi a légzést megkönnyíti. 2. Gyakori gyuladások, melyek adenoid vegetatióval, rhinitissel, otitissel járnak.

Olvasom, hogy Newyorkban magában 1 év alatt 8 halálos vérzés volt tonsillectomia után és mennyi a be nem vallott?

A tonsillotom jó műszer, csak rendesen kell tartani s kellő számban álljon rendelkezésre. Gyorsan lehet vele operálni.

A tonsillectomia „subtotalis" kifejezést perhorreskálom; ne vegyünk be új szókat, melyek zavart okoznak. Különben ezt a részleges tonsillectomiát csipővel, ollóval *Billroth* is csinálta.

A tonsillotomiára nevelni kell a tanulókat is, mert egyszerű műtét, melyet a vidéki praxisban is gyakran kell végezni.

A tonsillectomia, morcellement ritkán szükséges, 100 eset közül 5–10-ben. Phlegmonét és súlyos polyarthritiseket okozó tonsillitiseknél végzem tonsillotomia után; Museux-fogóval, késsel, ollóval hajtom végre.

Laub László: Diónyi mirigy gyógyult meg, mikor egy esetében a tonsillát morcellement-nal eltávolította. A morcellement localis anaesthesisben végezhető.

Navratil Dezső: Tonsillectomia subtotalisról szólunk akkor, a mikor nem teljesen irtjuk ki a tonsillát. Különben csípővel előhúzza a mandulát s késsel egy darabot reszekál belőle. A vérzést sebészileg csillapítjuk. Nálunk utóvérzés sohasem volt.

Lénárt Zoltán: Köszönöm a hozzászólásokat. A *Navratil* által említett tokostól való kiirtásra nincs szükség s nem is szabad megcsonkítani a beteget egy teljes organuma kiirtásával, melynek szerepét nem ismerjük, de a mely valószínűleg szükséges; ennek az ellenkezője nincs még bebizonyítva. Csupán a beteg részeket kell eltávolítani. Erre szolgál a tonsillotom, de a mennyiben még beteg részek maradnak vissza, morcellement-nal eltávolíthatók.

Budapesti Orvosi Kör.

(II. havi ülés 1912 február 5.-én.)

Elnök: **Papp Samu.** Jegyző: **Mohr Mihály.**

A halottégetésről.

Katona József: A halottégetés mellett felhozott érvekkel foglalkozik s bizonyítja azok tarthatatlanságát. Közegészségi szempontból a halottégetés teljesen értéktelen, mert a temetők a közegészségre teljesen veszélytelenek. A temető földjébe jutott hullák rövidebb-hosszabb idő alatt teljesen, és a nélkül, hogy legkisebb ártalmat okoznának, felbomlanak. Ezt bizonyítja a német „Reichsgesundheitsamt" és számos tudós és közegészségtantanár kutatása. A temetők talaja, talajvize jobb és tisztább, mint a hozzájuk tartozó helyiségek talaja és talajvize. A városok temetői pedig valóságos levegőoázisok, a hol ózondús jó levegő képződik. Nem igaz, hogy a temetők a közegészségre károsak Nincs modern, számbavehető hygiene-tankönyv, tudományos munka vagy tudós, a ki a halottégetést a földbe temetéssel szemben előnyösnek mondaná. Hasonlóképp tarthatatlan a közgazdasági érv is, mert föltéve, hogy az összes temető-földek fölszabadulnának, a mi az elégetés mellett sem volna teljesen lehetséges, akkor is a halottégetési építmények és azok fölszerelése több közvagyont emésztene meg, föntartásuk és a kezelésük pedig sokkal többe kerülne.

Nem szól a halottégetés mellett sem a történelmi jogosultság, sem a haladás, sem a kultura. A halottégetés barbár, pogány szokás, a mit a szükség hozott létre. A haladás és a tudomány pedig arra tanít, hogy a természet józan és czélszerű törvényeihez ragaszkodjunk, s ne hozzunk be helyettük természetellenes erőszakos módozatokat.

A halottégetés kizárólag az ízlés és divat kérdése, különczködés, a köz szempontjából teljesen értéktelen, miért is mint ilyen bírálandó el. A halottégetésre szánt sok százezer a szó átvett értelmében nálunk is, éppen úgy mint Franczia- és Olaszországban, valóban holt tőke lesz.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1912 február 17.-én tartott IV. szakülés.)

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

Zacher Pál idegen testeknek a légutakba jutásához csatlakozó kórbonczolástani elváltozások néhány példáját demonstrálja egy eset kapcsán. A 43 éves nő, ki másodízben feküdt a belgyógyászati klinikán, azon panaszszal vétette fel magát, hogy 2 év óta nehezen lélegzik, légzéskor bal mellkasfelében fájdalmakat érez. Vizsgálatkor a bal mellkasfél kisebb, a légzésben visszamarad. Az egész bal oldalon tompult dobos kopogtatási hang hörgi légzéssel. A köpet bő, bűzös. A beteg az erőbeli állapot hanyatlása mellett 9 nap mulva meghalt és bronchiectasia diagnosissal kerül bonczolásra. A bonczolásleletből a következők emelendők ki: A jobb tüdő emphysemás alsó lebenyében bronchopneumoniás góczokon kívül thrombusos arteria pulmonalis-ágak. A bal tüdő kérgesen a mellkasfalhoz nőtt, kicsiny, zsugorodott, tömött, csupán alsó részben van egy lúdtojásnyi, bűzös, barnavörös folyadékkal tele barlang. A barlang belfelülete a hilus felé szabálytalan léczek által, a melyek obliterált ereknek látszanak, másodlagos öblökre van osztva, a melyek iránya a hilus felé konvergálólag halad. Nagyobb hörgőkkel a barlang fala többszörösen közlekedik, szomszédságában gümők nincsenek. A barlang az alsó lebenynek $^2/_3$-át foglalja el, a fenmaradó része az alsó lebenynek heges, palaszürke alapszövet hörgőtágulatokkal,

melyek mogyorónyiak, sűrűn egymás mellett feküsznek, sötét vörös nyálkahártyával birnak. A felső lebeny szintén heges, légtelen, kisebb-nagyobb üregekkel, a melyek nagyobbrészt hörgőkkel közlekednek. A jobboldali főhörgő, valamint a légcső nyálkahártyája halvány. A balé bársonyos, belövelt. Közeledve az alsó és felső lebeny hörgőinek elágazódásához, a nyálkahártya egyenetlenné, szemcséssé kezd válni. A bifurcatiótól 2 cm.-re egy hidalakú nyálkahártyaredő által a két szarv közt levő terület egymással összenőtt. A felső lebeny hörgőjének nyálkahártyáján különösebb rendellenesség nem volt. Ugyanezen tüdő alsó lebenyéhez vezető főhörgőben egy *csontdarabka találtatott erősen beékelve.*

Bemutat még két ilyen készítményt, egyik esetben *vassróf*, a másikban *mogyoróhéj* került az egyik oldali főhörgőbe.

Hatiegán Gyula két beteget mutat be:

a) A bemutatott 45 éves férfibetegnek (kovács) 3 hó óta a jobb válltájra lokalizált fájdalmai, két hó óta pedig nyelési nehézségei vannak rekedtség kiséretében. Objective a jobboldali m. trapezius, sternocleidomastoideus, továbbá a m. supra- és infraspinatus, levator scapulae, rhomboideus, pectoralis major sorvadása mutatható ki, azonkívül a jobb hangszalag hullaállása, atrophiája, a jobb lágyszájpadfél paresise, az egész jobb gégefélre, a hátulsó garatfalra és a lágyszájpadívekre kiterjedő anaesthesia van jelen. Tekintettel ezen objectiv adatokra és az alább említendő kórlefolyásra, a bemutató az ezen területeket beidegző idegek peripheriás megbetegedését veszi fel, nevezetesen a nervus accessorius, a vagus és a plexus brachialis pars supraclavicularisának lobos elváltozását. Lues, egyéb fertőző betegség, alkoholabusus kizárható, ellenben az a körülmény, hogy az illető régóta visel súlyos terhet a jobb vállán, traumás ok valószínűsége mellett szól. A kezelés alatt határozott javulás mutatkozik, jelenleg csak hypaesthesia van jelen az azelőtti érzéstelen területeken, a regurgitatio, a fájdalmak megszűntek. A beteg továbbra is észlelés alatt marad.

b) A 24 éves nőn $1^1/_2$ év óta főfájás, időnként hányás, $^1/_2$ év óta a bal testfélre kiterjedő gyengeség állott be. Megelőzőleg a bal kis- és gyűrűsujj időnkénti rángása jelentkezett, ez azonban egy hónap mulva megszűnt. Objective baloldali hemihypaesthesia és ezzel kapcsolatosan a hő- és fájdalomérzés csökkent volta található. Baloldali hemiparesis. Pangásos papillából kifejlődő atrophia nervi optici folytán amaurosis s a baloldali rágóizmok kiesése észlelhető. Időnként kéregizgalmi tünetek a sensorium teljes felfüggesztésével. A bemutató a jobboldali agydaganatot subcorticalis jellegűnek tartja, a mely fejlődésében a féloldali érzési és mozgási kieséseket okozta.

Hozzászól: *Szabó József.*

Demeter György és **Hanasiewicz Oszkár** előadása: **A 7 mm.-es önműködő ismétlő pisztoly és a 9·8 mm.-es szolgálati revolver hatásáról.**

(1912 március 2.-án tartott V. szakülés.)

Elnök: **Klumák Adolf.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Szabó József: Tabes dorsalis esetét mutatja be.

Apáthy István előadása: **A csontok rostos szerkezetéről, csontkészítmények bemutatásával.**

Vidakovich Kamill: A felkarcsont bütyökfeletti töréseinek egyszerűbb kezelési módját mutatja be. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Goldmann Árpád bemutatása: *a)* **Ulcus serpiginosum**; *b)* **erythema exsudativum** esetei.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Cornearészlet átültetésének érdekes esetét mutatta be *Magitot* a párisi „Académie des sciences" január 5.-én tartott ülésén. A glaucoma miatt eltávolított szem vérsavóban állott 5—6° mellett 8 napon át. E szem corneájából vágtak ki 4×5 mm. átmérőjű négyszögletes darabkát, a melyet átültettek (varrat nélkül) egy gyermek évek óta teljesen átlátszatlan corneáján a pupilla helyén készített megfelelő nagyságú hiány helyére. Jelenleg 7 hónap telt el a transplantatio óta. Az átültetett cornea-darab, a melyet teljesen jól tűr a szem, odanőtt és teljesen megtartotta átlátszóságát, úgy hogy az illető $^1/_{10}$ visussal némileg használhatja a szemét. Még megjegyezzük, hogy a szemgolyó, a melyből a szóban levő cornea eredt, enucleatiója után rögtön *Locke*-folyadékba került s ebben megmosva tétetett át a vérsavóba, a mely egy másik egyéntől származott.

A gonorrhoeás arthritis autoserotherapiájáról beszélt *Ramond* a párisi „Société médicale des hopitaux" november 3.-án tartott ülésén. Javaltnak tartja ezen eljárást a sebészeti beavatkozás előtt, ha a belső szerek már mind cserben hagytak. Az eljárás a következő: a beteg izületből 3—5 cm^3-t aspirálunk és ezt rögtön a bőr alá fecskendezzük; a punctio helyére komprimáló gyapotkötést teszünk. Az eljárást szükség szerint 2—3 naponként megismételjük. A beavatkozást a betegek mindig jól tűrték, tisztán genyes izületi folyadékfelhalmozódás két esetében is. A gyógyulás rövid idő alatt szokott bekövetkezni izületi merevség nélkül.

PÁLYÁZATOK.

310/1912. szám.

Aradvármegye kisjenői járásában a zarándi egészségügyi körben (6595 lakos) a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **április hó 15.-éig** nyujtsák be.

A kör áll: Zaránd, Szineke és Köröscsente községekből. Székhely: Zaránd.

Javadalmazás: Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10., 11., és 15. §§-ai szerint az állampénztárból 1600 korona törzsfizetés és négyszer ismétlődő ötödéves 200—200 koronás korpótlék.

Természetben kiszolgáltatandó fuvar, vagy ennek megváltásaként 300 korona utiátalány.

Lakbér 400 korona.

Szabályrendeletileg megállapított rendelési, műtéti, úgyszintén a székhelyen halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszertár tartására megválasztott jogosult.

A választást április hó végén Zaránd községházánál fogom megejteni.

Kisjenőn, 1912 március hó 11.

A főszolgabíró

A Budapestvidéki kőszénbánya részvénytársaság társpénztára Pilisszentivánott (Pestmegye) újonnan szervezett **alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A társpénztári választmány által megválasztandó alorvos évi fizetése 3500 korona, további javadalmazásai: szabad lakás, fűtés és világítás. Az alorvos állandó lakása Pilisszentiván községben, a fővárostól vasúton egy órányira van. Magánpraxis megengedve

Pályázhatnak oly orvosok, a kik az összes gyógyászat tudorai és Magyarországon lettek felavatva, vagy olyanok, a kiknek diplomái törvényes módon tétettek közhírré, vagy ilyennek elismertették.

A kellő okmányokkal és curriculum vitaevel felszerelt kérvények legkésőbb **1912 március 25.-éig** a társpénztár elnökségéhez címezve Pilisvörösvárra küldendők be.

Az állás lehetőleg azonnal foglalandó el.

Pilisvörösvár, 1912 március hó 10.-én.

A társpénztári elnökség

4899. sz.

A **diósgyőri m. kir. vas- és acélgyárnál** Diósgyőr község székhelylyel rendszeresített **kisegítő gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Ezen állással évi 2300 korona szerződéses fizetés és két szobából meg előszobából álló természetbeni lakás élvezete van egybekötve.

Felhívjuk azon nőtlen orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy hiteles oklevélmásolattal, keresztlevéllel és esetleg egyéb szolgálati bizonyítványnyal felszerelt kérvényeiket a magyar kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához (Budapest, Kőbányai-út 21. szám) címezve, közvetlenül a diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár főnökségéhez (Diósgyőr, gyártelep) küldjék be.

Pályázati határidő **1912. évi március hó 20.-a.**

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó

Diósgyőr, 1912 március hó 2-án.

Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.

536/1912. szám.

Pest-Pilis Solt-Kiskun vármegye kunszentmiklósi járásához tartozó Páhi községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében megállapított 1600 korona készpénzfizetés és a törvény szerinti ötödéves korpótlék.

2. Addig, míg a lakáskérdés elintézést nyer, 500 korona lakbér a község pénztárából előleges negyedévi részletekben.

3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó községi orvos Csengőd telepen tartozik lakni, mely vasútállomás, tartozik továbbá a szegény betegeket ingyen gyógykezelni

A lakosság száma: 4156.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **1912 márczius hó 31. napjának d. u. 4 órájáig** adják be.

A választást f. évi április hó 2.-ának d. e. 11 órájakor fogom Páhi község székhelyén Csengődön a községházánál megtartani.

A megválasztott községi orvos állását április hó 15.-én köteles elfoglalni.

Kunszentmiklós, 1912. évi márczius hó 8.-án.

Martinovich László, főszolgabíró.

A Salgótarjáni köszénbánya részvénytársulat aninoszai bányaüzeménél egy **társpénztári orvosi állás** töltendő be. Ez orvosnak a bánya valamennyi alkalmazottát és munkását díjmentesen kell kezelnie és az ottani házi gyógyszertárt is el kell látnia. Sebészeti gyakorlat előnyt biztosít. Az évi jövedelem 3000 korona kezdő fizetés, 1600 korona évi díjazás a házi gyógyszertár kezeléséért, szabad lakás, fűtés és világítás. Egy évi kielégítő próbaszolgálat után véglegesítését és a társulat tisztviselői nyugdíjintézetébe való felvételét kapja. Pályázók orvostudori oklevelük hitelesített másolatával és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket, egészségi állapotuk és nyelvismeretük, valamint a legrövidebb belépési határidő megjelölésével a Salgótarjáni köszénbánya r.-t. bányaigazgatóságához **Petrozsénybe** (Hunyad megye) nyujtsák be.

125/912. szám.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a vingárdi **körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek. Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgorbó, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó 5 éves korpótlék.

2. A m. kir. belügyminister úr által engedélyezett 1000 korona helyi pótlék.

3. 400 korona lakbér, esetleg természetbeni lakás.

4. 600 korona útiátalány.

5. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó távolsági és látogatási díj.

6. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fel lesz jogosítva.

A körorvos a községeket havonta kétszer előre megállapított napokon köteles meglátogatni és a szegényeket ingyen gyógykezelni.

Pályázók az 1908 évi XXXVIII t.-cz. 7. §-ában előírott képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1912. évi márczius hó 31.-éig** hozzám nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom. A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vizakna, 1912 február 29.

Szabó Lajos s. k., főszolgabiró.

407/1912. sz.

Aradvármegye kisjenői járásában a szapáryligeti körben (7753 lakos) a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1908 évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi április hó 8.-áig** nyujtsák be.

A kör áll Szapáryliget, Kerülös és Szinte nagyközségekből. Székhely: Szapáryliget.

Javadalmazás: 1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10., 11 és 15. §§-ai szerint az állampénztárból 1600 korona törzsfizetés és négyszer ismétlődő ötödéves 200—200 koronás korpótlék

2 Természetben kiszolgáltatandó fuvar, vagy ennek megváltása fejében 400 korona utiátalány.

3. 400 korona lakbér

4 Az 1908. évi XXXVIII t.-cz. 22. §-ában és szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műtéti, úgyszintén a székhelyen halottkémlési és húsvizsgálati díjak

Kézi gyógyszertár tartására a megválasztott jogosult.

Kisjenőn, 1912 márczius hó 8.

A főszolgabiró.

52/912. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházában egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú teljes ellátás.

Folyamodni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket nagyságos *Ambrus Sándor* úrhoz, Békés vármegye alispánjához intézve, hozzám **1912. évi márczius hó 20.-áig** küldjék be.

Békéscsaba, 1912 márczius 12.

Békéscsaba nagyközség közkórháza igazgatója.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.**

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

Fiatal orvos,

ki e szakmában jártas, **fürdőorvosi állást keres.** Szives megkeresések „F. F. 7181“ jelige alatt Haasenstein és Voglerhoz, Budapest, Dorottya-utcza 11. kéretnek.

GLYKOMALTIN DIAETÁS GYÓGY és TÁPSZER

TÖRV. VÉDVE

TARTALMAZ: FA. FER. GLYCEROPHOSFOR KOLA ÉS LECITHINT, MALÁTA-KAKAOBAN

IDEGET ERŐSÍT, TESTET TÁPLÁL.

ÁRA 4 KOR.

KÉSZITI: MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZT GYÓGYTÁR UJPEST, VÁCZI-ÚT 25

Irodalom, minta ingyen.

MALTOCOL LEGOLCSÓBB LEGTÖKÉLETESEBB

TÖRV. VÉDVE

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FANÉJSAVAS (METOL) MALÁTASZÖRPBEN 7% KAL. SULFO-GUAJAC. 2% CALC. és NATR. GLYCEROPHOSFOR. 1% NATR. CAMPHOR.-STB. AROMÁS ANYAGOT.

ÁRA 1k. 80 f.

KÉSZITI — MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZT GYÓGYTÁR UJPEST, VÁCI-UT 25.

Minden gyógytárban kapható.

56. évfolyam. **12. szám.** *Budapest, 1912 márczius 24.*

ORVOSI HETILAP

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

Kétly Károly: Kétoldali rheumás arczidegbénulás esete. 215. lap.

Berend M. és Tezner E.: Közlés a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: BerendMiklós dr. egyet. magántanár) A sympathicus-idegrendszer viselkedése csecsemőkori megbetegedésekben. 217. lap.

Boschán Frigyes: Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Berend Miklós dr. egyet. magántanár.) A sympathicus-rendszer ingerlékenysége az egészséges és beteg csecsemőben. 217. lap.

Fuchs Dénes és Róth Miklós: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.) Vizsgálatok az adrenalinnak a respiratiós anyagcserére gyakorolt hatásáról. 219. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Péterfi Tibor*: Szövettan (histologia). — *Franz Weber:* Die Syphilis im Lichte der modernen Forschung, mit besonderer Berücksichtigung ihres Einflusses auf Geburtshilfe und Gynäkologie. — *Lapszemle. Biologia, Steinach*: Him emlősök kisérleti átalakitása nőstény jellegű állatokká. — *Belorvostan, A. Vystavel*: A streptococcus-törzsek haemolysises hatása. — *E. Zak*: Az urotropin alkalmazásának új tere — *H. Pribram* és *J. Löwy*: A vizeletnek N-tartalmú kolloidtartalma. — *Sebészet. H. Wolff:* A külső lépfene gyógykezelése. — *Elmekórtan. Alter*: Az elmebajosok statisztikája. — *Naecke*: A sexualis abstinentia kérdése. — *Szülészet és nőorvostan. Schauta*: A visszamaradt lepényrészletek leválasztásának szükségessége. — *Holzbach*: A lázas abortusok kezelése a gyakorló orvos szempontjából. — *Hügyszervi betegségek. H. Widbolz*: A defloratiós pyelitis. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schwenk*: A diplosal használata az urologiában. — *Curschmann*: Azodermin. 221—223. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapest orvosi ujság. 223. lap.

Vegyes hirek. 223—224. lap.

Tudományos társulatok. 225—231. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kétoldali rheumás arczidegbénulás esete.

Irta: ***Kétly Károly*** dr.

J. Jakab 37 éves kertész. Beteg lett 1912 február 17.-én. Felvettük 1912 február 26.-án.

Kórelőzményében előadja, hogy 1912 február 16.-án munkaközben erősen megizzadt s egyik oldalon a nyitott padlásajtó, másik oldalon a szemben levő folyosó nyitott ablakán keresztül erős széláramnak hosszasan volt kitéve hol az egyik, hol a másik arczfele, s érezte, hogy megfázott. Február 17.-én tarkótáji fájdalmak lepték meg, majd 18.-án reggel beszéd közben észrevette, hogy a szája bal felé el van húzva s jobb felől az ajkak között kisurrant a levegő; az ezt követő napokon erősen könyezett a jobb szeme. Kb. 22.-én vette észre, hogy az ajka baloldalt is tökéletlenül mozog, s nemsokára a bal szeme is könyezni kezdett s mind mai napig csurog ki belőle a köny.

Fülfájdalmai nem voltak, fülfolyása sohasem volt. Hallásában változást nem vett észre.

Jelenleg az arczát nem tudja mozgatni, szemeit nem tudja behúnyni és különösen zavarja, hogy az alsó ajka egészen lelóg, mozgatni nem tudja. Ivás közben — nehogy a folyadék visszacsurogjon — a kezével emeli fel az alsó ajkát s odanyomja a felső ajak széléhez.

Jelen állapot: Jól fejlett s táplált, 93·6 kg. súlyú férfi, mellkasi és hasi szervei épek.

Arcza mindkét oldalt petyhüdt, kifejezéstelen.

Homlokredői elsimultak, felső szemhéjai petyhüdtek, az alsók lelógnak, baloldalt könycsurgása van.

Nasolabialis redői elsimultak, az alsó ajak mindkét oldalon egyformán petyhüdten lelóg.

Általában az arcz mindkét fele egyformán kifejezéstelen, szinte álarczszerűen élettelen, sehol a legcsekélyebb mimika sem látható.

Homlokát egy oldalon sem tudja ránczolni, szemhúnyáskor a szemhéjak között szabad rés marad (baloldalt 5, jobboldalt 8 mm.-nyi), melyen keresztül a felfelé forduló szemgolyók szabad fehér sclerája tűnik fel. Orrát fintorgatni nem tudja. Az ajkak petyhüdtsége miatt a beszéde tökéletlen, fütyülni, ajkait csucsorítani nem tudja, felfúváskor a levegő a petyhüdt pofafalakat kissé kidagasztva, az ajkak között kisurran. Ajkait zárni nem tudja; álló helyzetben a nyál a szájából, hasonlóképpen ivás közben a víz kicsurog. A nyálelválasztás baloldalt nagyobbfokú mint jobboldalt.

A garatívek jól mozognak, állásuk symmetriás. Az ízérzés a nyelv gyökén rendes, ellenben a nyelv elülső $^2/_3$-ában mindkét oldalon hibás, csak másodperczek mulva, hosszas találgatás, bizonytalanság után jelzi az ízt s így is legtöbbször összetéveszti, főképp jobboldalt.

A dobhártyák normalis vastagságúak, épek, az Eustach-kürtöknek garatbeli nyilása a rendesnél nem tágabb. A hallás mindkét oldalon jó.

Az ideg és izom villamos ingerlékenysége mindkét arczfélen, de főképp jobboldalt csökkent, azonban elfajulási reactio egyik oldalon sincsen. A farado-muscularis contractilitás mindkét oldalon megtartott, csakhogy az izomzat a hűdött területen villamos ingerlésre kissé vontatottan, féreg módjára és nem villámszerűen húzódik össze.

Az elmondottakból világosan kitűnik — és a betegről felvett fényképeink másolatai is igazolják —, hogy esetünkben kétoldali peripheriás arczidegbénulással van dolgunk, a mi, tudomásom szerint, a ritkaságok közé tartozik. Ezen symmetriásan támadt arczidegbénulás mindkét oldalon bizonyára azonos aetiologiával bir, bárha a baloldali bénulás a jobboldalit két napi késéssel követte. A bénulásnak kiváltó okául csaknem egész bizonyossággal az anamnesisben említett erős, hideg szélben való kivételes hosszas foglalkozást tekinthetjük. Azon körülményből, hogy a jobboldali bénulás a szélben való foglalkozást követő harmadik napon már beállott és később is makacsabbnak mutatkozott, azt lehet következtetni, hogy a refrigeratio és annak következményei a

jobb n. facialist erősebb mértékben illették, míg a bal facialis kisebb mérvben volt sérelmezve. A sérelem pedig — a mint a bénulás kiterjedéséből és a chorda tympani laesiójából következtethetjük — mindkét n. facialist a Fallop-csatorna magasabb részében érte.

Hogy maga a refrigeratio mint olyan szerepel-e egyedüli kórokozó gyanánt, avagy mellette infectiónak is volna szerepe: vitatni lehet, de eldönteni nem.

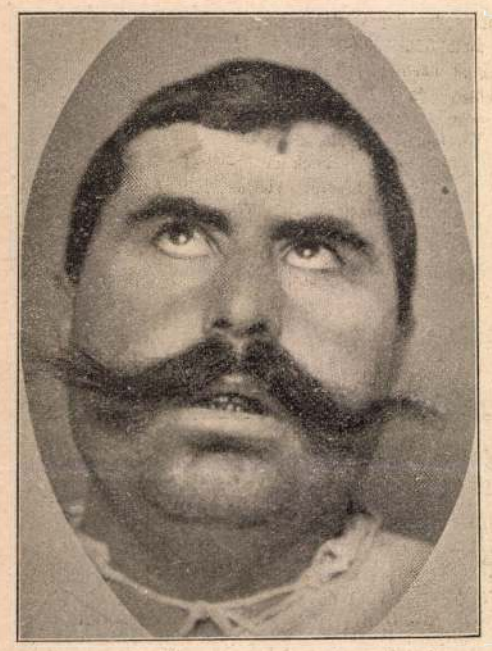
Nézetem szerint — a mint már több alkalommal, legutóbb pedig ez év február havában a budapesti kir. orvosegyesület egyik ülésében hangoztattam — a peripheriás facialisbénulások zömének keletkezésében a refrigatiónak a legfontosabb szerepe van. Azt is igyekeztem bizonyitani, hogy a refrigeratio káros hatását a facialisra a dobüregen keresztül érvényesíti, csakhogy nem, a mint *Stenger* hiszi, a szájüreg felől, az Eustach-kürtök közvetítésével, hanem a legnagyobb valószínűség szerint a mindig nyitott, tágas külső hallójárat útján a rendkivül vékony dobhártyán keresztül, mely néha ablakos is. Ezen finom hártya ugyanis, melynek átjárhatóságát *Schoenemann*[1] kisérletekkel is beigazolta, a refrigeratio ártalmát útjában nem tartóztathatja fel.

Esetünkben is a hideg szél behatása mindkét oldalon a külső hallójárat közvetitésével a dobhártyán érvényesülhetett. A refrigeratiónak *Stenger* által jelzett útja — az Eustach-kürt — esetünkben már csak azért sem jöhet szóba, mert az értelmes, szavahihető beteg tüzetesebb kikérdezésünkre határozottan azt állítja, hogy az okul bemondott hideg légáramlatban való munkálkodása idején száját, úgy a mint rendesen szokta, többnyire csukva tartotta és az orrán keresztül lélegzett. Igy a beszivott levegő már az Eustach-kürtökhöz a szájüregben jelentékenyen felmelegedve juthatott s áthaladva rajtuk még inkább felmelegedett s igy az arcz-idegen nem tudott volna gyuladást létrehozni.

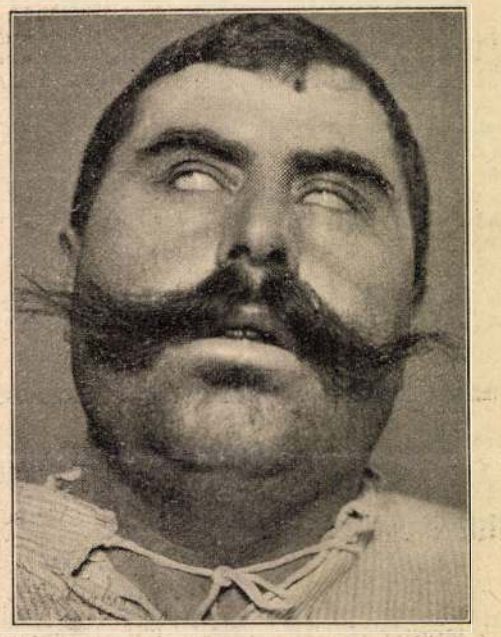
Hogy az idegben magában az ártó hideg behatására milyen path.-anatomiai elváltozás jön létre, az, mint előbbeni közléseimben is felemlítettem, még nincsen teljesen eldöntve. Még a legtöbb valószínűséggel bir *Erb*-nek ismert magyarázata, melyet sok klinikus elfogad, hogy ugyanis ilyenkor az ideghüvelyben gyuladás támad, a mely azt megduzzasztja, a hüvelyen belül pedig izzadmány képződik, melynek nagyságától, nyomásától és helyétől függ a bénulás foka.

[1] Nemzetközi orvosi congressus, Budapest, 1909. XVI. szakoszt. (otologia).

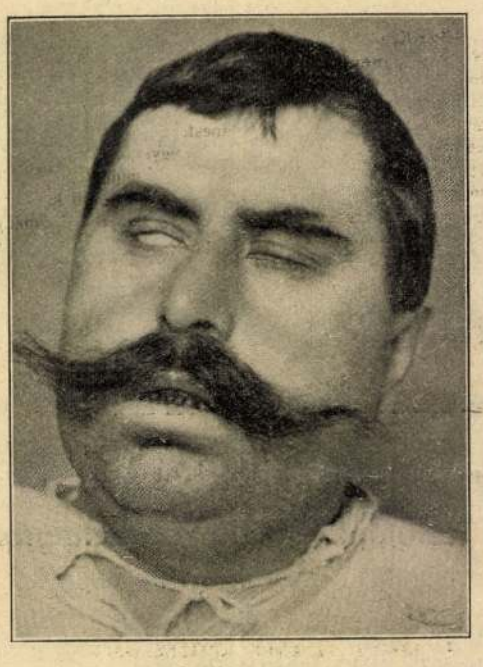
Már jóval kisebb valószínűséggel bir azon nézet, hogy a refrigeratio periostitist keltene a Fallop-csatornában és ezen csonthártyalob okozná nyomás folytán másodlagosan a nervus facialis bénulását. Az ilyen eset, mint a miénk, ezt a felfogást megczáfolja. Nehezen érthető ugyanis, hogy a refrigeratio után harmadnapra már olyan fokú periostitis támadjon, a mely a nervus facialist egyszerre, mintegy varázsütésre teljesen összenyomja. Nehezen hihető az is, hogy egyidejűleg mind a két Fallop-csatornában támadjon ily symmetriás periostitis, és pedig a localis fájdalmasságnak minden nyoma nélkül. Általában a megfázásból eredő periostitis nem oly nagyon gyakori jelenség és a rheumás csonthártyagyuladás a legkínzóbb fájdalommal szokott járni. Hogy azonban a refrigeratio nyomán ideglaesiók nagyon gyakran támadhatnak és pedig kivételesen symmetriásan is, az, úgy hiszem, a legtöbb orvos előtt ismeretes. A periostitis ellen látszik bizonyitani azon körülmény is, hogy az egyik oldalon a facialisbénulás egy hét alatt csaknem teljesen visszafejlődött.



1. ábra.
Felvételi állapot.



2. ábra
Mikor behunyni akarja a szemét.



3. ábra.
Egy heti kezelés után.

A lefolyás különben következőképpen haladt:

Esetünkben, mint láttuk, a bénulás nagyon enyhe lefolyású volt. A bal arczfél bénulása már egy heti fennállás után szinte napról-napra engedett: előbb a szem körüli, majd pedig a szájzug körüli izmok mozgása néhány nap alatt visszatért, úgy hogy már márczius 2.-án (2 heti fennállás után) a bal arczfélnek valamennyi izmába visszatért az activ mozgás. Legfeljebb csak annyi eltérés maradt meg, hogy az izomcontractio egyelőre még gyengébb a rendesnél, arczát a beteg sokáig fintorgatva tartani még nem tudja és az izmok ellenállása még igen gyenge. Igy pl. a teljes erővel behúnyt szemhéjakat ujjunkkal a legnagyobb könnyűséggel szétnyithatjuk. Az is feltűnik, hogy a bal arczfél izomzata a legtöbb mimikai mozgáskor egyidejűleg synergiásan működik. A bal szájzugot pl. félrehúzni nem tudja a nélkül, hogy egyidejűleg a bal szemével ne hunyorítson; viszont hunyorításkor is többször (de nem mindig) a száját is kissé félrehúzza.

Tizenkét napi fennállás után már a jobb arczfél izomzatának activ mozgása is itt-ott visszatérőben van. Ezen az arczfélen is szemlátomást halad a javulás, de mégsem oly gyors tempóban, mint azt a másik arczfélen láttuk. Márczius 7.-én már a jobb szemét is majdnem egészen húnyja; a jobb szájzug is kevésbé petyhüdt, úgy hogy az ivóvíz már nem csurog ki. Ugyanekkor az ízérzés a nyelv elülső harmadán

mindkét oldalon már meglehetősen jó. Ezen időben a villamos ingerlékenység a farádos áramra a bal oldalon már csaknem tökéletes, a jobb oldalon az ideg felől rángás még nem váltható ki, de direct ingerlésre az izomzat már láthatóan reagál. Az eddigi, szinte ritkán tapasztalt gyorsasággal haladó javulást figyelembe véve, remélhetjük, hogy a teljes restitutio hetek, sőt talán napok alatt beáll.

Közlés a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Berend Miklós dr., egyet. magántanár.)

A sympathicus-idegrendszer viselkedése csecsemőkori megbetegedésekben.

Irta: *Berend M.* dr. és *Tezner E.* dr.

(Előzetes közlemény.)

Minden betegség, a mely nem marad szigorúan helyhez kötve, kisebb vagy nagyobb mértékben befolyásolja valamennyi többi szerv működését. A csecsemőbetegségek közül a bennünket leginkább érdeklő táplálkozási zavarok azok, melyekben ezt a távolrahatást a szervezet különböző részei között talán legalaposabban tanulmányozták. Annál inkább feltünő, hogy a sympathicus-rendszer szerepével ezen bántalmakban mind ez ideig senki sem foglalkozott behatóan, daczára annak, hogy a vérkeringési zavarok mind ebbe az irányba terelhették az érdeklődést. Egy-egy általános megjegyzés az egész, a mit az eddigi irodalom e téren nyujt. *Czerny* és *Keller* pl. azt veszi fel, hogy a keringési zavarok „azon általános zavaroknak következményei, a melyeket az anyagforgalom elszenved". A toxicosis tekintetében az agyra való direct behatásról is szólnak.

Pontos megfigyeléskor látjuk, hogy a tünetek egész sora utal a nervus sympathicusra, mely a legkülönbözőbb megbetegedésekben, főleg azonban táplálkozási zavarok esetén fontos, sőt néha úgy látszik döntő szerepet visz. Igy a véreloszlás megváltozása az, mely a könnyű zavar első jeleit: a bőr halványságát és a meteorismust létrehozza (*Czerny-Keller*).* A betegség súlyosbodásával azután mind több tünet jelentkezik a keringési szervek részéről. Ide tartozik a szürkén cyanosisos bőrszín, ide a végtagok jéghideg volta lázas gyereken, ide a fejen észlelhető keringési zavar. Régóta ismerik az agyvelő és az agyburkok venosus hyperaemiáját acut betegségben elhalt csecsemőben; mi bizonyos esetekben teljes szabályszerűséggel megtaláltuk. És ezen megváltozott véreloszlásnak következménye a hydrocephalus internus acutus is, a mely meningealis izgalmi tüneteivel teszi jellegzetessé az illető nem is ritka eseteket (*Hutinel, Berend*).

Az agy- és agyburok-hyperaemia, a mint azt egyikünk kimutatta, nem áll magában. Egyidejűleg rendesen a fej összes vérerei elernyednek. Részt vesz ebben a hyperaemiában a koponyacsontok spongiosus állománya; élőben ez az oka a „piros nyelv"-nek, „piros szájnyálkahártyá"-nak, továbbá a conjunctiva bulbi venosus belöveltségének, a mely eleinte a vastagabb venae conjunctivae posteriores-re, később azután a legfnomabb venae ciliares ant.-re is kiterjeszkedik és mint sötét ciliaris injectio hozzájárul ahhoz az ijesztő képhez, a melyet a súlyos betegség nyujt. A kiszáradással ez a jelenség nem függ össze, sem pedig a szívműködés gyengülésével. Hiszen ilyen esetekben objective akárhányszor meglepően munkaképes szivet találtunk, és egyébként is ellentmond ennek a felfogásnak az, hogy a leirt keringési zavarok szigorúan a fejre szorítkoznak. Tehát nem a központi szervben, a szivben van a hiba, hanem igenis az érszabályozó mechanismusban. Ez pedig a sympathicus-rendszer hatása alatt áll.

Felmerül tehát az a kérdés, hogy milyen természetű ez a zavar? Hogy ezt tisztázzuk: a sympathicus-rendszer ingerlékenységét igyekeztünk megállapítani, még pedig az *O. Loevy* által leírt módon: az adrenalin-mydriasissal. *Loevy* ugyanis azt találta, hogy a normalis m. dilatator pupillae adrenalinra nem reagál. Ha azonban a sympathicus ingerlékenysége fokozódott, akkor egy csepp $1^0/_{00}$ adrenalin kifejezett mydriasist okoz.

Az adrenalin hatását a pupillára *Boschán* dr.-ral nagyobb csecsemőanyagon vizsgáltattuk. Legközelebb megjelenő dolgozatában a következő eredményekhez jut: Sem az egészséges, sem a chronikusan beteg csecsemőn nem váltható ki adrenalinmydriasis. Ezt csak a következő esetekben találta: 1. a legkülönfélébb megbetegedésekben az utolsó 24 órában a halál előtt és 2. súlyos toxikus megbetegedésekben. Utóbbi esetben e toxikus jelenségek megszűntével megszűnt a pupillareactio is. Az első csoport itt nem érdekel. A másodikban ismereteink alapján már jogosan szólhatunk a sympathicus fokozott ingerlékenységéről, mert *Boschán*-nak sikerült bebizonyítania, hogy az exsiccatio, a megváltozott felszívódási viszonyok a leírt elváltozásokat létrehozni nem birják (*Cords*).

Boschán vizsgálatainak legjelentősebb eredménye, hogy a toxikus megbetegedésekben a sympathicus-rendszer ingerlékenysége nagyobb a rendesnél. Ha pedig a fent leírt véreloszlási zavarokat elemezzük, túlnyomóan oly tüneteket találunk, a melyek a sympathicus fokozott izgalmi állapotára utalnak. *A sympathicus-rendszer ingerlékenységének és az izgalmi állapotnak egyszerre való megváltozása tehát teljes összhangban történik.*

A sympathicus-rendszer adaequat ingere tudvalevőleg az adrenalin és néhány rothadási productum az aminok csoportjából, mely anyagok felszaporodása a szervezetben jól megmagyarázza eredményünket. Az erre vonatkozó vizsgálatok — érszűkítő anyagok quantitativ meghatározása a vérben *Trendelenburg* módszere szerint — most vannak folyamatban. Ezen anyagok eredete azután vagy fokozott mellékvesefunctióban lenne keresendő, vagy pedig az adrenalinhoz hasonló bélrothadási termékek fokozott keletkezésében, illetőleg fokozott felszívódásában. Ez irányban szintén végeztetünk vizsgálatokat, ezek azonban végleges eredményre még nem vezettek. Különben is lehetséges, hogy itt a belső secretiónak egyik komplikált és a megkisérlett úton meg sem oldható interferentia-jelenségével van dolgunk.

* E vizsgálatok egyik kezdő pontja egyikünknek (*Berend*) éppen azon (*Czerny-Keller*-ével *ellenkező*) gondolatmenete, hogy a keringési zavar oka a sympathicus beidegzési zavarában keresendő.

Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Berend Miklós dr. egyet. magántanár.)

A sympathicus-rendszer ingerlékenysége az egészséges és beteg csecsemőben.

Irta: *Boschán Frigyes* dr.

A sympathicus-idegrendszer az emberi szervezet kevésbé ismert részei közé tartozik. Ennek oka működésének bonyolult voltában keresendő. A szívműködés, a vérerek tágasságának szabályozása, a pupilla-, hólyag- és bélmozgások mind komplikált idegmechanismussal birnak. A sympathicus hatását tehát sohasem látjuk tisztán, hanem mindig szövődve másnemű, főleg autonom idegrendszeri tényezőkkel. Még növeli a zavart, hogy a sympathicus által beidegzett szervek gyakran nemcsak előmozdító, hanem gátló rostokat is kapnak ezen rendszertől.

Csak nemrégen sikerült *Otto Loewi*-nek egy egyszerű kisérlettel a sympathicus egyik működésébe betekintést nyerni. *Loewi* vizsgálatai szerint $1^0/_{00}$-os adrenalinnak a szembe való cseppentése nem okoz pupillatágulást ép emberen, ellenben megtalálta azt néhány Basedow-féle betegségben s néhány czukros húgyárban szenvedő emberen. Ezen különös tény még nyer érdekességében, ha a reactio mechanismusát elemezzük.

A mellékvese hatóanyaga tudvalevőleg izgatja az előmozdító sympathicus-végkészülékeket, a pupilla tágításakor ható helye tehát a pupillatágító izomban van.

Abban az esetben, ha a nyaki sympathicust izgatják, ez az izom összehúzódik, mydriasis áll be. Minthogy azonban az adrenalin a sympathicusnak gyengébb izgatói közé tartozik, a pupillatágulás csak akkor következik be, ha az ideg ingerlékenysége felette fokozott. Ez az állapot lehet elsődleges, mint a fentebb említett kóros esetekben, a hol állítólag hasnyálmirigyelégtelenség, illetve a kórosan fokozott pajzsmirigy-elválasztás az oka a megváltozott ingerlékenységnek; de érvényesül az adrenalinhatás akkor is, ha kiiktatjuk a sympathicus-gátló rostokat, a mi pl. a felső nyaki dúcz kiirtásával végezhető. Ebben az esetben a rendszer izgató és gátló rostjai között fennálló egyensúly megzavarása történt, tehát itt is végeredményben könnyebben izgatható sympathicussal állunk szemben.

A *Loewi*-féle kisérleteknek azonban más magyarázata is lehetséges, az tudniillik, hogy az említett kóros viszonyok között az adrenalinnak a fokozott felszívódása miatt nőtt az inger nagysága, s ezért reagál a dilatator pupillae. Kisérleti érveket is hoznak fel ezen felfogás mellett, melyeket azonban alább közlendő vizsgálataimmal sikerült megczáfolnom, úgy hogy joggal helyezkedhettem arra az álláspontra, hogy *az adrenalinmydriasis a sympathicus fokozott ingerlékenységének jele.* Hogy mekkora jelentőséggel bir a csecsemő kórtanában, ha egy ilyen mérőeszközzel rendelkezünk, arra *Berend* és *Tezner* előzetes közleményükben már rámutattak. 184 különböző korú egészséges és beteg csecsemőn végeztem vizsgálataimat, részint a *Richter*-féle tonogen 1 : 1000, részint a *Merck*-féle synthetikus adrenalin 1 : 1000 oldatával. Rendszerint 1—2 cseppet adtam belőlük az egyik szem kötőhártya-zacskójába, a másik pupilla összehasonlításul szolgált. Vizsgált eseteim nagy számában határozott pupillatágulást észleltem, a mely tágulás körülbelül a becseppentést követő 20—25. perczben állott be és rendszerint 3—4 óráig, néha akár 8 óráig is eltartott. A haldokló csecsemőn beállott pupillatágulás még a bonczolóasztalon is észlelhető volt.

Lássuk a mellékelt táblázat alapján először ama eseteket, a melyekben az adrenalin becseppentésére pupillatágulás nem állott be.

Ilyen negativ reactiót kaptam:

1. 40 egészséges újszülöttön;
2. 11 egészséges, különböző korú csecsemőn;
3. 9 koraszülöttön;
4. 59 idősült táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőn, számos igen súlyos eset volt köztük;
5. 7 idősült fertőzésben (sepsis, tuberculosis);
6. 12 heveny, de nem toxikus táplálkozási zavarban (acut enteritisek);
7. 5 heveny fertőzéses megbetegedésben, szintén toxikus tünetek nélkül (tüdőlob, empyema, pyelocystitis).

Pupillatágulást, azaz positiv reactiót kaptam:

1. Valamennyi haldokló csecsemőn: a táblázatban „praemortalis"-nak jelzett esetek. A vizsgálat 4—24 órával történt a halál előtt (15 eset);
2. az összes heveny toxikus bélhurutokban (15 eset);
3. az összes heveny, szintén toxikus jelektől kisért infectiókban (5 eset).
4. A 69 idősült táplálkozási zavar közül 6 ugyan positiv eredményt adott, de a pupillatágulás ez esetekben mindig *kisebb* mértékű volt, mint az 1–3 alatt felsorolt esetekben.

Diagnosis:	A Loewi-féle reactio +	−
Ujszülött	—	40
Egészséges csecsemő	—	11
Koraszülött	—	9
Heveny toxikus táplálkozási zavar	15	—
Heveny infectio toxikus tünetekkel	5	—
Heveny táplálkozási zavar toxikus jel nélkül	—	12
Heveny infectio	—	5
Idősült táplálkozási zavar	3	59
Idősült infectiós megbetegedés	3	7
Praemortalis reactio	15	—

Összesen 143 esetben negativ, 41 esetben positiv volt a *Loewi*-féle reactio. Ez utóbbi szám feltünő nagy, tekintve, hogy felnőtteken — mint említettem — csak néhány esetben, ritkább betegségekben találták.

A csecsemő és felnőtt sympathicus-tonusa tehát különböző. Az előbbiben gyakrabban eltolódott a sympathicus- és autonom idegrendszer közötti egyensúly az utóbbi rovására. Ezekben a csecsemőkben vagy a sympathicustonus növekedett, vagy az oculomotorius aránylag gyengébb, mint a felnőttben. Ez utóbbi felvétel azonban a fényreactio fennállására való tekintettel elesik, különösen azon esetekben, a melyekben a szemizmokban izgalmi állapotok (hypertonia, görcsök) észlelhetők.

Az adrenalinmydriasis körül tett tapasztalataink alapján tehát kimondhatjuk, hogy a sympathicus-ingerlékenység a csecsemő bizonyos megbetegedéseiben feltünően fokozott. Felmerül már most az a kérdés, hogy ezen állapotokat mi jellemzi.

A 41 positiv eset közül elhagyandók a praemortalisak, minthogy a halál előtt az autonom idegrendszerek tonusában is oly változások játszódnak le, a melyek a pupillatágulást megmagyarázhatják. A megmaradó 26 positiv eset közül 20 toxikus jelekkel egybekötött, 6 pedig idősült megbetegedés. Viszont toxikus tünetek mellett negativ *Loewi*-féle reactiót sohasem észleltem. A toxikus betegségekben tehát az adrenalinmydriasis törvényszerűen beálló jelenség, míg másnemű betegségben csak ritka kivételként találjuk (72 eset közül 6 esetben). Ugy látszik tehát, hogy szoros összefüggés áll fenn az adrenalinmydriasis és a toxikus betegség-jelek között. Ez az összefüggés különösen szembeötlővé válik, ha a sympathicus ingerlékenységét ezen esetekben hosszabb ideig figyeljük meg.

A 20 acut eset közül (intoxicatiók, toxikus pneumoniák, sepsis) 7 meghalt 5 napon belül és igy a sympathicus-ingerlékenység megváltozása tovább nem volt követhető. A többi 13 gyógyult esetben a gyógyulás előrehaladásával a reactio megszüntét volt alkalmam észlelni. A mydriasis általában 2—14 napig volt kiváltható; de meg kell jegyeznem, hogy a klinikai toxikus jelek előbb tünték el, mint a positiv reactio.

Észleltem volt oly betegeket is, a kiken a reactio eleinte negativ volt s vizsgálataim ideje alatt vált positivvá. A sympathicus tonusának eme növekedését a klinikai kép jellegzetes változása is kisérte. Ha egy gyermeken positivvá vált a reactio, az mindig toxikus megbetegedés kifejlődésével járt. A reactio eltünte prognostikailag is kedvező jelnek volt tekinthető.

Tehát kétségtelenül szoros összefüggés áll fenn a toxikus megbetegedések, különösen az alimentaris toxicosisok és a Loewi-féle reactio, illetőleg a fokozott sympathicus-ingerlékenység között.

A csecsemők sympathicus-tonusának quantitativ megállapítására kisérleteimet egy másik sympathicus-méregnek, a cocainnak felhasználásával folytattam. Igyekeztem megállapítani ama legkisebb concentratiót, a melyben egy csepp cocain-oldat még határozott mydriasist hozott létre. A határ természetesen nem volt éles, sőt néha előfordult, hogy rövid időn belül tágabb határok közt változó értékeket kaptam, jeléül a sympathicus-érzékenység nagy ingadozásának vagy a megváltozott felszívódási viszonyoknak, bár kivételesen előfordultak ezen határokon kívül eső értékek is, a nélkül, hogy ezeknek valami magyarázatát találtam volna. Ebbeli vizsgálatokat felnőtteken is végeztek; *Neu* $^1/_4{}^0/_0$-ban állapítja meg a küszöbértéket egészséges ember számára, *Lindemann* ellen-

ben $^1/_{20}$—$^1/_{30}$% közt találta a határt. Ezen ellentmondó adatokra való tekintettel magam is végeztem ilyen vizsgálatokat egészséges felnőtteken, és úgy mint *Lindemann*, $^1/_{20}$—$^1/_{30}$%-os oldattal kaptam még reactiókat a csecsemőn talált $^1/_{30}$—$^1/_{40}$%-kal szemben. *A csecsemőben tehát a sympathicus ingerlékenysége általában nagyobb, mint felnőttben.*

Még jelentékenyebb a különbség a csecsemő toxikus megbetegedéseiben, a hol $^1/_{50}$%-os cocain is okozott még mydriasist, bár be kell ismernem, hogy ebben az irányban még nem sok esettel rendelkezem.

A cocainnal való vizsgálataim közben még egy érdekes jelenségre akadtam. Kiderült ugyanis, hogy a csecsemő fokozott reactioképessége csak a 2.—3. hónapban kezdődik, *az előtt cocainnal szemben aránylag refractaer.*

Az újszülött $^1/_{10}$—$^1/_{15}$% határértékeket adott, a koraszülöttek általában a kisebb $^1/_{10}$-, sőt $^1/_8$%-os küszöbértéket adták. Lehet, hogy ez a jelenség a sympathicus-rendszer kifejlődésével van valami összefüggésben.

Befejezésül még rá kell térnem ama ellenvetések tárgyalására is, melyek csak nemrégiben e felfogás ellen elhangzottak s melyeket bizonyára a cocain-kisérleteimmel szemben is felhoznak. Fejtegetéseim kapcsán az adrenalinmydriasist a fokozott sympathicus-ingerlékenység kifejezőjének tekintettem.

Cords a *Loewi*-féle reactiót utánavizsgálván, súlyos ellenvetéseket hoz fel ezen felfogás ellen s ezek alapján a reactio ideges eredetét kétségbe vonja. *Cords* a fősúlyt az adrenalin fokozott felszívódására fekteti, melynek a cornea kisebb-nagyobb kiszáradása vagy egyéb sérülése volt az oka. Ezért *Cords* óva int attól, hogy a mydriasisból a corneának alapos megvizsgálása előtt messzebbre menő következtetéseket vonjunk, mert a legkisebb sérülés esetén is a rendesnél nagyobb mennyiségben lép át a becseppentett adrenalin s ezért áll be a mydriasis. *Cords* szaruhártyafekélyek, erosiók, felhámzavarodások esetén mydriasist kapott. S ugyanezt állatkisérletekben is előidézte akképpen, hogy a corneát hosszabb időn át a levegő szárító hatásának tette ki. Csakugyan a heveny toxikus megbetegedésekben, a melyek az egész szervezet exsiccatiójával járnak, elképzelhető volna, hogy localis cornea-exsiccatio folytán gyorsabb az adrenalin felszívódása. A corneát minden egyes esetben szorgosan megvizsgáltam, néha fluoresceinnel is s minden esetet kiküszöböltem, melyben a legkisebb cornea-sérülést találtam.

Egynéhány positiv esetben a vizsgálandó szemre bórvizes borogatásokat raktam a becseppentés előtt és után, hogy így a corneát állandóan nedvesen tartsam. De az adrenalin-mydriasis akkor is beállott. A klinikai megfigyelés is *Cords* ellen szól, a mennyiben a vizsgált csecsemők között sok olyan volt, a kin az exsiccatio klinikai jelei nem voltak észlelhetők s mégis adrenalinmydriasis állott be. Másrészről pedig ama choleriform enteritisekben, a melyek óriási vízvesztéssel voltak egybekötve, de toxikus tünetek nélkül folytak le, a *Loewi*-féle reactio nem állott be.

Az én eseteimben tehát nem a kötőhártyáról való felszívódás volt a döntő, sem ennek megváltozása az exsiccatio következtében. De azért nem akarom tagadni a felszívódott adrenalin *mennyiségének* jelentőségét.

Hisz sok esetben sikerült nekem is észrevehető mydriasist észlelnem, a hol mintegy kierőszakoltam azt többszörös instillatio révén. Ilyenkor azonban a pupillatágulás sohasem volt oly nagyfokú, mint az egyszeri becseppentés okozta positiv eseteimben.

Vizsgálati berendezésem mellett tehát az adrenalinmydriasis mindig sympathicus-izgalmat jelent.

Irodalom. *Loewi:* Archiv für experiment. Pathol. 54. kötet, 198. l. — *Cords R.*: Zeitschrift für Augenheilkunde, XXV. kötet. — *Cords:* Die Adrenalinmydriasis und ihre diagnostische Bedeutung. Wiesbaden, 1911. — *Neu:* Münchener med. Wochenschrift, 1911. 34. sz. — *Lindemann:* ibidem, 49. sz. — *Trendelenburg*: ibidem, 39. szám.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.)

Vizsgálatok az adrenalinnak a respiratiós anyagcserére gyakorolt hatásáról.

Irta: *Fuchs Dénes* dr. és *Róth Miklós* dr.

Kisérleteink czélja volt: tanulmányozni, milyen befolyást gyakorol a szervezetbe subcutan módon bevitt adrenalin az anyagcserére, specialisan hogyan hat az a respiratiós anyagcserére. Arra a kérdésre akartunk különösen feleletet kapni, vajjon van-e szerepe az adrenalinnak a czukor felbontása, elégése körül, hogy vajjon ennek a hormonnak a czukoranyagcserében való közreműködése nem terjed-e tovább az eddig ismeretes mobilizáló képességénél.

E czélból normalis egyéneken s egy Addison-kórban szenvedő betegen *Zuntz-Geppert* módszere szerint, 13—14 órás éheztetés után, meghatároztuk az éhezési anyagcsereértéket, részben előzetes adrenalinbevitel nélkül, részben subcutan adrenalin-befecskendések hatása alatt, mindkét módon több napon át. Pontosan vigyáztunk arra, hogy a kisérlet tartama alatt mindazon tényezők, melyek az ilyen módon végzett kisérletekben hibaforrások gyanánt szerepelhetnek, teljesen kizárassanak: kisérleti egyéneink teljes nyugalomban feküdtek s minden megerőltetés nélkül egyenletesen lélegzettek.

Ilyen kisérleti berendezés mellett 4 kisérleti sorozatot végeztünk, és pedig kettőt mellékveséjüket illetőleg egészséges egyéneken,* kettőt pedig egy a mellékvese-insufficientia minden tünetét mutató, morbus Addisoniban szenvedő 39 éves nőbetegen, a kin semmi olyan intercurrens állapot nem volt jelen, mely a respiratiós anyagcserére való hatásával, az alapbántalomtól eltekintve, eredményeinket befolyásolhatta volna.

Kisérleti eredményeinket 4 táblázat tünteti fel, a mely táblázatokból kiszámított középértékeket könnyebb áttekinthetőség kedvéért az V. táblázatban foglaltuk össze.

A táblázatos összefoglalásból a következők tűnnek ki.

a) *Adrenalin-befecskendések után a légvételek száma szaporodik.* A szaporodás legnagyobb volt a 16 éves egyénen (24—40), jóval kisebb a 24 éves kisérleti személyen (18—23) s még kisebb az Addison-kórban szenvedő betegen (19—20, 17—19.)

b) *Adrenalin-befecskendés után az 1 percz alatt elhasznált, illetőleg kilehelt levegő mennyisége* („Minutenatemvolumen") mind a 4 esetben *lényegesen emelkedett.* Az emelkedés az első esetben 62·9%-ot, a másodikban 52·0%-ot, a harmadikban 53·0, illetve 33·6%-ot tesz ki.

c) *Az 1 percz alatt elfogyasztott O és képződött CO_2 mennyisége nagyobbodik.* A nagyobbodás azonban nem mindegyik esetben következett be egyforma arányban, s ez a körülmény a respiratiós quotiens érdekes megváltozását vonja maga után. A míg ugyanis az egyik normalis egyén (24 éves nő) respiratiós quotiense az adrenalin-befecskendés hatása alatt változatlan maradt (0·762—0·772), és a második normalis esetben kisebb mértékben emelkedett (0·856—0·910-re), addig az Addison-kóros respiratiós quotiense két különböző időben végzett kisérleti sorozatban úgyszólva majdnem egyformán (0·866—0·960, illetőleg 0·878—0·966-ra) igen nagy mértékben emelkedett.

Nézzük már most, hogyan értékesíthetjük eredményeinket s micsoda választ nyerünk belőlük feltett kérdésünkre.

A respiratiós quotiens emelkedéséből jelen esetben direct következtetést vonhatunk a szervezetben végbemenő égési folyamatok minőségére. Az emelkedést itt a czukor fokozott elégéséből származónak mondhatjuk. A szaporább légzéssel járó fokozott izomműködés létrehozhatja ugyan a CO_2-termelés és O-elhasználás fokozódását, létrehozhatja

* Az egyik 24 éves nő tabes juvenilisben szenvedett (atrophia u. optici), a másik 16 éves egészséges fiatalember volt.

I. táblázat (normalis 24 éves nő).

A kisérlet száma és ideje	kezdete	tartama	Légzésszám perczenként	1 perczre eső levegőmennyiség l.	O-csökkenés a kilégzett levegőben %	CO_2-szaporodás a kilégzett levegőben %	O-fogyasztás perczenként cm³	CO_2-kiadás perczenként cm³	$\frac{CO_2}{O_2}$
1. IV/24	9⁰ 52′	18′ 53″	19	3·977	4·502	3·383	179·1	134·6	0·73
IV/24	10⁰ 18′	19′ 8″	19	3·739	4·366	3·458	163·2	129·3	0·79
IV/24	10⁰ 50′	12′ 22″	18	4·032	4·581	3·528	184 7	142·2	0·77
2. IV/25	8⁰ 49′	10′ 6″	24	4·993	3·729	2·900	186 2	162·8	0·78
IV/25	9⁰ 09′	17′ 16″	19	4·091	4·395	3·258	179·8	133·2	0·74
3. IV/26	8⁰ 43′	12′ 30″	22	5·768	3·737	2·946	215·5	169·9	0·79[1]
IV/26	9⁰ 5′	13′ 57″	21	5·466	3·969	2 959	217·0	161·7	0·75
4. IV/27	8⁰ 28′	11′ 5″	25	6·581	3·481	2·797	229·1	184·1	0·80[2]
IV/27	8⁰ 49′	11′ 54″	26	6·052	3·531	2·770	213·7	167·7	0·78
IV/27	9⁰ 16′	20′ 39″	24	10·068	3 789	2·814	381·5	283 2	0·74

[1] 8⁰-kor 1 mgr. Parke-Davis féle adrenalin subcutan. Utána szívdobogás, remegés, gyengeségérzet.
[2] 8⁰ 8′-kor 1 mgr. Parke-Davis-féle adrenalin subcutan.

II. táblázat (normalis 16 éves férfi).

A kisérlet száma és ideje	kezdete	tartama	Légzésszám perczenként	1 perczre eső levegőmennyiség l.	O-csökkenés a kilégzett levegőben %	CO_2-szaporodás a kilégzett levegőben %	O-fogyasztás perczenként cm³	CO_2-kiadás perczenként cm³	$\frac{CO_2}{O_2}$
1. VI/6	8⁰ 59′	11′ 11″	22	6·785	3·677	3·250	249·48	220·52	0·88
VI/6	9⁰ 20′	10′ 33″	25	6·945	3·745	3·042	260·09	211·27	0·81
VI/6	9⁰ 45′	9′ 34″	23	7·565	3·516	3·049	265·99	230·66	0·87
2. VI/7	8⁰ 52′	9′ 7″	27	7·824	3·220	2·803	251·93	219·31	0·87
VI/7	9⁰ 43′	15′ 14″	25	9·259	3·568	2·939	330·35	272·12	0·82
3. VI/8	8⁰ 37′	11′ 29″	32	9·765	3·147	2·780	307·31	271·47	0·88[1]
VI/8	9⁰ 27′	11′ 37″	40	10·634	2·958	2·574	314·56	273·72	0·87
4. VI/9	8⁰ 45′	14′ 43″	40	14·312	2·644	2·532	377·83	362·38	0·96[2]
VI/9	9⁰ 11′	11′ 51″	46	11·747	2·747	2·462	322·70	289·21	0·90
VI/9	9⁰ 38′	11′ 12″	42	12·409	2·484	2·325	308·24	288·50	0·94
5. VI/10	8⁰ 37′	12′ 28″	26	9·019	2·959	2·659	266·88	239·81	0·89
VI/10	9⁰ 25′	13′ 0″	27	8·715	3·083	2·434	268·68	212·12	0·89

[1] 8⁰ 25′-kor 1 mgr. Parke-Davis-féle adrenalin subcutan.
[2] 8⁰ 22′-kor 1 mgr. Parke-Davis-féle adrenalin subcutan.

III. táblázat. (Addison I.)

A kisérlet száma és ideje	kezdete	tartama	Légzésszám perczenként	1 perczre eső levegőmennyiség l.	O-csökkenés a kilégzett levegőben %	CO_2-szaporodás a kilégzett levegőben %	O-fogyasztás perczenként cm³	CO_2-kiadás perczenként cm³	$\frac{CO_2}{O_2}$
1. IV/4	9⁰ 31′	15′ 10″	16	4 941	3·454	2·940	170 66	145·26	0·85
IV/4	9⁰ 55′	14′ 17″	19	4·968	3·504	2·795	174 08	138·86	0·80
2. IV/5	9⁰ 6′	14′ 5″	15	5·184	3·175	2·669	164·59	148·73	0·90
IV/5	9⁰ 31′	13′ 37″	21	5·259	3·355	2·797	176·44	147·09	0·83
3. IV/6	8⁰ 56′	14′ 28″	18	4·941	2·892	2 775	142·89	137·11	0·96
IV/6	9⁰ 17′	15′ 34″	20	4·888	2·943	2·623	143·86	128·21	0·89
IV/6	9⁰ 47′	12′ 7″	21	5·807	2·933	2·440	170 31	141 69	0·83
4. IV/10	9⁰ 29′	11′ 34″	20	6·721	2·869	2·773	192·83	186·37	0·97[1]
IV/10	9⁰ 50′	8′ 1″	21	9·290	2·228	2·225	206·99	206·70	0·99
IV/10	10⁰ 15′	13′ 33″	21	9·301	2 236	2·001	207·97	186·11	0·89
5. IV/11	9⁰ 18′	10′ 37″	18	6·621	2 838	2·772	187·90	183·53	0·98[2]
IV/11	9⁰ 38′	10′ 28″	17	6·802	2·681	2·638	182·37	179·43	0·98
IV/11	10⁰ 3′	8′ 48″	20	8·102	2·353	2·245	190 63	181·89	0·95
6. IV/15	9⁰ 8′	16′ 30″	18	6 199	3·063	2·549	189·88	158·01	0·83
IV/15	9⁰ 42′	11′ 55″	20	6·132	2·536	2·356	155·51	144·47	0·93
IV/15	10⁰ 15′	13′ 8″	19	4·940	3·161	2·573	156·15	127·11	0·81

[1] 8⁰ 30′-kor 1 mgr. Parke-Davis-féle adrenalin subcutan.
[2] 8⁰ 50′-kor 1 mgr. Parke-Davis féle adrenalin subcutan.

IV. táblázat. (Addison II.)

A kisérlet száma és ideje	kezdete	tartama	Légzésszám perczenként	1 perczre eső levegőmennyiség l.	O-csökkenés a kilégzett levegőben %	CO_2-szaporodás a kilégzett levegőben %	O-fogyasztás perczenként cm³	CO_2-kiadás perczenként cm³	$\frac{CO_2}{O_2}$
1. V/18	8⁰ 49′	13′ 7″	16	5·621	2·694	2·316	151·43	130·23	0·86
V/18	9⁰ 18′	13′ 18″	18	5·601	2·869	2·495	160 69	139·74	0·87
V/18	9⁰ 35′	17′ 21″	19	4·313	3·968	3·174	171·14	141·71	0·80
2. V/20	8⁰ 40′	14′ 50″	16	4·944	2·929	2·604	138·29	128·75	0·89
V/20	9⁰ 4′	13′ 13″	17	5·536	2·802	2·691	155·12	149 14	0·96
V/20	9⁰ 33′	12′ 11″	17	5·916	2·569	2·278	151·98	134·76	0·89
3. V/21	9⁰ 0′	11′ 23″	16	6·317	2·239	2·107	141·44	152·05	1·07[1]
V/21	9⁰ 21′	10′ 0″	18	7·084	2·088	2·140	147·91	151·60	1·02
V/21	9⁰ 44′	12′ 28″	20	7 655	2·133	1·932	163 29	147·90	0·91
4. V/22	8⁰ 46′	16′ 48″	18	6·547	2·654	2·476	173 76	162·10	0·93[2]
V/22	9⁰ 14′	15′ 2″	22	6·847	2·489	2 301	170 42	157·55	0·93
V/22	9⁰ 41′	13′ 24″	21	8 314	2·060	1·931	171·21	160·49	0·94

[1] 8⁰ 35′-kor 1 mgr. Parke-Davis-féle adrenalin subcutan. Utána közvetlen remegés, gyengeségérzet.
[2] 8⁰ 25′-kor 1·5 mgr. Parke-Davis-féle adrenalin subcutan. Utána semmiféle subjectiv tünet sem következett be.

V. táblázat. (Középszámok.)

A kisérleti sorozat száma	Légvételek száma perczenként	A lélegző volumen nagysága cm³	O-fogyasztás perczenként cm³	O_2-kiadás perczenként cm³	$\frac{CO_2}{O_2}$	Megjegyzés
I.	18	4166	178·6	140·4	0·762	
	23	6786	251·3	193·3	0·772	Adrenalinos időszak
II.	24	7710	271·6	230·8	0 850	
	40	11730	326·1	297 1	0·910	Adrenalinos időszak
	36	8860	267·8	225·9	0·840	
III.	19	5141	163·3	140·1	0·866	
	20	7860	194 8	187·3	0 960	Adrenalinos időszak
	19	5454	167·2	143·2	0·857	
IV.	17	5322	154·8	136·3	0·878	
	19	7113	161·3	155·3	0·966	Adrenalinos időszak

ugyan a respiratiós quotiens megváltozását, illetve megnövekedését, de hogy ez a tényező kisérleteinkben nem szerepel, mutatja azon körülmény, hogy éppen ott volt a legnagyobb respiratiós quotiens-emelkedés (III. és IV.), a hol semmit, illetőleg alig szaporodott meg a légzésszám, viszont pedig az egyik normalis egyénben a légzésszám lényeges emelkedése daczára a respiratiós quotiens változatlan maradt.

Kisérleteinkből tehát megállapíthattuk azt, hogy az adrenalinnak a szervezetbe való bevitele a respiratiós quotiens emelkedését hozza létre s hogy végeredményképpen fokozott czukor-elégést idéz elő. Hogy ennek a fokozott elégésnek mi a mechanismusa, hogy hol van az adrenalinnak támadási pontja, erre vonatkozólag kisérleteink nem adnak feleletet. Ez többek között úgy jöhet létre, hogy az adrenalin több szénhydratot mobilizál s ennek következtében több ég el, vagy esetleg úgy, hogy az adrenalin a czukorbontó fermentek katalysatora gyanánt szerepel s a sejtekben lefolyó glykolysist mozdítja elő. Az ezen lehetőségekben feltett kérdések eldöntésére további vizsgálatok vannak hivatva.

Érdekesnek kell mondanunk azt a körülményt, hogy a respiratiós quotiens emelkedése ott következett be nagyobb mértékben (III. és IV.), a hol fel kell tételeznünk, hogy az adrenalin hiányzik a szervezetből, illetőleg mennyisége nagy mértékben megkevesbedett. Azon esetek közül, a melyekben az adrenalin mennyiségét normalisnak kell feltételeznünk,

egy esetben az adrenalin-befecskendés úgyszólván semmi, a a másik esetben pedig kisebbfokú respiratiós quotiens-emelkedést eredményezett. Ezt oly módon értelmezhetjük, hogy az előbbi esetben ugyanazon adrenalin-mennyiség a szervezet megkevesbedett adrenalin-állományához viszonyítva sokkal nagyobb többletet jelent, mint az utóbbi esetben, a hol az adrenalin-tartalom normalis volt, a mely különbség azután a hatás fokában is megnyilatkozva, az első esetben a normalis functiót erősebben tudja fokozni, mint az utóbb említettben.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Péterfi Tibor: Szövettan (histologia). *Nagy László* közreműködésével és *Lenhossék Mihály* előszavával. I. és II. rész. 243 szövegközti ábrával. Budapest, 1911/12. Mai Henrik és fia kiadása. Ára 14 korona.

Immár három évtizede annak, hogy *Mihálkovics*-nak a szövettant tárgyaló „Általános boncztan"-a megjelent s több mint másfél évtized mult el azóta is, hogy *Thanhoffer* szövettani munkáját megírta. Azóta nagy haladást tett ez a fontos disciplina és így fölöttébb kivánatos volt, hogy orvostudományi irodalmunk egy új histologiai tankönyvvel gyarapodjék. Már ez is bizonyítja, hogy *Péterfi* hasznos és fontos munkásságot fejtett ki, a mikor e kétségtelenül nehéz feladatra vállalkozott. Ebben kétségkívül nagy segítségére volt nagy szaktudásán és tapasztalásán kívül az a körülmény is, hogy két elsőrangú histologus oldalán végezhette éveken keresztül szövettani tanulmányait. A munka elsősorban orvostanhallgatóknak és szigorlóknak szól, de bátran meríthet belőle a szakember is. A mű első része, mely a sejttant, az általános fejlődéstant és az általános szövettant foglalja magában, már egy év előtt jelent meg. Az anyagnak könnyen áttekinthető beosztása és földolgozása jellemzi ezt a kötetet. Hasonlót mondhatni a második kötetről is, mely csak az imént jelent meg és az egyes szervek és szervrendszerek részletes histologiáját tárgyalja. A szerző egész munkájában, mely mintegy 31 ívre terjed, lehetőleg tárgyilagosan, teljesen a tudomány jelen állásának megfelelően tárgyalja az egyes fejezeteket, úgy hogy az olvasó az anyagról egységes képet nyer. Kiemeljük, hogy a szerző úgy látszik nem a „neuron" és a contactus-tan híve, hanem inkább a continuitas-elméletet követi, a melyet pedig kétségtelenül több érvvel kellene még támogatni, hogy általánosan elfogadhatóvá válhasson. Nagyban emeli a mű tudományos értékét, hogy benne a szükséges fejlődéstani adatok is rövid, de alapos tárgyalásban részesülnek; megírásuk *Nagy László* szakavatottságát dicséri. A jól megírt munkának minél nagyobb sikert és minél több kiadást kivánunk.

Franz Weber: Die Syphilis im Lichte der modernen Forschung, mit besonderer Berücksichtigung ihres Einflusses auf Geburtshilfe und Gynäkologie. Mit 8 Abbildungen im Text. Berlin, 1911. Verlag von S. Karger.

Az előttünk fekvő, 8 ívre terjedő munka a maga nemében eléggé tökéleteset nyujt. Czélja, hogy megismertesse az olvasóval mindazokat az új és fontos fölfedezéseket és vizsgálati eredményeket, melyek a syphilis pathologiáját és klinikáját a legutóbbi években egészen új mederbe terelték. A munkát igen tanulságosan megírt rövid történelmi bevezetés nyitja meg. Ezt követi az állati syphilisnek a leírása és a spirochaeta-kimutatás jelentőségének a tárgyalása. A legrészletesebben találjuk ismertetve a *Wassermann*-féle reactiót, és pedig úgy elméleti, mint gyakorlati szempontból. A szerző ezek után mindezeknek a syphilisre vonatkozó újabb adatoknak a szülészeti gyakorlatba átültetését és klinikai értékesítését tárgyalja, a mit a munka legértékesebb részének tekinthetünk. A syphilis tanának újabb haladása iránt érdeklődő orvos sok hasznosat talál benne. *Guszman.*

Lapszemle.

Biologia.

Hím emlősök kisérleti átalakítása nőstény jellegű állatokká. *Steinach*-nak régebbi kisérleteiben sikerült fiatal emlősök heréjét oly módon transplantálni ugyanazon állatra, hogy abban az ondóképződés tökéletesen megszűnt, belső secretiós működése azonban megmaradt, úgy hogy az állatok morphologiai (másodlagos nemi jelek), valamint physiologiai tekintetben (nemi ösztön és potentia) tökéletesen hímekké fejlődtek. Ujabb kisérleteivel elsősorban sikerült fiatal hím, előzetesen castrált tengeri malaczokba és patkányokba ugyanazon faj nőstényének ovariumát transplantálnia, még pedig vagy a peritoneumra, vagy a bőr alá. Az implantált ovarium a castrált hímállatban teljesen kifejlődött, a másodlagos hím nemi jelleg kifejlődését azonban nem mozdította elő, sőt ellenkezőleg gátolta a penis és corpora cavernosa kifejlődését. A nősténynyé tett hím emlői hatalmasan kifejlődtek, testsúlyában nem gyarapodott oly gyorsan, mint a normalis hím, a mint hogy a nőstény is mindig könnyebb a hímnél, testméreteiben, szőrözetének minőségében és a zsírszövet erősebb kifejlődésében is a nőstény állatnak felelt meg, valamint egész megjelenésében nőstény állat benyomását tette.

A nősténynyé tett hím a pubertás idején nem mutatott hím nemi ösztönt és a közelébe hozott nőstényre sem volt semminemű hatással. Ellenben hím állatokra majdnem oly hatással volt, mint a valódi nőstény és néhány a nőstény állatokra specifikus reactiót mutatott: farkát magasan tartotta, és hátulsó lábaival védő mozgást végzett. E kisérleti eredményekhez a szerző több következtetést fűz az ivarmirigyek fejlődésére vonatkozóan. (Pflügers Archiv, 144. kötet, 1912.)

Kőrösy dr.

Belorvostan.

A streptococcus-törzsek haemolysises hatása *A. Vystavel* szerint nem egyes streptococcus-faj vagy törzs véroldó képességétől függ, hanem ugyanazon fajnak, sőt törzsnek különböző tenyésztési viszonyok közt megnyilvánuló képességével van összeköttetésben.

Ismeretes, hogy a legsúlyosabb sepsises bántalmak okozójaként szereplő haemolysises streptococcusok átoltás, tenyésztés útján elveszthetik haemolyzáló képességüket, viszont anhaemolysises törzsek különböző táptalajokra átoltás s állatpassage útján ismét haemolysises képességet nyerhetnek. Ezen átoltások és átalakulások azonban mesterségesek, a melyek a szervezeten belül nem jönnek létre. A szerző a természetes feltételeknek megfelelőleg ugyanazon törzsnek haemolysises képességét anhaemolysisessé tudta átalakítani s viszont. Gyermekágyas egyénnek — kinek a véréből anhaemolysises streptococcus volt kitenyészthető — lochialis váladékából aërob tenyészetben anhaemolysises s anaërob tenyészetben haemolysises képességgel bíró streptococcusokat tudott kitenyészteni. Bármelyiket tovább oltva több generatión át mindig azt tapasztalta, hogy az aërob tenyészet anhaemolysises streptococcusokat tartalmaz s fordítva, tekintet nélkül arra, hogy melyik féleséget használta a továbboltás czéljaira. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 4. sz.)

Galambos dr.

Az urotropin alkalmazásának új terét ismerteti *E. Zak.* Feltűnt neki, hogy egy pneumoniás betege — a ki egyidejűleg myelitise miatt urotropint is szedett — köpetének bacteriumtartalma feltűnő csekély volt. Felvétele, hogy az urotropin a vese- és az epeutakhoz hasonlóan a légutakon is kiválasztatik s így fejthet ki localisan desinficiáló hatást, az ez irányban végzett vizsgálatok alapján helyesnek bizonyult.

2—3 gr. urotropint adva keményített gelatinában bronchitisben szenvedő betegeinek, az expectorált köpetben bőven volt kimutatható az urotropin.

A kiválasztás úgy a bronchialis, mint a nyálmirigyek útján történik. A nyálban változatlan, nem hasított formában

van jelen az urotropin. A desinficiens hatást a köpet és nyál bő fehérjetartalma nem befolyásolja. Eprouvetta-kisérletekben kevés urotropinnak a köpethez adása ez utóbbinak bomlását jelentékenyen gátolta. Az urotropin használatát — desinficiáló hatása folytán — a tüdő ulcerosus folyamataiban, tuberculosisban, gangraenában, bronchiektasiában ajánlja. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 4. sz.) *Galambos* dr.

A vizeletnek N-tartalmú kolloid-tartalmát vizsgálták *H. Pribram* és *J. Löwy*. E szerzők *Salkowski*-nak egyszerű s klinikai czélra elég pontos eljárását tették vizsgálat, ellenőrzés tárgyává. *Salkowski* és az utánvizsgálók szerint a N-tartalmú kolloid-anyagok rák eseteiben megszaporodva szoktak lenni. A szerzők utánvizsgálatai szerint azonban a kolloid-anyagok megszaporodása nem jellegző rossztermészetű daganat jelenlétére.

A béltractus secretiós betegségeiben a táplálék fehérjebontásának zavarain alapulhat a kolloidok megszaporodása. A máj és lép megbetegedései nem mindig, de gyakran vezetnek a kolloid-anyagok megszaporodására. Acut lázas megbetegedések a toxikus fehérjeszétesés folytán fokozott kolloid-kiválasztásra vezethetnek. A belső secretio zavarainál rendszerint szintén kissé nagyobb értékek fordulnak elő. Diabetes insipidusnál eléggé, diabetes mellitusnál nagy fokban megszaporodnak a vizelet kolloid-tartalmú anyagai. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 5. sz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A külső lépfene gyógykezeléséről értekezik *H. Wolff*. Az ember külső lépfenéjének gyógykezelésében egységes kezelésmódot még nem értek el. Vannak, a kik a conservativ kezelést ajánlják, mások az operativ kezelés hivei és csak nagyon kevesen vannak, a kik serum-kezelést ajánlanak. *König* többek között nem tartja helyesnek, hogy egy olyan infectióval szemben, a mely órákig, sőt napokig localis marad és csak azután támadja meg az egész szervezetet, várakozó álláspontot foglaljunk el. Ennek megfelelően arra kell törekednünk, hogy a localis infectio góczát a könnyebb esetekben edzésekkel, a súlyosabb esetekben excisióval és az ezzel együtt járó edzéssel vagy cauterisatióval elpusztítsuk. Vannak, a kik erősen desinficiáló hatású oldatoknak, min tcarbolnak, sublimatnak, jodtincturának a pustulába való befecskendezésével igyekeztek eredményt elérni. Legújabb időben *Barlach* operativ eljárást közöl, a mely *Lejars*-nak egy régebbi eljárására támaszkodik. *Barlach* keresztmetszéssel felhasitja a pustulát, miután thermokauter segélyével gyűrűalakú árokkal elhatárolta; azonkívül subcutan jodinjectiókat alkalmaz a környezetbe és az oedemás szöveteket esetleg fesztelenîti incisióval. Ezen eljárással kitünő eredményeket ér el rövidebb gyógykezelés mellett, mint az általa azelőtt gyakorolt excisiókkal jodinjectiók nélkül. Míg *Barlach* elsősorban a jod hatásának tulajdonítja a gyorsan visszafejlődő gyuladásos tüneteket, *Unger* ugyanilyen meglepő eredményeket ért el thymololajecsetelésekkel. Gyakran már az első napon látta a gyuladásos jelenségeket és a lázat visszafejlődni. Bármennyire kecsegtetők is a *Barlach*-methodussal elért eredmények, az experimentalis és a klinikai tapasztalatok arra az álláspontra kényszerítenek bennünket, hogy a conservativ eljárás mégis csak a sebészi elé helyezendő. Igy *Baumgarten*, *Nissen* és *Müller* vizsgálatai azt mutatják, hogy sok esetben a lehető legrövidebb időn belül inficiáltatott az egész szervezet a lépfene bacillusai által úgy, hogy a legradicalisabb sebészi beavatkozás sem járt sok haszonnal. Ezt az álláspontot látszanak igazolni *Bergmann*, *Lexer* és mások tapasztalatai is. Az ő véleményük szerint a leghelyesebb kezelés abból áll, hogy a beteg testrészt teljes nyugalomba helyezzük, e mellett izgató szereket adunk és a diaetára nagy súlyt fektetünk. Fontos mindezeken kívül, hogy bizonyos gyógyszerekkel (jodtinctura, jodanisol, bórvaselin) lehetőleg megakadályozzuk az infectiónak továbbterjedését. A szerző által bemutatott tizenhárom eset is arra enged következtetni, hogy a conservativ kezelésnek sok tekintetben előnye van a sebészi fölött. A serum-kezelést csak azon esetekben ajánlja, a hol a localis fertőzés mellett már súlyos általános tünetek jelentkeztek. (Münchener med. Wochenschrift, 1911, 52. sz.) ifj. *Hähn Dezső* dr.

Elmekórtan.

Az elmebajosok statisztikájával foglalkozik *Alter* és kimutatja, hogy Lippe fejedelemségben az utolsó évtizedekben az elmebajosok száma háromszor nagyobb növekedést mutat, mint a milyent ugyanaz idő alatt a népességé. Az elmebajosok növekedése főképpen a férfiakra esik és valószínűleg a megélhetés súlyossága okozza. Az elmebajosok számának növekedése a népességéhez viszonyítva részben — mintegy 20%-ban — abból magyarázható, hogy az elmegyógyintézeti kezelés kiterjedtebbé vált. Az elmebajosok valóságos növekedése csak 1·8-szer akkora, mint a milyen nagy a népességéé. Az utolsó 100 évben az elmebajok typusa nem változott, valamint az életkor és elmebaj kitörésének viszonya is változatlan maradt. (Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych., VII. k. 343. l.) *Goldberger Márk* dr.

A sexualis abstinentia kérdésével foglalkozik behatóan és érdekesen *Naecke* és a következő végeredményre jut: Sexualis abstinentiáról csak akkor beszélhetünk, ha az illetőnek normalis libidója és normalis potentiája van. A sexualis abstinentián mindenféle nemi tevékenységtől való tartózkodást értünk, a mely orgasmushoz és ejaculatióhoz vezet. Az időszakos vagy csak részleges tartózkodás semminemű káros hatással sem jár, de ha tartós jellegű, akkor káros befolyása az illető korától és ideges állapotától függ. Közepes nemi ösztön esetén, megfelelő szellemi elvonás és ép testi erő mellett a tartós abstinentia még az érett korban sem okoz ideges tünetet vagy csak ritkán és kis mértékben, mert a természet pollutio útján segít magán. Nagyfokú nemi ösztön esetén, még pedig ideges rátermettség és terheltség mellett előfordulhat ugyan, hogy főképpen az érett korban, enyhébb vagy súlyosabb kárt okoz, és pedig depressiós állapotokat, kényszerképzeteket stb. hív elő. De minden esetben vagy legalább a legtöbben más okok is szerepelnek és a nemi tartózkodás csak mint mellékes ok játszik közre. Elmebaj sohasem fejlődhetik sexualis abstinentiából és mint mellékes ok is alig jön számításba.

Ezekből a következő gyakorlati szabály vonható le: Minden fiatal embernek, a mennyire csak lehetséges, a házasságáig a sexualis abstinentiát kell ajánlani, és pedig kevésbé valláserkölcsös okokból, a mivel az orvos csak másodsorban törődik, hanem pusztán orvosi okokból, még pedig a nemi bajok nagyfokú fertőzőképessége miatt. A hol e tanácsok nem vezethetnek czélhoz, mert a libido nagyfokú vagy erős a csábítás, de még inkább ha pontos vizsgálat alapján kiderül, hogy a nemi tartózkodás kóros jelenségeket vált ki, akkor, ha a viszonyok megengedik, a házasságot kell ajánlani, egyéb esetben a házasságon kívüli nemi érintkezés tanácsos, de az összes óvóintézkedések figyelembevételével. *Blaschko* a diákok részére még az óvóeszközök ismertetését is szükségesnek tartja. *Naecke* szerint igaza van ebben, de csak mint ultima ratio jöhet szóba. Az onania ajánlása már koczkázatosabb. Elsősorban az ideges és egyéb tünetek orvosi gyógykezelése szükséges, és ha kiderül, hogy a nemi tartózkodás az egyedüli vagy legalább a legfőbb oka a tüneteknek és ha a libidót nem sikerül csökkenteni, akkor nem marad más hátra, mint a nemi érintkezés.

A házasságon belül is rászorulnak a férjek, ha az asszony gravid, gyermekágyas, beteg, hogy hosszabb-rövidebb ideig nemileg tartózkodjanak, a mit, súlyos neurastheniát kivéve, veszély nélkül meg is tehetnek. A legtöbb özvegy vagy elvált asszony könnyen viseli el a teljes abstinentiát, többször ugyan csak onania mellett. Ismeretes, hogy a női emlő erősen eratogen, és ha férfi vagy a nő maga nyomogatja, sexualis izgalmat vált ki, sőt többször ki is elégíti a nőt, a mi inadaequat nemi kielégítésnek tekinthető. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 1986. l.) *Goldberger Márk* dr.

Szülészet és nőorvostan.

A visszamaradt lepényrészletek leválasztásának szükségességét bizonyítgatja *Schauta* tanár. Álláspontját a következőkben foglalja össze:

1. Visszamaradt lepényrészleteket el kell távolítani minden oly esetben, a hol láz nem jelentkezett.

2. Lázas gyermekágyasból csak akkor, ha a folyamat az endometriumra, a méhre lokalizálódott, így tehát a parametriumok, az adnexumok és a medenczebeli venák még nem fertőződtek.

3. Indicatio vitalis esetén: nagy vérzésnél akkor is, ha a parametriumok, az adnexumok és a nagy erek is már megbetegedtek.

A leválasztást digitalis úton kell eszközölni, a legszigorúbb asepsissel; műszert sohase vegyünk igénybe. Műtét előtt és után a méhüreget alkohollal öblítsük ki.

Szülészeti beavatkozásaink indicatióit és prognosisát a bakteriologiai vizsgálatoktól függővé tenni — legalább ezidőszerint — lehetetlen. Különböző coccusfajták jelenléte esetében is hol súlyos, hol könnyebb megbetegedéssel találkozunk; sokszor egész sima gyógyulással végződnek a bakteriologice súlyos fertőzések. A haemolyzáló streptococcusok előfordulása sohasem lehet biztos irányítónk a prognosis felállításakor. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 1. szám.)

Scherer dr.

A lázas abortusok kezeléséről a gyakorló orvos szempontjából nyilatkozik *Holzbach*. Szerinte rendkívül bajos dolog a közismert *Winter*-féle propositiónak a gyakorlatba való átvitele. *Winter* szerint ugyanis minden abortust a beavatkozás előtt bakteriologice kell megvizsgálni és ettől a bakteriologiai vizsgálattól függővé tenni, hogy operative vagy conservative járjunk-e el. Azonkívül felelősségteljesnek találja *Holzbach* tisztán a haemolyzáló streptococcusok kimutatásától tenni függővé a gyógykezelést és az esetleges beavatkozást. *Traugott* indítványát már életrevalóbbnak találja, t. i. tekintet nélkül a haemolysisre, minden esetben, a hol streptococcus-positiv az oltás eredménye, az activ therapia mellőzendő. Valószínűnek tartja, hogy a streptococcusok haemolyzáló és nem haemolyzáló tulajdonságaikat cserélgethetik.

Winter és *Traugott* indítványához csatlakozott később az irodalomban *Schottmüller*, a ki anaërob streptococcus putridust mutatott ki több esetben. Mindeme vizsgálatok szerint tehát nemcsak haemolyzáló streptococcussal fertőzött abortusoknál, hanem mindenféle streptococcussal fertőzött abortusoknál contraindikált a befejezés. Továbbá nem fejezhetők be mindama vetélések, a hol anaërob csírák, putrid streptococcusok, pneumococcusok, colibacillusok stb. kimutathatók. A klinikusoknak feltétlenül tisztázniok kell a kérdést, mivel a gyakorlat számára a propositio a mai formájában nem fogadható el. Különben a gyakorlatban egyáltalán bajos lesz a bakteriologiai vizsgálatok keresztülvitele; a nagy városoktól távolabb lakó orvosoknak 4—5 napig kellene várniok, míg választ kapnak s míg megtudhatják, hogy a vetélés befejezhető-e vagy nem. (München. med. Wochenschrift, 1912, 7. sz.)

Scherer dr.

Húgyszervi betegségek.

A defloratiós pyelitisről ír *H. Widbolz* berni docens. A gyuladásos betegségek jóval gyakoribbak a női vesemedenczében, mint a férfiakéban, úgy hogy a női nemi szervekben — és pedig akár ezek bonczolástani szerkezetében, akár a működési mechanismusban — egy a pyelitisre disponáló momentumot kell feltételeznünk. A már nagyon ismert vesemedenczelobon kívül *Widbolz* szerint létezik még egy defloratiós pyelitis is. Nem is olyan ritka dolog ugyanis, hogy a fiatal asszonyok közvetlenül a férjhezmenetelük után gyakori és fájdalmas vizelési ingerről panaszkodnak. Ezen panaszok legtöbbször néhány nap alatt spontán megszűnnek ugyan, de néhanapján mégis heves cystitis és néhány nap mulva pyelitis is fejlődhetik ki belőlük. Ilyenkor természetesen első-sorban gonorrhoeás fertőzésre gyanakszunk és kitartunk ezen diagnosis mellett még akkor is, ha a gonococcus-lelet többszöri vizsgálatra is mindig negativ volt. Már pedig ez akárhányszor nem indokolt, mert *Widbolz* szerint az ilyen esetekben akárhányszor colicystitis és colipyelitis áll fenn, mikor is a fertőzés a hymenrepedésekből indult ki.

A defloratio és a pyelitis közti viszony nemcsak elméleti érdekességű, hanem megvan az a gyakorlati haszna is, hogy ennek tudatában nem helyezkedünk — úgy mint a mikor gonorrhoeára gondolunk — a várakozásos therapia álláspontjára, hanem lehetőleg azonnal és minél erélyesebben alkalmazzuk a belső vizeletantinsepticumokat. Ezek alapján tehát ezentúl a fiatal asszonyokon olyan gyakori s a legtöbbször alig méltányolt, mert jelentéktelennek tartott cystitis-tüneteket is nagyobb figyelemre fogjuk méltatni, mint eleddig és a gyógykezelést mindaddig nem fogjuk beszüntetni, míg a vizeletet csíramentessé nem tettük.

Mert közelfekvő az a gondolat, hogy a pyelitis gravidarum, mely többnyire az első terhesség alatt jelentkezik, igen gyakran a húgyszerveknek a defloratio után keletkezett colifertőzéséből ered. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1912, 1. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A diplosal használatáról az urologiában ír *Schwenk*. A salol helyett használta ezt a szert cystitis, pyelitis, urethritis eseteiben. Kitünően hatott prostatatúltengéssel kapcsolatban fennállott idősült cystitis ellen. Eredménynyel adta heveny gonorrhoea eseteiben is prophylacticum gyanánt, hogy a kóros folyamatnak a húgycső hátulsó részére terjedését megakadályozza. A szer nem bántja az emésztőszerveket, kellemetlen mellékhatása a szívre és a vesére nem mutatkozott. (Dermatologische Wochenschrift, 1912, 3. sz.)

Azodermin. A „Scharlachrot" kedvező hatása tulajdonképpen amidoazotoluol-tartalmán alapszik, a mely azonban nagyobb mennyiségben némileg mérgező. Ez a mérgező hatás azonban elvész, ha beviszszük az acetylcsoportot. Ily módon származik az azodermin nevű sárgás-vörös, nagyon finom por, a melylyel *Curschmann* kitűnő eredményeket ért el égett seb, rosszul bőrödző sarjadzás, lábszárfekély stb. eseteiben. Részint 10%-os kenőcs alakjában használta, részint pedig a készen kapható 8%-os kenőcsöt vette igénybe. A képződő új bőr feltünően finom, de azért erős; hegszövet képét sohasem mutatja. A szer sohasem okoz túlságos sarjadzást. (Therapeut. Wochenschrift, 1911, 12. füzet.)

Zebromal néven a Merck-gyár egy új bromkészítményt állított elő. A zebromal nem más, mint dibromfahéjsavaethylester; vízben nem oldódik, 48% bromot tartalmaz, kellemetlen mellékhatásai nincsenek. 1 grammos tablettákban jön forgalomba. *Jödicke* nagyon jó eredménynyel adta ezt az új szert epilepsia eseteiben 4—8 tabletta mennyiségben naponként. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 7. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 11. szám. *Kiss Gyula:* Adatok a Wassermann-reactio ismeretéhez. *Gajduschek Mátyás:* Skarlátrecidiva.

Orvosok lapja, 1912, 12. szám. *Máthé Gábor:* A züllött gyermekekről.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 12. szám. *Mutschenbacher Tivadar:* A gyomorbél-összeköttetés helyreállításának kérdéséhez gyomorresectio után. *Bakody Aurél:* Paranoid originaer téves eszmékkel biró psychosis gyógyult esete.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Abonyi József* dr. budapesti fogorvosnak a közélet terén szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. A belügyminister *Kaiser Károly* dr.-t közegészségügyi felügyelővé nevezte ki és egyidejüleg megbízta a székesfővárosi Szt. Gellért-kórházban igeiglenesen elhelyezett központi bakteriologiai és közegészségi vizsgáló állomás vezetésével. — *Sipos Dezső* dr., karls-

badi fürdőorvost Temesmegye tiszteletbeli főorvosává, *Bella Mária* dr.-t és *Jüngling Kálmán* dr.-t a pécsi közkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Balázsovics Gyula* dr. t Vágsellyén, *Richter Sándor* dr.-t Harkácson körorvossá választották.

A budapesti poliklinika rendelésein februárban 5236 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 13671 volt.

Meghalt. *Sinkovics Bálint* dr. nyugalmazott bányaműorvos 67 éves korában márczius 11.-én Désen. — *Schuster Emil* dr. nagysinki körorvos. — *Fülöp Ignácz* dr. nagyrépényi körorvos márczius 13.-án. — *Lichtfusz Antal* dr. szászkabányai körorvos márczius 17.-én. — *Rosenfeld Jakab* dr. nyugalmazott cs. és kir. ezredorvos 61 éves korában Nagybecskereken.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A diphtheria-serum intramuscularis befecskendezése Morgenroth* és *Levy* szerint előnyösebb mint a subcutan, mert sokkal gyorsabb a felszívódás, úgy hogy már 8 óra mulva a vér antitoxintartalma körülbelül olyan nagy, mint közvetlenül a vérbe fecskendezéskor. Az intravenás befecskendezéssel szemben pedig azért előnyösebb az intramuscularis, mert utána néhány napra meglehetősen egyforma concentratióban tartalmazza a vér az antitoxint, míg az intravenás befecskendezés után 24 órával a bevitt antitoxinnak mintegy $^2/_3$-a már eltűnt a vérből. (Zeitschrift für Hygiene, 70. kötet, 1. füzet.) — *A műtét előtti vérvizsgálat Lerda* és *Rossi* szerint gyakorlatilag is értékesíthető eredményt adhat, a mennyiben sikerült kimutatniok, hogy azon esetekben, a melyekben a műtét után sepsis állott be, a műtét előtt nagyfokú eosinophiliával járó kifejezett hyperleukocytosis volt található. (Archiv für klin. Chirurgie, 96. kötet, 4. füzet.) — *A fenyegető coma diabeticum* egy nem igen ismert tünetére hívja fel a figyelmet *Lereboullet;* ez a tünet az epigastralgia, a melynek jelentkezésekor tüstént erélyes alkali-therapia foganatosítandó. (Progrès méd., 1911, 48. sz.)

A franzensbadi orvosotthon-egylet (Aerztekurhaus-Verein) májusban ismét 10 helyet ad gyógyulást igénylő kartársak és nejük részére. E helyek a következő engedményekkel járnak: ingyen lakás magánházakban, ingyen orvosi kezelés, az összes gyógytényezők díjtalan használata, felmentés a gyógy- és zenedij alul stb. A folyamodások legkésőbb április 20.-áig nyujtandók be az egylet elnökségéhez Franzensbadban.

A frankfurti egyetem létrejötte ismét kétségessé vált. Frankfurt városa tudvalevően késznek nyilatkozott, hogy a különböző, már fennálló, tudományos czélra szolgáló alapitványok (Senckenberg-féle intézet, Stern-féle orvosi intézet, Közhasznú egyesület) hozzájárulásával és egybevonásával egyetemet alapit és tart fenn, minden állami segély és hozzájárulás igénybevétele nélkül. Az egyetemet mint városi egyetemet tervezték. A porosz közoktatásügyi minister most a budget-tárgyalások alkalmával kijelentette, hogy a porosz kormány az egyetem alapításához csak úgy adhatja beleegyezését, ha az egyetem állami egyetem lesz, épp olyan szervezettel, mint a többi porosz egyetem, a porosz közoktatásügyi ministerium fenhatósága alatt és kinevezési jogával, de avval a kikötéssel, hogy az összes költségeket az utolsó fillérig Frankfurt fedezi s biztosítékot nyujt, hogy örök időkre gondoskodik az egyetem fentartásáról, úgy, hogy az államnak ahhoz soha anyagilag hozzájárulnia nem kell. Ugy látszik, hogy a vezető körök Poroszországban nem szivesen látják az új egyetem tervét, mert féltik a közelfekvő marburgi és giesseni egyetem látogatottságát, mely egyetemek úgyis a legkisebbek közé tartoznak; pedig magasabb szempontból tekintve, itt egy, a kultura érdekében tett fényes ajándék felajánlásáról, a tudomány ápolására és terjesztésére szánt új góczpont létesitéséről van szó Hogy Frankfurt belemegy-e a különös feltételekbe, melyeknek az a veleje, hogy a pénzt ők adják, de beleszólásuk az egyetem dolgaiba nem lesz, kétséges.

Székács Béla dr. kórházi főorvos lakását VIII., Üllői-út 4. szám alá tette át.

Személyi hirek külföldről. A toulouse-i egyetemen *A. Soulié* dr.-t az anatomia rendes tanárává nevezték ki. — *M. Domenico* dr.-t, a törvényszéki orvostan tanárát Cataniában Pisába helyezték át — *A. Gautier*, az orvosi chemia tanára a párisi egyetemen, 50 éves tanári jubileumát ünnepelte. A franczia orvosi lapok ez alkalommal kiemelik az ünnepeltnek nagy tudományos érdemeit; vizsgálatai közül a legfontosabbak azok, a melyek az arsenicumra vonatkoznak. Ő állította elő és alkalmazta először a kakodylatokat, az arrhenalt, az ő kutatásai készitették elő az atoxyl és arsenobenzol előállitását. — *K. Ludloff* dr. czimzetes rendkivüli tanár Boroszlóban megbizást nyert az orthopaedia előadására. — Rendkivüli tanári czimet nyertek: *K. Schlayer* (belorvostan, Tübingen) és *L. Arnsperger* (sebészet, Heidelberg) magántanárok. — *L. Stieda* ismert anatomus, a bonczolástan tanára Königsbergben, nyugalomba vonul, hasonlóképen *E. Ludwig*, az orvosi chemia tanára a bécsi egyetemen.

Hirek külföldről. Lipcsében márczius 2.-án adták át rendeltetésének az új oto-laryngologiai klinikát, melynek *Barth* tanár a vezetője. — Az atheni egyetem márczius 25.-én ünnepli fennállásának 75. évfordulóját. — Berlinben márczius 13.-án felmentették egy orvosi lap szerkesztőjét és kiadóját, a kiket azért helyeztek vád alá, mert a lapjuk hirdetési rovatában a termékenyitést meggátló szereket is hirdettek. Az elvi jelentőségű itélet nagy fokban magára vonja a közfigyelmet. — Az osztrák kormány megszerzett két újabb uranfémbányát Joachimsthalban, minek folytán az állami radiumintézet tetemesen növelheti az előállított radium mennyiségét. Eddig a nevezett intézet 1·8 gramm radiumot tudott előállitani, ezentúl a radium mennyiségét 4 grammra növelheti s igy abban a helyzetben lesz, hogy a világ egész radiumszükségletét fedezheti. Egy gramm radium értéke 400 000 korona. — New-York városa a városi egészségügyi hivatalban a syphilisre és kankóra vonatkozó bakteriologiai és serologiai állomást rendezett be, melyben a vizsgálatokat díjtalanul eszközlik, de csak akkor, ha a vizsgálatot orvos kéri. — A jenai Zeiss-gyárban április 10.—13.-áig kurzust tartanak a szemüvegekről és újabb szemészeti optikai eszközökről szemorvosok számára. A kurzus díja 40 márka; a jelentkezést *Rohr* dr.-hoz (Tolstrasse 34) kell intézni. — A román lapok szerint *C. Lascul*, egy fiatal sebészorvos egy sikerületlen műtétét annyira a szivére vette, hogy közvetlenül utána főbelőtte magát. A műtét légcsőmetszés volt, melyet az orvos diphtheriás gyermeken végzett. A beteg a kezei között halt meg, úgy látszik, valamely műhiba következtében.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállitásával is foglalkozik.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät. és physik. kezelés. Radiuminhalatorium

Orvosi laboratorium Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14—16. Telefon 90—46.

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd. VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-uteza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujonnan átalakitva. Prospectus.

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

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerviztherapia, gyönyörü fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-uteza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Dr. RÉH Elektromágneses gyógyintézete. VII., Városligeti fasor 15 Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** hasköték, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendü minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.
Védjegy.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1912 márczius 18.-án) 225. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. és V. rendes tudományos ülés 1912 február 3.-án és 10.-én) 225. l. — VI. országos elmeorvosi értekezlet (1911 október 29-30.-án.) 227. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 231. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1912 márczius 18.-án.)

Elnök: **Entz Géza.** Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Ónodi Adolf** lev. tag: **„A könyszervek viszonya az orrüreghez és annak melléküregeihez“.** Vizsgálatai eredményeit 43 ábrával érzékiti, melyek egyrészt felnőttekre, másrészt gyermekekre vonatkoznak és a könyzsák és könyorrjárat helyzetét, lefutását, szomszédsági viszonyait a Highmor-üreghez, a rostasejtekhez és a homloküreghez részletesen tárgyalják. A sebészi bonczolástani viszonyok mellett a rhinogen könyszervi megbetegedések kóroktanát, az endonasalis eljárásokat és a rhinochirurgiai beavatkozásokat, valamint azok gyógyjavalatait is tárgyalja monographiája, mely külföldön egyidejűleg német, franczia és angol nyelven is megjelenik.

2. **Tangl Ferencz** r. tag bemutatja *Alexander Ferencz* és *Révész Géza* **„Optikai ingerek hatása az agy gázcseréjére“** czimű dolgozatát, mely a budapesti m. kir. tud.-egyetem ált. kórtani intézetében készült.

A szerzők kisérleteikkel azt a kérdést akarták eldönteni, hogy megnövekedik-e az agyvelő anyag- és energiaforgalma a fokozott működés közben, mint a hogy az a többi szervben történik. Míg azonban a legtöbb szervnél (izom, vese, mirigyek) a fokozott működés jelentékeny, rendesen mérhető munkavégzést jelent (mechanikai munka, osmosisos munka), addig az agyműködésnél mérhető munkavégzést nem lehetett megállapítani. A problema megoldása tehát egyúttal azt a sokat vitatott kérdést is eldönti, hogy az agyműködésnek energiaátalakulással járó folyamat-e az alapja? Kisérleti vizsgálat tárgya is többször volt már ez a kérdés, a nélkül azonban, hogy a kisérletek végleges eredményre vezettek volna. Legnevezetesebbek az amerikai tudósoknak: *Atwater, Benedict* és *Carpenter*-nek a szellemi munkára vonatkozó anyagcsere-kutatásai, melyek negativ vagy legalább is bizonytalan eredményre vezettek. *Mosso*-nak és újabban *Berger H.*-nak agyhőmérséklet-mérései azt mutatták azonban, hogy úgy szellemi munka közben, mint érzékszervi behatásokra az agykéreg hőtermelése fokozódik.

A szerzők az agyvelő fokozott működését erős érzékszervi, még pedig optikai ingerekkel idézték elő. Az agyvelő gázcseréjének változását az egész szervezet O_2-fogyasztásának és CO_2-termelésének (a tüdő gázcseréjének) megváltozásával mérték, a midőn a többi szerv állapotváltozását a lehetőségig kizárták. Kisérleteiket ezért kurarázott és mesterségesen lélegeztetett állatokon végezték, melyeknek gázcseréjét a *Zuntz-Geppert*-féle módszerrel határozták meg. Kisérleti berendezésükben azt a módszert követték, melyet *Tangl* tanár dolgozott ki az egyes szervek munkájának meghatározására. A kurarázás csak az izomrendszer állapotváltozásait zárta ki, hogy tehát a többi szervnek (zsigerek, vérkeringési szervek) az optikai ingerek által való esetleges reflectorius izgatását is kizárják, néhány kisérletben magasan átmetszették a kisérleti állatok gerinczvelejét és nervus vagusát. (És igy egyúttal a n. sympathicusokat is.) Ezzel elszigetelték az agyvelőt a szervezet többi részétől, megszüntetve köztük minden fontosabb reflexösszeköttetést.

13 kisérleti sorozatban úgy az átmetszett gerinczvelejű, mint az ép állatokon azt találták, hogy az erős szakadozott (intermittált) fénynyel való ingerlés alatt *a szervezet O_2-fogyasztása megnövekedett, még pedig középértékben 3·35 cm³-rel, vagyis az egész O_2-fogyasztás 7·2%-kal.* A CO_2-termelés sokkal kevésbé növekedett meg (1·4%-kal). A CO_2-termelés aránytalan változásának okául tökéletlen oxydatióra gondolnak, de ennek a jelenségnek végleges megmagyarázása egyiküknek újabb, másfajta kisérletei befejezése után lesz csak lehetséges.

A szakadozott és folytonos fény hatásának összehasonlításakor arra az eredményre jutottak, hogy a psychologiailag is erősebb hatással biró *szakadozott optikai ingerlés alatt az O_2-fogyasztás körülbelül kétszer annyival növekedett meg.*

A szerzők ezen kisérleteikkel megállapították tehát, hogy *az agyvelő működése, éppen úgy mint a többi szervé, energiaátalakulással járó folyamat.*

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1912 február 3.-án.)

Elnök: **Szontágh Félix.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

(Folytatás.)

Gyógyult sympathiás szemgyuladás.

Grósz Gmil: A 12 éves fiú bal szeme 1911 október havában gummipuskával sérült. Másnap s azután még két izben operálást végeztek rajta, alkalmasint az előesett iris lemetszését, iridectomiát s talán hályog-extractiót. Az I. számú egyetemi szemklinikán deczember hó 11.-én, tehát körülbelül két hóval a sérülés után jelentkezett. A sérült szemen hegbenőtt irist, sérüléses hályogot, iridocyclitist s kezdődő atrophia bulbit találtak. A jobb szemen számos praecipitatum kiséretében jellemző iridocyclitist.

A bal szem enucleatiója után 2 grammos kéneső-bedörzsölést alkalmaztak s hat hét alatt a jobb szem megbékült, pupillája jól reagál, feneke ép, látásélessége teljes.

Az eset azon ritka esetek közé tartozik, a melyekben a már kitört sympathiás gyuladás meggyógyult, még pedig kéneső-kúrára. Ezen eset újabb bizonyíték a bemutató azon tapasztalata mellett, hogy a sérült szemeken végzett operálások a sympathiás gyuladás veszélyét növelik.

Gyógyult keratitis neuroparalytica.

Grósz Emil: A 32 éves nő 16 év előtt luest szerzett, akkor csak néhány bedörzsölést végzett. Tíz hó előtt bal arczfele érzéstelenné vált s ugyanekkor kettős látása is jelentkezett. Négy hó előtt jobboldali hemiparesise volt, ezen idő óta bal szeme véres, rosszul lát rajta, de nem fáj.

Mult év október hó 13.-án vettük fel az egyetemi I. sz. szemklinikára. Jobb szemének látása teljes, $^5/_5$ volt, a ballal szeme előtt olvasott ujjakat. Baloldalt abducens-paresist, ulcus corneae-t cum hypopyo-t és trigeminus-érzéstelenséget találtunk. Kéneső-bedörzsölésre, hermetikus védőkötés alkalmazására, atropin-cseppekre és dionin-borsav-behintésre az állapot annyira javult, hogy az ulcus helyét most már csak finom homály jelzi s a látás $^5/_7$, majdnem teljes.

Minden jel szerint lues cerebri következtében keletkezett a trigeminus-anaesthesia s ennek révén a keratitis neuroparalytica.

Orr-eredetű gyógyult neuritis retrobulbaris.

Grósz Emil: A 41 éves férfi 12 év előtt szerzett luest. Öt év óta gyakran náthás s baloldali fejfájásokban szenved. Két hó előtt előtt náthája kiújult s néhány nappal később bal szemének látása megromlott. Az I. számú egyetemi szemklinikára mult év deczember hó 18.-án vettük fel. Akkor jobb szemének látása teljes, $^5/_5$; bal szemén fél méterről olvas ujjakat; mindkét szemfenék ép. Az anamnesis az orr melléküregeire irányította a figyelmet. A *Paunz Márk* tagtárs által megejtett orrvizsgálat kiderítette, hogy a sinus frontalisok jól átvilágíthatók, a bal sinus maxillaris sötét; az orrüreg ki van

töltve pörkké száradt genyes tömegekkel, az orrsövény perforált. Kéneső-bedörzsölésre és jodkaliumra a látás javult, három hét mulva már $^5/_{20}$ s ekkor a centralis skotoma kimutatható, öt hét mulva a látás teljes.

Minden jel arra mutat, hogy az orrnak lueses bántalma neuritis retrobulbarist okozott, mely causalis therapiára gyógyult.

Zwillinger Hugó: Azon esetek, melyekben a hátulsó orrmelléküregek megbetegedése következtében neuritis optica keletkezik, újabban *Kleyn* dr. vizsgálatai alapján úgy magyarázhatók, hogy a lob a a csontcsatornák mentén halad. Nehezebb azon esetek magyarázata, melyekben egy elülső rostasejt megnyitása után javulás áll be. *Braat* említ esetet, melyben heveny fertőzés folytán keletkezett orrnyálkahártya-lobosodás közben a szemzavarok spontán visszafejlődtek. Egy discussio alkalmával saját egyik megfigyelésemről emlékeztem meg, melyben a szembaj (egyoldali neuritis optica) oka gyanánt melléküregbántalom vétetett fel, mely gyanu azonban alaptalannak bizonyult; a középső kagyló elülső végének eltávolítása és az elülső rostasejtek megnyitása után a szemtünetek javultak, míg végre gyógyulás jött létre. Ily esetek meglehetős számmal vannak már ismertetve; magyarázatuk az, hogy keringési zavarok az okozói, melyeknek kiküszöbölése után javulás vagy gyógyulás jön létre. A napokban megvizsgált egyik esetében, melyben a szemész tenonitist kórjelzett, negativ volt a lelet a melléküregek részéről; a megfigyelés második napján a szemtünetek javultak; ha tehát beavatkozás történt volna, helytelen lett volna az összefüggés magyarázása. Csak a legszigorúbb kritikát kiálló esetekben, mint a milyen a bemutatott, szabad a causalis nexust felvenni.

Ónodi Adolf: Újabban szemészek részéről felhivták a figyelmet arra, hogy neuritis retrobulbarisnál korai tünet a centralis scotoma. De ez egyéb szembántalomnál is előfordul, tehát nem hozható mindig összefüggésbe a nasalis panaszokkal. *Kleyn* azt mondja, hogy a centralis scotománál még koraibb tünet a *vakfolt megnagyobbodása*. Kérdem, hogy a bemutatott esetben a vakfoltot vizsgálták-e? De a vakfolt megnagyobbodhatik egyéb bajokban is.

Mivel a korai beavatkozás az atrophia n. opticit meggátolja, czen korai tünetekre korán kell figyelnünk.

Tankönyvekben fel van említve egy korai centralis scotoma folytán felismert rhinogen eredetű neuritis optica, mely az orrbeli beavatkozás folytán meggyógyult. De nincs megemlítve, a későbbi kiadásokban sem, hogy ez az eset később mégis megvakult.

Paunz Márk: A rhinogen látóideggyuladások két csoportba oszthatók. Vannak esetek, a melyekben a látóideggyuladások nasalis eredete kétséget nem szenvedhet; idetartoznak azok, a melyekben a hátulsó melléküregekben genyedés vagy gyuladás mutatható ki, a minő a bemutatott eset is. Vannak azonban olyan esetek is, melyekben az orrüregben alig számottevő, avagy semminemű változást sem találunk; habár némely ily esetben is látunk a műtét után javulást, még sem szabad azonnal minden centralis scotománál, avagy a vakfolt megnagyobbodásánál nasalis eredetű neuritisre gondolni, mert annak sok egyéb oka is lehet. Újabban a szemorvosok éppúgy, mint az orrspecialisták gyakran felesleges módon, tisztán ily tünetek alapján állítják fel az orrműtét indicatióját negativ orrlelet mellett is. Ez semmi esetre sem helyes, mert csalódásokra vezet, sőt ezen túlzott álláspont arra is alkalmas, hogy sok balsiker révén, a valóban indokolt esetekben az orrműtét értékével szemben bizalmatlanságot keltsen.

Goldzieher Vilmos: A mi a gyógyult sympathiás szemgyuladás esetét illeti, az előadó azt mondotta, hogy az operálás sietteti az ophthalmia sympathica beállát.

De az orvos néha kényszerhelyzetben van. Jön a sérült szemű egyén, tudjuk, hogy sympathiás szemgyuladás fenyeget, a szemen azonban fényérzés van, a projectio jó; a sérült lencse belszemnyomás-emelkedést okoz. Ekkor műhiba volna nem operálni. A bemutatott eset ilyen volt. Meg kellett operálni. Több hónapig feküdt osztályomon is, s bár figyelmeztettem a szülőket a sympathiás szemgyuladás veszélyére, elvitték.

Grósz Emil szerint egyetlen symptoma nem jogosít a látóidegbaj nasalis eredetének megállapítására, csakis több jelenség alapján vehető fel. A centralis scotoma ép szemfenék mellett neuritis retrobulbaris mellett szól, melynek sok oka lehet, de mindenesetre értékesebb jel, mint a vakfolt megnagyobbodása, mely inkább az intraocularis neuritis mellett fordul elő.

A mi a sympathiás gyuladást illeti, természetesen egyetért *Goldzieher* tagtárssal, hogy ha kényszerítő ok van, a sérült szemen is végez műtétet, de ha csak lehet, kerüli, mert meggyőződése, hogy a sérült szemen végzett sok beavatkozás hatványozza, ha nem is okozza a sympathiás szemgyuladást.

Nagykiterjedésű gyomorrák miatt végzett gastrectomia gyógyult esete.

Mutschenbacher Tivadar: *Pólya*-féle gastro-jejunostomiával operált két gyomorrákos esetét az azokból levonható tanulság kedvéért hozta az orvosegyesület színe elé.

Az első eset L. Gy. 39 éves földmívesre vonatkozik, ki egy év óta fennálló, állandó hányást és nagy fájdalmakat okozó gyomordaganata miatt került műtét alá. A rendkívül lesoványodott betegen a tompa kopogtatási hangot adó epigastriumban ökölnyi, kemény, dudoros daganat volt tapintható, melynek alsó határa 2 harántujjal a köldök felett volt érezhető. A gyomornak bismutpéppel való megtöltése után készített röntgenogrammján a daganat praepylorusos elhelyeződésű circularis gyomorcarcinomának bizonyult.

Műtét 1911 november 3.-án, median laparotomia a köldök felett. A mélyen a bordív alá terjedő jókora ökölnyi daganat csak részben volt a hasseb elé hozható. A gyomornak több mint $^2/_3$-át *Graser*-féle fogók között az előzetes kiszabadítás után reszekálva, a duodenumot vakon, a gyomor resectiós felületét pedig a legfelső jejunum-kacscsal a bél hossztengelye irányában, end to side *Pólya* szerint kb. 12 cm. hosszú nyílással egyesítette. A csonk és anastomosis közé Mikulicz-tampon. Hasfalvarrat. A kórlefolyás a súlyos műtéthez és a beteg legyengült állapotához képest bámulatosan síma volt. A beteg a műtét után állandóan láztalan, egyszer sem hányt. 4 napig a végbélen át, majd 4 napig folyadékkal táplálttatott. A 8. naptól kezdve szilárd táplálékot is kapott. A harmadik héten felkelt. A műtét sebe a Mikulicz-tampon helyének kivételével per primam gyógyult. A műtét után készített röntgenogrammon jól látható, hogy az ökölnyire tágult cardialis gyomorcsonk tartalma az anastomosis helyén függőleges irányban szépen és tökéletesen kiürül. A beteg deczember 20.-án $4^1/_2$ kilogrammot hízva gyógyultan hagyta el a klinikát.

A második eset S. K. 38 éves napszámosra vonatkozik, kinek két év óta voltak gyomorfájdalmai és az utóbbi időben minden étkezés után azonnal beálló hányásai, melyeknek következtében a legnagyobb fokban elgyengült. A gyomor alsó határa a köldök alatt 3 harántujjnyira volt, a pylorus felett jókora diónyi, tömött, kemény daganat tapintható. A bismuthpéppel készített röntgenogrammon jól látható, hogy a gyomor kiürülése 6 óra mulva tökéletlen és hogy a pyloruson azt szűkítő dudoros felületű daganat van.

A műtét 1911 deczember 7.-én, az előbbihez hasonló módon, egy kb. tenyérnyi pylorikus gyomorrészlet resectiójából állott. A beteg a műtét után 2 napig jól érezte magát, de a harmadik naptól kezdve nagymennyiségű zöld folyadékot hány egyre gyakrabban, e mellett láztalan és beöntésre szék és szél ürül. Az ötödik napon egyre szaporodó hányás mellett — melyen sem a különböző fektetés, sem a gyomormosás nem segített — a beteg meghalt. A sectio kiderítette, hegy a műtét területén a varratok mind jól tartottak, reactiomentesek. A hashártya mindenütt sima, tükröző. A gyomor rendkívül nagy fokban tágult, zöldes folyadékkal telt és a tágult gyomor neki feküdvén az elvezető bélkacsnak, a kiürülést mechanice lehetetlenné tette. A halál oka: inanitio.

A bemutató a két egyenlő korú és erőbeli állapotú, egyazon körülmények között és egyazon kéz által operált esetnek postoperativ klinikai, illetőleg sectiós leletéből azon következtetést vonja, hogy a *Pólya*-féle end to side gastro-jejunostomia par excellence kitünő műtét nagykiterjedésű gyomorresectiók számára, a mikor a kiürülés viszonyai a gyomorból a bélbe a tágan közlekedő függőleges irányú levezető csatornán kitünőek. Ellenben a nagy fokban tágult gyomrokon végzett kisebb terjedelmű gyomorresectiók esetén éppen a létrejövő anatomiai viszonyok miatt kedvezőbbek azok az eljárások, a hol a gyomorbélnyílás a gyomornak lehetőleg a legalsó polusán van (*Kocher, Billroth II*) és a hol az epének a gyomorba való jutása meg van akadályozva (*Rydigier*).

Pólya Jenő: A *Mutschenbacher* által említett methodusra *Reichel, Bergmann*, én és *Wilms* egymástól teljesen függetlenül jöttünk reá; a prioritás *Reichel*-t illeti. Az eljárást elég számos esetben alkalmaztam, passagezavarban, mely *Mutschenbacher* II. esetében létrejött, a gyomorbenulás folytán előállott acut dilatatiónak is lehetett része, mely a gastroenterostomia bármely formájában létrejöhet és semmiféle technikai fogás által nem gátolható meg; az bizonyos, hogy az általam ajánlott gastro-jejunostomia terminalis nyujtja gyomorresectio után a legidealisabb viszonyokat a gyomor kiürülésére, a mint azt a Röntgen-felvételek is, összehasonlítva a *Kocher*-féle direct gyomorduodenum-egyesitéssel, mutatják.

Graviditas tubaria isthmica érdekesebb esete.

Singer Hugó: A pete az isthmuson ül, tehát a tuba egyik nehezebben tágulékony részén. A 30 éves betegnek egy héttel késik a mensese; négy heti vérzés után a belső vizsgálatkor jobboldali intact tubaris graviditasra merül fel gyanu; különben a kép csalódásig hűen imperfect intrauterin abortust utánoz. A vizsgálat után fél órával pulsus nélkül van a nő; ezen teljesen pulsus nélküli állapot eltart három teljes óráig.

A laparotomia három cm.-es tátongó repedést mutat a jobb tuba-isthmuson kibuggyanó bolyhokkal. Salpingotomia. Sima lefolyás, gyógyulás.

Az eset epikrisise megadja a feleletet két gyakorlatilag eminensen fontos kérdésre: *a*) Több órai pulsusnélküliség mellett is operálhatunk. *b*) Ezen több órás absolut pulsushiány, ha nem párosulnak vele oxygenhiány fenyegető jelei (levegő után kapkodás, tág pupilla, teljes eszméletlenség, szabálytalan vagy igen szapora légzés), még több órás szállítás után is jól végződhetik. A felülről való operálás az esetek túlnyomó részében az egyedül helyes mód; ha a másik tuba beteg, az is eltávolítandó, mert a kétszer-háromszor ismétlődő tubagraviditások esetei mindinkább gyarapodnak.

Kubinyi Pál: Elvi kérdésről, vagyis arról van szó, hogy operálandó-e minden extrauterin graviditas. A mióta *Werth* annak idején írt erről, általánossá vált az a felfogás, hogy az extrauterin gr. olybá veendő, mint valamely rosszindulatú daganat, mely okvetlenül eltávolítandó. Ma sokan átcsaptak a másik végletbe s olyan esetben is kisérleteznek a conservativ eljárással, a melyben az nem helyén való. Conservativ kezelésre csak az egészen enyhe esetek valók: korai tubaris abortus, kicsiny haematokele, utóvérzés nélkül. Ellenben minden nagy haematokele, a melynek felszívódása hónapokig tarthat, másodlagos infectio következhetik be a belek felől stb., kiüritendő. Épp úgy operálni kell ott is, a hol a pete nem vált le teljesen és a tovafejlődés jelei mutatkoznak, mert ilyenkor bizonyos az új vérzés. Sajnos, a pete növekedésének felismerését sokszor nehezíti a vérömlenynek felszívódás folytán beálló kisebbedése s még a decidua kiürülése a méhből sem fogadható el a pete elhalását bizonyító jel gyanánt. Kérdés már most, hogyan járjunk el acut belső vérzés esetén? A sebészi principium az operálás mellett szól. Ez a legbiztosabb eljárás, azonban, ha a beteg rossz állapotban van, érezzük a felelősség súlyát. Igaz ugyan, hogy *Zweifel* azt mondja, hogy azok, a kik az ilyen rövid, gyors beavatkozást nem tűrik el, anélkül is meghaltak volna. Tény, hogy a vérző tuba lekötését s eltávolítását a félig alélt betegen úgyszólva narcosis nélkül, helybeli érzéstelenítéssel és enyhe bódulatban pár percz alatt végre lehet hajtani. Ilyen esetet mutattam be nemrég a gynaekol. szakosztályban, a midőn egy kollega feleségét pulsus nélküli állapotban sikerrel operáltam. Kiveendőnek tartom azonban azokat az eseteket, a hol a súlyos vérvesztés folytán már a szövetek oxygenhiánya mutatkozik, a mi kapkodó, nehéz légzésben nyilvánul. Ez rossz jel s ezek csaknem elveszett esetek. Ilyenkor jobb várni, talán összeszedi magát a beteg.

(V. rendes tudományos ülés 1912 február 10.-én.)

Elnök: **Preisz Hugó.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Beküldött vérpróbáknak mikroskopi vizsgálata útján felismert coli- és streptococcus-fertőzés esetei.

Detre László: Ezen a helyen már több ízben volt alkalmam azon nézetem kifejtésére, hogy a fertőzéses láz oka a legtöbb esetben a vérkeringésbe kerülő bacteriumokból kioldott proteinben keresendő. Ennélfogva rejtélyes eredésű lázak felismerésére akként járok el, hogy a lázroham tetőfokán vett vért úgy a rendes tenyésztési, mint a mikroskopi vizsgálatnak vetem alá. A mikroskopi vizsgálatot a legtöbb szerző elhanyagolja, már pedig szilárd meggyőződésem, hogy a legtöbb esetben tájékoztathat a fertőzés okozója felől. Elmulaszthatatlannak tartom e vizsgálati módot olyankor, a mikor nem tökéletesen asepsises módon vett vér kerül vizsgálatra, mert ilyenkor az accidentalis csírák a tenyésztéssel való vizsgálatot egyenesen lehetetlenné teszik. Jelenleg két esetről referálok, a melyekben a mikroskop vezetett a helyes nyomra.

1. Az egyik vérpróbát 1911 deczember 18.-án kaptam Élesdről. Kisérő levelében az illető annyit közölt velem, hogy a vérpróba nőbetegtől származik, a ki 7 nappal a fogószülés után hirtelen lázas lett és azóta állandóan magas láza van. Két rázóhideg. Az alkalmazott salicyl-, pyramidon-, electrargol-kezelés hatástalansága miatt fordult a kezelőorvos hozzám, próbálnám meg a diagnosis megállapítását. Megjegyzendő, hogy — miként a levélből értesültem — egy nőorvosi consilium kizárta a genitalis apparatus részéről a fertőzést; továbbá, hogy a magas, 39—41° lázak daczára a sensorium ép és a pulsus aránylag alacsony (86—94) volt.

A vérből azonnal tenyészeteket készítettem, ámbár nem sokat vártam a tenyésztéstől, a mely csakis akkor ad megbízható eredményt, ha az absolute asepsises módon vett vért rögtön a vérvétel után dolgozzuk fel. A leukocyták számlálása — a vér alvadt volta miatt — lehetetlen volt. Ennélfogva a nativ vércseppnek tüzetes mikroskopi átvizsgálása maradt hátra mint lehetséges diagnostikai módszer. Hosszas keresés után a colityphus-csoporthoz tartozó bacteriumoknak megfelelő 3—4 pálczikát találtam. Festve: Gram-negativ, coliképű bacillusok.

A colityphus-csoportba tartozó bacillusok közül leggyakrabban fordulnak elő: a b. typhi, a b. paratyphi és a coli-fajták. A typhus és paratyphus rázóhideggel *nem* szokott jelentkezni, így hát némi valószínűséggel coli-infectióra kellett gondolnom. A diagnosis biztosítására sürgönyileg kért vizelet másnapra már kezemben volt; vizsgálata a húgyutak igen erős genyes coli-infectiójának képét mutatta.

Mellesleg jegyzem meg, hogy — tapasztalataim szerint — alacsony pulsusszám és feltünő ép sensorium amúgy is a coli-infectiók sajátos tulajdonsága. A sürgönyileg ajánlott helmithol-kezelés teljes sikerre vezetett: a beteg az első helmitholadagra láztalan lett és harmad napra gyógyultan hagyta el ágyát. A kezelő orvosnak 1912 január 3.-án kelt kimerítő kórtörténetéből közlöm az ő beleegyezésével a következő adatokat:

Decz. 3. Partus; fogó; gátrepedés, 5 catgutvarrat. Láztalan lefolyás.

Decz. 9. Igen kemény szék; 1 varrat szétvált.

Decz. 10. 37·6°; kal. hypermang.-irrigatiók.

Decz. 11. Rázóhideg; 39·5°; pulsus 86—94; $^1/_2$ gr. salicyls. natr. Nőorvosi consilium: normalis genitaliák.

Decz. 15. Igen erős rázóhideg. 41·1°. Pyramidon.

Decz. 16. 39·6°, 88 pulsus, tiszta sensorium. 5 cm³ electrargol.

Decz. 17. 39·3°. Electrargol, pyramidon. Vérvétel.

Decz. 18. Helmitholkúra kezdete (4×$^1/_2$ gr.). 38·6°.

Decz. 19. 36·5°.

Decz. 21. A beteg felkelt.

Ez esetben — melyhez hasonlót két évvel ezelőtt közöltem ugyane helyen — a diagnosisra és helyes therapiára vezető utat a mikroskopi vizsgálat adta meg. Megjegyzendő, hogy a csíráknak a vérből való kitenyésztése — nyilván a vérnek a colira való erős bactericidiája miatt — nem sikerült.

2. A második esetben szintén vidéki betegről van szó, a kinek 5 hét óta ismeretlen eredetű 38—39° láza volt. A klinikai vizsgálat semmi támaszpontot sem adott; külső körülmények folytán a diagnostikai venaepunctio kivihető nem volt és így a betegtől vett kb. 1 cseppnyi vérnek vizsgálatára kellett szorítkoznom, a mely vért capillarisba forrasztott állapotban kaptam. Ennek a kis vérmennyiségnek mikroskopi vizsgálata már a nativ készítményben is streptolánczokat mutatott ki, a melyek a festett készítményben az ismert diplostreptococcusoknak voltak felismerhetők. A tenyésztés csakis egérpassage útján adott tiszta kulturát. A betegen 5 nappal a vérdiagnosis után endocarditis acutának klinikai tünetei állottak be, a melyek miatt ma is sanatoriumi kezelésben van.

Ez esetben az a jellemző, hogy napokkal a klinikai kórkép kifejlődése előtt, a láz alatt vett vércsepp mikroskopi vizsgálata már megadta az aetiologiai diagnosist.

Preisz Hugó: Kérdi, mi módon győződött meg az előadó a a nativ mikroskopi praeparatumon arról, hogy a látott bacillus csakugyan colibacillus volt?

Detre László: Colityphushoz tartozó, legömbölyített végű, Gram-negativ bacillus volt, mely valószínűleg a coli-csoporthoz tartozik.

Preisz Hugó: Tehát csak morphologiai alapon, hozzávetőlegesen tartja colibacillusnak. Merek kételkedni a diagnosis helyességében; lehet, hogy colibacillus volt, de az is lehet, hogy más volt.

Detre László: A diagnosis csak valószínűségi volt.

(Folytatása következik.)

VI. országos elmeorvosi értekezlet.

(Budapest, 1911 október 29–30.-án.)

Első ülés. Elnök: *Moravcsik Ernő Emil,* majd *Baumgarten Izidor, Kenyeres Balázs.* Jegyző: *Fischer Ignácz, Németh Ödön.*

Konrád Jenő a szervező bizottság gyengélkedő elnöke, báró *babarczi Schwartzer Ottó* helyettesítésében és a szervező bizottság nevében üdvözli a megjelenteket s javasolja, hogy az értekezlet elnökévé *Moravcsik Ernő Emil* tanár választassék meg.

Moravcsik Ernő Emil megköszöni az értekezlet bizalmát és kiemeli a jogi kitűnőségek és elmeorvosok együttműködésének fontosságát; utal arra, hogy e két tényező közreműködésével sok szükséges problemát sikerült már megoldani. Sok nevezetes kérdést vitattak meg az egyes referálók, előadók és rámutat, hogy a mostani értekezlet referatumai is a kriminalitás égető kérdéseit tűzték ki megvitatás tárgyául.

Megemlékezik a mult értekezlet óta elhalt *Raisz Gedeon* és *Chyzer Kornél* érdemeiről és egyúttal köszöni a ministeriumok, hatóságok, egyes referálók, előadók és végül a szervező bizottság elnökének, báró *babarczi Schwartzer Ottó*nak támogatását. Majd az elnök javaslatára megválasztják az ülés-elnököket és jegyzőket.

Hudovernig Károly a titkári jelentést olvassa fel, melyben a szervező bizottság munkásságát ecseteli, majd az egyes hatósági képviselők névsorát mutatja be.

Moravcsik elnök néhány üdvözlő szava után az elnöki széket *Baumgarten Izidor* foglalja el, a ki felszólítja *Friedmann Ernő*-t *„Lehet-e és kell-e a magánjogban egy, a korlátozott beszámíthatóságnak megfelelő fogalmat alkotni“* című referatuma megtartására. A referáló beható tanulmányai alapján a következő végconclusiókat vonja le: Azt az állapotot, mely a büntető jogban a korlátozott beszámíthatóság fogalmának alapjául szolgál, figyelembe kell venni a magánjog egész rendszerében is. Az állapotok különféleségei összeolvadnak egy oly tényálladékba, mely szerint a rendestől eltérő elbírálás alá esnek azok az egyének, a kiknek szabad cselekvőképességük értelmi, érzelmi és akarati defectusok által korlátozva van, a nélkül azonban, hogy teljesen ki volna zárva. A tényálladékhoz más és más joghatályok fűződnek, a szerint, hogy visszterhes, vagy ingyenes jogügyletekről van-e szó. Az ingyenes jogügyletek — ide értve a végrendeletet is — megtámadhatók, ha a cselekvő alany szabad cselekvési képessége értelmi, érzelmi vagy akarati defectusok által korlátozva volt és az érvénytelenítést az eset egyéb körülményei is indokolják. A házassági jogban az ezen tényálladék alá vonható pathologiás lelkiállapotok relativ bontóokot adnak. Bizonyos nagyobb horderejű és taxative meghatározandó esetekben, végrendeletnél, nagyobb ajándékozásnál, ingatlan adás-vétel-szerződésnél az ügylet érvényességéhez az ily beteges lelkiállapotú egyének mellé adandó tanácsadónak hozzájárulása szükséges.

Ugyane tárgyról referált *Konrád Jenő*, a ki kifejti, hogy a büntetőjogi és magánjogi téren megnyilvánuló kóros cselekvési indokok között nem lehet különbséget tenni, ennélfogva, ha a büntetőjogban a korlátozott beszámíthatóság principiumát elismerik, akkor elismerése a magánjogban épp annyira jogosult. Kétségkívül vannak egyének, a kik az elmeépség és az elmebetegség között állva, a jogi cselekvőképesség kérdésében is középhelyet foglalnak el. Ügyeik önálló ellátására képesek ugyan, de mivel cselekvéseik motivumai közé kóros elemek is vegyülhetnek, fontosabb kötelmek vállalása esetében ellenőrzésre, korlátozásra szorulnak.

Az előadó ezen rendellenes elmeállapotú egyének részére a magyar általános törvénykönyv tervezetébe a gondnokság alá helyezés esetei közé egy új typus felvételét ajánlja, a melyet következőképpen határozna meg: „a ki tartósan rendellenes átmeneti jellegű elmeállapot miatt magáról vagy ügyeiről *kellően* gondoskodni nem tud“. Az ilyen egyénekre önjogúságuk megtartása mellett a kisebb fokú gondnokság alá helyezés imperative lenne kimondható.

E tárgy harmadik referense, *Szászy Béla* ministeri tanácsos családi gyász miatt nem jelenhetett meg és helyette referatumát *Bartha Richárd* dr. törvényszéki bíró olvasta fel.

Az abnormalis elmeállapotnak három fokozatát állapítja meg a magánjog: 1. Elmebaj, mely teljesen kizárja a jogilag számbavehető akaratelhatározás lehetőségét. 2. Elmegyengeség, mely az akaratelhatározás lehetőségét teljesen nem zárja ugyan ki, de azt lényegesen akképp korlátozza, hogy az egyént ügyeinek ellátására képtelenné teszi. 3. A kisebbfokú szellemi fogyatkozás, mely miatt az abban szenvedő csupán egyes ügyleteit vagy ezeknek bizonyos körét, különösen vagyoni ügyleteit nem tudja ellátni. Az akaratelhatározást korlátozó elmegyöngeség csak quantitative különbözik az elmebajtól. Az anormalis elmeállapotok különös fajtája a tékozlás, az iszákosság.

Az e körbe eső állapotok nehezen ismerhetők fel. Ily egyéneken megállapítandó, hogy a konkrét üzlethez szükséges értelmes akaratelhatározás mértéke megvolt-e. A jogvédelem teljessége azt kívánja, hogy ezekre a jogi hatálytalanság kiterjesztessék minden gazdaságilag észszerűtlen vagy igazolatlan ügylettel szemben. A korlátolt beszámító képességet az akaratelhatározás nagyfokú korlátozottságának eseteiben csak úgy és annyiban vennők számba, a hogy és a mennyiben a teljesen normalis embereknek gondatlanságából elkövetett vétkes cselekményeit. Ez elveknek megfelelő rendelkezést kellene a polgári törvénykönyv tervébe felvenni.

Szigeti Henrik dr. javaslatára az értekezlet az eszmecserét a délutáni gyülésre halasztotta.

Második ülés. Elnök: *Dimitreán Ágoston,* utóbb *Fogarassy Viktor.* Jegyző: *Décsi Károly, Fabinyi Rudolf.*

Németh Ödön egyetemi magántanár referatumának tárgya: *„Melyek a korlátolt beszámíthatóságnak a törvény által felsorolt esetei“.* A referáló a korlátolt beszámíthatóságnak csoportjába tartozókkal szemben perhorreszkálja a büntetésnek quantitativ enyhítését, szükségesnek tartja a büntetés végrehajtási módjának megváltoztatását. Statisztikai adatokkal kimutatja, hogy a korlátolt beszámíthatóságnak csoportjában nagy helyet foglalnak el a közveszélyes degeneráltak, hysteriások, epilepsiások, alkoholisták. Ezek az elmegyógyító és letartóztatási intézetek között helyet foglaló intézetekben helyezendők el határozatlan ideig (meggyógyulásukig, közveszélyes állapotuk megszűnéséig). Ezen intézetekben a letartóztatási intézetek fegyelmi szabályai mellőzendők és a gyógyításra, javításra fektetendő a fősúly. A vezetőjük mindenkor psychiatriában képzett orvos legyen. Az intézetbe utalást és elbocsátást az elmeorvosszakértő meghallgatása után a bíróság mondaná ki.

Nem valók ilyen intézetbe a korlátolt beszámíthatóságnak csoportjába tartozó azon egyének, a kik physiologiai folyamatokkal (pubertas, terhesség, szülés, senium, climacterium stb.) kapcsolatos átmeneti állapotban jönnek a büntető törvénynyel összeütközésbe. Ide sorolja a kimerítő lázas betegségekkel járó ingerlékeny állapotokat, neurasthenia, hysteria egyes eseteit és az élettani határok közötti affectusokat s a heveny ittasságot. Ezek számára a jelenleg is divó quantitativ mérséklést tartja indokoltnak.

Enyhébb, de mindenesetre hosszabb tartamú biztonsági óvintézkedést igényelnek a tartósan rendellenes állapotúak, így az öröklésileg terheltek, a degeneráltak, a súlyosabb fejsérülés folytán alkohol-intoleránsak, a súlyos neurastheniások, hysteriások, a csekélyebb szellemi értékűek, ha a közveszélyesség tartós és ha ez már valamely tiltott büntetendő cselekményben kifejezésre jutott.

A korlátolt beszámíthatóság esetei nem sorolhatók fel a törvényben sem taxative, sem példaképpen, hanem általános elvül a *babarczi Schwartzer Ottó* báró által felállított javaslatot mondaná ki.

Finkey Ferencz jogakadémiai tanár referatumának címe: a) *„Melyek a korlátolt beszámíthatóságnak a törvény által fel-*

sorolható esetei“ és b) „*Milyen eredménynyel jártak az Angliában és az Egyesült-Államokban degeneráltak részére nyitott telepek*“. A korlátolt beszámíthatóságnak állapota a törvényben általános meghatározással irandó körül. A büntetőjogilag felelősségre vonható, nem közveszélyes, korlátozott beszámíthatóságúak enyhébben büntetendők és a mennyiben szellemi állapotuknak megfelelően szükséges, a büntetés elkülönített osztályokban, esetleg külön gyógyletartóztató intézetekben hajtandó végre. A büntetőjogilag felelősségre nem vonható, kisebb mértékben veszélyes és gyógyíthatatlannak látszó korlátozott beszámíthatóságúak határozatlan, de a törvényben megállapított maximalis időtartamra különleges gyógyletartóztató intézetbe utalandók. A büntetőjogilag felelősségre vonható és gyógyíthatatlannak látszó közveszélyes korlátozott beszámíthatóságúak határozatlan időre gyógyletartóztató intézetekbe helyezendők. Az iszákossági hajlamból büntettet vagy vétséget elkövető egyén specialis gyógyintézetekbe, közveszélyesség esetén a korlátozott beszámíthatóságúak gyógyletartóztató intézeteibe internálandók. Az előadó ezután a degeneráltak részére Angliában és Északamerikában fölállított telepekről, főképpen a cottage-rendszerről referál és a mezőgazdasági foglalkozás előnyeit emeli ki. Végül felemlíti a degeneráltak sterilisatiójára irányuló kisérleteket az egyes északamerikai államokban.

Moravcsik tanár ajánlatára az értekezlet elhatározta, hogy a délelőtti három közös referatum felett a vitatkozást, minthogy a tárgy fontossága folytán behatóbb tanulmányozást igényel, a következő értekezlet tárgysorozatába veszi fel.

Németh Ödön és *Finkey Ferencz* referatumának vitájában elsősorban *Moravcsik* tanár szólal fel, a ki a korlátolt beszámítási képesség állapotának felvételét szükségesnek tartja, de megkülönböztetendő a mulékony jellegű a tartóstól. Az előbbi enyhébb büntetésre tarthat számot, az utóbbiak részére a biztonsági letartóztatást specialis intézetekben tartja szükségesnek Az ezen keretbe tartozó állapotok általánosan határozandók meg, a keret ne legyen se nagyon szük, se nagyon tág.

Szigeti Henrik, temesvári törvényszéki orvos a következő szakasz felvételét ajánlja a büntető törvénykönyvbe: „Csökkent mértékben számítható be a cselekmény annak, a kinek tehetsége, értelme, érzése cselekvési vagy akarati fogyatékosság miatt tartós átmeneti jellegű rendellenes állapotban van, vagy a ki a terhére rótt bűncselekvés elkövetése idejében nyilván ilyen rendellenes állapotban volt“. *Finkey* tanár előadása kapcsán felhívja az értekezlet figyelmét Derera József csernai (Temes megye) földbirtokos amerikai rendszerű gyermektelepére, a hol mintegy 60 elhagyott gyermek, kik között sok a degenerált és elzüllött vagy züllésnek indult, mezőgazdasági és ipari munkával foglalkoztat.

Donáth Gyula tanár „*Az ereutophobiáról (pirulástól való félelem)*“ czímen tart előadást és fejtegetéseit neuropathiásan terhelt betege esetének ismertetésével vezeti be. A beteg gyermekkorában könnyen elpirult, a miért társai gúnyolták. Idővel a félelem, hogy elpirul, vagy elpirulását észre veszik, kényszerképzetévé vált és mindenféle módot keresett, hogy a pirulását leplezze. A baj létrejöttére a psyche gyengesége és bizonyos gyermeki fejletlenség szükséges, mely folytán az emotiókkal szemben nem rendelkezik kellő ellenálló képességgel. A beteg figyelmének elterelése végett erősen kártyázott és sok szeszes italt, kávét ivott. Gyógykezelésére az izolálás, alkoholabstinentia és kezdetben csillapító szerek, később erősítő eljárások, észszerű lelki kezelés voltak jó hatással.

Stróbl Villibald, a nagykállói elmegyógyintézet igazgatója „*Az epilepsiások és elmegyógyító intézeteink*“ czímen tartott előadást. Az elmegyógyító intézetek túlzsufoltsága, szűk viszonyai miatt a legkülönbözőbb elmebetegeket kell együtt ápolni, közöttük sok epilepsiást is. E rendszer úgy az epilepsiásokra, mint a többi betegre igen káros. Az epilepsiások ingerlékenységük folytán már kisebb testi vagy lelki behatásra nagy mértékben és brutálisan reagálnak. Az epilepsiások szorgos felügyeletre és fűszermentes táplálékra szorulnak, a mi a többi betegnek alig szükséges. Mindezért kivánatos, hogy a mostani elmegyógyító intézetek mellett külön osztályokat létesítsenek, építsenek, a hol keresztülvihető volna az epilepsiások rendszeres, céltudatos kezelése, másrészt a többi elmebeteg megszabadulna az epilepsiások brutalitásától.

Wosinszky István, a balfi epilepsiás intézet tulajdonos-igazgatója elismeri az epilepsiás betegek ingerlékenységét és hangoztatja, hogy nem kezelhetők kellően a többi elmebeteg között. Az epilepsiások nagyobb felügyeletre szorulnak, lehetőség szerint munkára biztatandók, mert tapasztalata szerint vasár- és ünnepnapokon, mikor nem dolgoznak, szaporodik a rohamok száma Nem tartja elegendőnek, hogy epilepsiások számára az elmegyógyító intézetek mellett külön osztályt építsenek, hanem nézete szerint az epilepsiások számára külön állami intézet szükséges, a hol a gyógykezelés mellett a foglalkoztatásra és nevelésre nagy súlyt fektetnének.

Mandl Ignácz balassagyarmati főorvos „*Az alkohol-psychosisok aetiologiájához*“ czímen előadja, hogy mintegy százhúsz esetében az alkohollal való visszaélés delirium tremens kórképét idézte elő, de ezen eseteinek 60%-a nem volt normalis egyén (elmegyönge, nehézkóros, mániás), a mit a delirium lefolyása után ki lehetett mutatni. Az alkoholisták idősült lefolyású elmebajai, bár az internálás nagymérvű iszákosság miatt történik, később éppen olyanná válnak, mint az endogen betegségek. Ezek alapján nem hajlandó idősült alkoholos elmebajokat acceptálni, az alkohol csak kiváltó vagy siettető ok. Nem tartja szükségesnek a külön gyógyító intézeteket alkoholisták számára, hanem az eddigieknél jobb elmegyógyító intézetek létesítését, hol azután az alkoholisták számára külön osztályokat kell berendezni.

Harmadik ülés október 30.-án délelőtt. Elnök: *Tóth Lajos, Babó Tivadar, Oláh Gusztáv.* Jegyző: *Fabinyi Rudolf, Goldberger Márk.*

Szana Sándor, a budapesti gyermekmenhely igazgatóorvosa „*A züllött gyermekek psychopathiája és socialhygiénéje*“ című referatumában kiemeli, hogy a rendszer, mely a züllött és bűnös gyermekeket megtorló büntetéssel igyekezett megjavitani, sehol sem vezetett eredményre, sőt a visszaeső fiatalok száma növekedett. A züllött gyermekek kényszernevelése, a mai tisztán paedagogiai formájában, ha egészen nem is eredménytelen, de minimalis sikerei vannak. Ezért *Bosnyák* feladatául tűzte ki, hogy a züllött gyermekeket orvos-psychologiai módszerekkel megfigyeljék, majd pedig ezen diagnosis alapján megfelelő medicopaedagogiai kezelésben, nevelésben részesüljenek. A lustaság gyakran leli magyarázatát a pathologiás kifáradásban és némely gyermek szórakozottsága tuiajdonképpen epilepsiás aequivalens. Majd a különböző eljárásokat ismerteti, melyek közül *Ranschburg* módszerét emeli ki. A kedvezőtlen milieu hatását taglalja és vizsgálatai alapján azon következtetésre jut, hogy nemcsak az állami menhelyekben elhelyezett züllött gyermekeket, hanem az összes hatóságok előtt megjelenő fiatalokat is (kik feltűnnek) meg kellene ez irányban vizsgálni. A javitóintézetek a bennök elhelyezett gyermekek sajátossága szerint különböző csoportokba osztandók be. Az astheniás, gyorsan kimerülő, könnyen elcsábítható gyermekek nem nevelhetők együtt az instable, nyugtalan természetű csábítókkal. Az elsők kiméletre szorulnak, az utóbbiakat pedig változatos módon folyton foglalkoztatni kell.

Ugyane tárgyról referál *Ranschburg Pál* egyetemi magántanár. A züllöttség fogalmának megjelölése után a psychopathiás, ideges, elmegyönge és elmebeteg gyermekek züllöttségével és kriminalitásával foglalkozik behatóbban. Saját észleletei és vizsgálatai alapján megrajzolja a pathologiás züllöttség egyes alakjainak keletkezését, testi és szellemi klinikai tünettanát, diagnostikáját, prognosisát és hygienéjét, illetve prophylaxisát. Kiemeli a psychologiás módszerek nagy jelentőségét. Majd részletesen ismerteti az utat és módot, hogy miképpen akadályozható meg a normalis, főképpen pathologiás züllöttség a házasság, graviditás, csecsemő- és gyermekkor hygienéje és védelme által. Felette fontos, hogy a kriminalis, pathologiás és gyengeelméjű gyermekek részére külön intézet rendeztessék be, az összes züllött gyermekek szakorvosok által vizsgáltassanak meg, az orvosi, jogi karon tanár- és tanítóképzőkben az abnormis gyermekek psychologiája rendszeres előadás tárgya legyen. A nevelő- és javitóintézet továbbképzését tartja elengedhetetlennek, valamint az előnyösen bevált, ideges és psychopathiás gyermekek iskolájának fejlesztését és az ily intézetek összes személyzetének orvosi és gyógypaedagogiai kiképzését.

Deutsch Ernő főorvos kiemeli, hogy $1^1/_2$ évtized előtt még lusta, megátalkodott gyermekekről beszéltek, később a gyermekek megítélésében a terheltségnek jutott nagy szerep, ma pedig a terheltség mellett a gyermek egyéniségét veszik tekintetbe. A debilis, imbecillis gyermekek kisegítő iskolákban helyezendők el, az idioták, hysteriások, epilepsiások, psychopathák külön intézetekben helyezendők el, hol megfelelő gyógypaedagogusokra, orvosokra bizassanak. Elmegyógyító vagy javitóintézetekben az ideggyenge gyermek erkölcsileg züllik, vagy elmebajt szerez. Eredményes patronage-ténykedést csak megfelelő képzettségű orvosok, paedagogusok vihetnek keresztül. Fontos az iskola-orvosok kellő kiképzése. *Ranschburg Pál* megjegyzi, hogy az iskolaorvosok ma is kiképeztetnek az idegélet tanában (a referens az előadója), de a csekély óraszám nem engedi meg, hogy ez kellőképpen történjék. Azért szükséges az egyetemen a gyermekkor szellemi abnormitásainak és azok gyógypaedagogiájának külön collegiumban való előadása.

Fabinyi Rudolf főorvos *„Az elmebajok statisztikai beosztása a magyar elmegyógyító intézetek jelentéseiben“* címen tartja meg előadását. A mostani hivatalos beosztás, a mellett, hogy nem egységes, nem felel meg a czélnak, sőt tudományos czélokra teljesen használhatatlan és megfelelő beosztással való pótlása elkerülhetetlen. Előadásában e kérdés történetéről, majd a külföldi államokban használatos beosztásokról emlékezik meg. Az új beosztásnak úgy a tudomány, mint a statisztika követelményeivel számolnia kell. Utóbbi részben főleg az aetiologia jöhet tekintetbe, a mi mellett azonban a pathologiának, anatomiának és a klinikai tüneteknek is érvényesülniök kell.

Ezek alapján az előadó szerint a psychosisok 19 kóralakba sorolhatók be, melyek két fő-: exogen és endogen, valamint négy alcsoportra: functionalis, autointoxicatiós, toxico-infectiosus és organumos psychosisokra oszthatók fel.

Az előadó indítványozza, hogy az értekezlet ez irányelvek végleges megállapítására bizottságot küldjön ki, mely jelentését záros határidő alatt a belügy-, igazságügy- és közoktatásügyi ministeriumhoz terjeszsze fel, hogy az abban foglaltakat rendeleti úton léptessék életbe.

Hudovernig Károly egyetemi magántanár helyesli az előadó elveit, mindenben hozzájárul, mert a mai rendszer szerint háromféle statisztikát kell készíteni, a hol 13, 10 és 6 kórisme szerint kell az adatokat permutálni, a miből csak chaos keletkezik. Helyesnek tartja a hysteria és epilepsia elválasztását, mert nézete szerint nincs „hystero-epilepsia“.

Oláh Gusztáv igazgató tekintettel arra, hogy a felosztás nem felforgatás és számol a mai viszonyokkal és minthogy nem is a tökéletességre, hanem az osztályozás egységességére van szükség és a bizottság is csak árnyalatokban javíthatna a beosztáson, javasolja, hogy az értekezlet fogadja el *Fabinyi* beosztását és bízza meg a szervezőbizottságot, hogy az említett három ministeriumhoz az értekezlet nevében előterjesztést tegyen. Ezen javaslatot az értekezlet elfogadta.

Negyedik (záró) ülés. Elnök: *Konrád Jenő, Koszta József, Moravcsik Ernő Emil.* Jegyző: *Sipőcz Géza, Décsi Károly.*

Mandl Ignácz balassagyarmati főorvos *„A kórházi elmeosztályok ügyéről“* beszél. Szükségesnek tartja, hogy az elmeorvosi értekezletek az elmegyógyászat gyakorlati kérdéseivel is foglalkozzanak. Az országban nincs egy jónak, modernnek mondható elmegyógyító intézet. Az elmeosztályok vezetőinek helyzete nem kielégítő. Az elmebetegek elhelyezését, ellátását javítani kellene. Az elmeosztályok mindenütt túlzsúfoltak, de azért az orvosok és ápolók létszáma nem emelkedett. Az orvosok javadalmazása nem megfelelő és feltétlenül szükséges, hogy minden intézetben legalább 5—6 ápoló nyugdíjjogosultsággal állandósíttassék. A családi ápoláson kivül 2—3 kivétellel az elmeosztályok nem fejlődtek, könyvtár, laboratorium alig egy-két helyen van, bővítés csak egy helyen történt. Az elmeorvos hatáskörét ki kellene terjeszteni. Az elmebetegeken elért megtakarítást ma nem az elmebeteg-, hanem a többi kórházi osztály fejlesztésére használják.

Az előadó szükségesnek tartja, hogy a helyzet orvoslásáról tanácskozzunk. Jó megoldásnak tartaná az államosítást, vagy ha ez nem lehetséges, az elmeosztályokat el kell választani a kórházaktól. A kisebb elmeosztályokat be lehetne szüntetni és helyükbe nagyobb intézeteket létesíteni. Szükségesnek tartja az önálló elmebeteg-tanács szervezését. Indítványozza, hogy az értekezlet mondja ki, hogy az elmeosztályoknak önálló elmegyógyintézetekké való átalakítását szükségesnek tartja és hogy egy önálló elmebetegügyi tanács szervezése szükséges; ilyen értelemben tegyen felterjesztést a kormányhoz.

Babó Tivadar nyitrai igazgató szerint helyes volna az elmeosztályok különválasztása, de ez a mai viszonyok között megoldhatatlan, mert nagy pénzügyi terhekkel jár. Az adnex-elmegyógyító intézetek nem részesülnek kellő figyelemben, a minek oka igen gyakran abban keresendő, hogy a vezetőségnek nincs meg a kellő érzéke. A panaszok kisebb része abból támad, hogy minden kezdeményezésre oly forumokat kell megnyerni, melyek meggyőzése nehéz. Az orvoslást legalább a nagyobb elmegyógyító intézetek államosításában látná, a mi meggyőződése szerint az államra nem háritana az eddiginél nagyobb terhet, sőt anyagi előnyökkel járna és a vezető állások betöltésénél nagyobb választék volna.

Sipőcz Géza pécsi főorvos is egyedül helyesnek az adnex-intézetek államosítását vagy önállósítását tartja, de ez a mai viszonyok mellett csak jámbor óhajtás. Addig is, míg ez keresztülvihető, a jelenlegi helyzet ideiglenes szanálására a következőket tartja szükségesnek: Az elmeosztály főorvosa önállóan vehesse fel, bocsáthassa el, fegyelmezhesse az ápolókat; befolyást gyakorolhasson a másodorvosi személyzet alkalmazására. Az adnex-intézet vezetője hivatalból tagja legyen a kórházi bizottságnak és a vezető főorvos legalább is indítványozó és tanácskozási joggal felruházandó. Az elmeosztályok részére 2—3 ezer korona könyvekre, folyóiratokra, műszerekre állítandó be, mely összeget az elmeosztály vezetője tetszése szerint használhat fel. Az elmeosztály költségvetésének megállapítása az osztály vezetőjének meghallgatásával történjék.

Oláh Gusztáv igazgató szerint az adnex-intézetek rendszere nem volt szerencsés. Az előadó azonban nem teheti fel, hogy a congressus egy, az elmebetegügynek egészen más alapokra való fektetését involváló határozatra ily gyorsan kapható legyen. A congressus ily messzeható és nagy vitatást igénylő kérdés fölött nem határozhat itt és a proponált alakban.

Az elnöklő *Konrád Jenő* igazgató megjegyzi, hogy az indítványok mélyen benyúlnak az egészségügyi administratio organisatiójába, azért incidaliter nem tárgyalhatók, annál kevésbé, mert a mult értekezletek egyikén oly indítványt fogadtak el, hogy csak írásban benyujtott és kellően megokolt indítványok vehetők a szervező bizottság útján tárgyalás alá. Az elmebetegügyi törvény tervezetét már tárgyalta és elfogadta az értekezlet és a közegészségügyi tanács és így újabb tárgyalása nagy tapintatlanság lenne.

Mandl Ignácz előadó a zárószó jogán megjegyzi, hogy személyzethiánytól nem kell tartani, egyébiránt jobb eleinte kisebb, de jobban dotált személyzettel dolgozni. Az államosítást nem tartja panaceának, fontosabb az osztályok függetlenítése. Ily értelmű javaslatait fentartja.

Fischer Ignácz főorvos *az elmebetegségek felismerésének nehézségeivel* foglalkozik. Az elmebetegségeknek a normalis szellemi működéstől való eltérésének felismerése nem olyan könnyű feladat, a mit példákkal is igazol. *Laufenauer* szerint az elmeállapotok elbírálását csak arra szabadna bízni, a ki legalább 3 évig elmekórházban működött és gyakorlati elmekórtani ismeretekre tett szert. Vannak esetek, a melyek elbírálása nem ütközik nehézségekbe, másrészt éppen azon elmebetegségeket, melyeket szakemberek mint jól körülhatárolt elmekórformákat ismernek, a nem szakemberek, minthogy az elmebetegséget alkotó kóros elemeket nem találják meg, nem tartják ilyeneknek. E betegek a kóros szellemi terméküket takarják és azért komponáltaknak látszanak. Ilyenek a dissimuláló paranoiások, chronikus alkoholisták, aggsági elmezavarban, mániás depressiós elmebetegségben, imbecillitásban s a paralysis progressiva bekezdő szakában szenvedő egyének. Ezen betegeken a magasabb szellemi műveletek, az ethika és morál terén vannak eltérések, rendellenességek, melyeket nem ismernek fel betegségi tüneteknek és ha gyógykezelés végett vagy biztonságból gyógyítóintézetekbe helyezik el őket, akkor felzúdul a közvélemény és igazságtalanul bírálja el a szakértők véleményét.

A nem szakorvosok sem tudják ezen elmeállapotokat elbírálni és az ez úton keletkezett kirívó ellentétes vélemények szolgáltatnak alapot a szenzációhajhászásra. Azért kívánatos, hogy elmeállapotok forensikus elbírálására csak képzett psychiaterek vétessenek igénybe.

Reuter Camillo a paranoia kérdését taglalja és a paranoia fogalmának történeti fejlődése kapcsán áttér a mostani kialakuló nézetekre. Nagyjában két csoportra oszlanak a nézetek, egyrészt a *Kraepelin* és tanítványaié, másrészt *Ziehen*

és *Cramer*-é. Míg az utóbbiak szerint a paranoia fogalma igen tág, addig a másik irány képviselői között olyanok is vannak, a kik a paranoia létezését egyáltalán tagadják. *Specht* a perlekedési tébolyodottságot a mániába olvasztja. *Suchanon* orosz búvár teljesen elveti a paranoia diagnosisát. Az előadó szerint a paranoia fogalma föntartandó azon chronikus elmebajok csoportjára, a hol lassan fejlődő téves eszmék alapján az egész szellemi egyéniség átalakul és csak soká áll be a szellemi hanyatlás; a gyógyulás nem zárható ki teljesen.

Goldberger Márk főorvos *a zsidók kriminalitását Magyarországon* tárgyalja. Magyarországon a zsidók kriminalitása nem állandó, hanem hullámzásnak van alávetve, de a mult század 90-es éveitől eltekintve, általában kedvezőbb viszonyokat mutat, mint az ország többi népességeé. A zsidók személy elleni bűncselekményekben csekély mértékben vesznek részt és főképpen az erőszakos delictumoktól tartózkodnak. A vagyon elleni bűncselekményekben is általában kedvezőbb a zsidók kriminalitása, de egyes ily irányú bűntettekben és vétségekben, melyek főképpen az anyagi haszon megszerzésének bűnös túlzásában nyilvánulnak, meghaladja a zsidó lakosság arányszámát. Feltűnő nagy továbbá a zsidók kriminalitása a párviadalokban. A zsidó nők specialis női bűncselekményekkel szemben nagyon kedvező viszonyokat mutatnak. A zsidó bűntettes elmebetegek száma nagyobb ugyan, mint a mennyi a zsidó lakosság $^0/_0$-a szerint megilletné, de ha figyelembe veszszük, hogy míly gyakori a zsidók között az elmebetegség, akkor e tekintetben még kedvezőbbnek mondható a zsidók részesedése, mint a nem bűntettes elmebetegek között. A zsidók kriminalitásában a mult század 80-as éveihez képest, bár biztos összehasonlítás a statisztikai adatok gyüjtésének megváltozása miatt nem lehetséges, feltűnő javulás észlelhető. A legtöbb bűncselekményben kedvezőbb vagy alig valamivel rosszabbodott a zsidók kriminalitása, egyedül a párviadalokban konstatálható szembeötlő növekedés, háromszorosa az akkori arányszámnak.

A zsidók kriminalitásának sajátosságát nem vezethetjük vissza egységes okra; sem a zsidók jellemző tulajdonságai, sem pedig soc alis, társadalmi viszonyai, főképpen, hogy különösen kereskedelemmel és iparral foglalkoznak és hogy inkább városi lakosok, egyedül nem magyarázzák meg.

Az előadó azok véleményéhez csatlakozik, a kik azt vallják, hogy a zsidók kriminalitása a zsidó nép alaptermészetének, sajátságainak és socialis, gazdasági viszonyainak együttműködéséből keletkező productum.

Hegyi Mózes máramarosszigeti főorvos felemliti, hogy mióta a máramarosszigeti elmebeteg-osztályon, majd a fogházban a zsidó bűntettes elmebetegeket, illetve bűntetteseket tisztasági és közegészségi okból megnyiratják, feltűnő módon megapadt a zsidó foglyok száma; ezelőtt a vármegyei lakosság faji és felekezeti viszonyaihoz arányítva, legnagyobb $^0/_0$-a a foglyoknak állandóan zsidó volt. Ebből az következik, hogy míg az állami esküt minden lelkiismeretfurdalás nélkül tették le, az elzárási büntetést közönnyel fogadták, de a mint a saját vallásos érzésük érintetett, óvatosabbak lettek vagyis a saját felekezeti sajátosságuk hajlamosítja őket bűntevésre, vagy tartja vissza annak elkövetésétől.

Hegyi Mózes máramarosszigeti főorvos *az elmebetegek elhelyezéséről* tart előadást és kifejti, hogy midőn az egyik elmegyógyító intézetből nagyobb tömeget szállítanak a másikba, tekintettel kellene lenni arra, hogy csak az arra a vidékre való vagy a közeli megyékbe tartozó beteget transferáljanak. Nem szabadna megengedni, hogy kényelmi szempontból, mely csak az elmebetegeknek a nyakukról való gyors lerázását czélozza, a vidéki hatóságok még a tőlük távol eső elmegyógyító intézetekbe is szállítsanak elmebetegeket, sőt egyszerűen ráküldjék az intézetre. Mindkét eljárás sok jogos panaszra ad okot és megakadályozásukra kell törekedni. A ruthén nyelvű betegek számára Máramarossziget körül családi telepet kellene létesíteni, a mi e nemzetiség nagy megnyugvására vezetne.

Hudovernig Károly egyetemi tanár *„Hysteriform tünetek organikus idegrendszeri bántalmak kezdeti szakában“* czímen tartja előadását, melyet egész terjedelmében közöltünk.

Fabinyi Rudolf főorvos megemlíti, hogy egy betege élénk hysteria typusos tüneteit mutatta, hosszú ideig családi ápolásban volt és csak évek mulva derült ki, hogy dementia paralyticában szenved. A paralysisre valló tünetek egy év előtt látszólag hirtelen fejlődtek és úgy testileg, mint szellemileg rohamosan hanyatlott, decubitusa is támadt Néhány hét mulva javulni kezdett és a mint értesült, most elég jó erőben van.

Tél Ferencz tanársegéd *„A salvarsan alkalmazása az elme- és idegbetegségekben“* czímen referál a budapesti ideg- és elmekórtani klinikán végzett kisérletek eredményéről. A salvarsan hatása a bujakóros elme- és idegbántalmakban nem kielégítő. Észleltek ugyan hónapokig tartó javulást és a hátgerinczsorvadás fájdalmainak enyhülését. Egy esetben a bujakóros alapon létesült rángató görcsök a salvarsanra egészen megszűntek. A jelenleg alkalmazott módszerekkel teljes gyógyulást elérni egyszer sem sikerült, ezért most oly irányú kisérleteket végeznek, hogy nem sikerül-e a hátgerinczsorvadás és agylágyulás kifejlődését megakadályozni a bújakórosokon, ha salvarsannal állandóan spirochaetamentessé teszszük vérüket, és hogy a már jelentkezett, de kezdeti szakban levő betegségek nem fejleszthetők-e vissza hasonló módon, illetve lefolyásuk nem módosul-e kedvezően.

Az értekezlet tudományos részének elintézése után az indítványok kerültek sorra. *Fabinyi Rudolf* főorvos indítványát már a délelőtti előadás kapcsán érdemlegesen elintézték. *Mandl Ignácz* 3 javaslatát illetőleg (az országos elmeorvosi egyesület szervezéséről, a kórházi elmeosztályok reorganisatiójáról és az országos elmebetegügyi tanács szervezéséről; ez utóbbit *Konrád Jenő* egyetemi magántanár hozzászólása után) az elnök ajánlatára az értekezlet elhatározza, hogy a végrehajtó bizottságnak adja ki beható tanulmányozás és jelentéstétel végett.

Ezután az elnöklő *Moravcsik Ernő Emil* dr. meleg szavakban mond köszönetet a referálóknak, az előadóknak és a discussiókban résztvetteknek és bezárja a VI. országos elmeorvosi értekezletet.

Goldberger Márk dr.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Appendicitis és tüdőgümőkór. A párisi „Société médicale des hopitaux“ február 9.-én tartott ülésén *Walther* 14 éves fiú kórtörténetét ismertette. A fiú folyton erősbödő köhögésről panaszkodott, fogyott és elerőtlenedett; emésztészavarai nem voltak. Az irodalomban található néhány hasonló eset alapján *Walther* larvált appendicitisre gondolt s azért műtétet végzett. Az eltávolított appendix folliculitis haemorrhagica képét adta kis tályogokkal; a metszetekben nem sikerült gümőbacillust találni. A műtét után a köhögés azonnal csökkent, majd pedig teljesen megszűnt; egyben az általános állapot is javult s az illető jelenleg jó egészségben van. — A bemutatáshoz fűződött vitában *Sergent* azt mondta, hogy tüdőgümőkórra gyanus esetekben mindig számolni kell azzal a körülménynyel, vajjon nem idősült appendicitis okozza-e a kórképet. Másfelől azonban tekintettel kell lenni arra is, hogy az a szigorú diaeta, a melyet ilyen idősült appendicitis-esetekben használtatnak huzamosabb időn keresztül, nem gyengíti-e meg a szervezetet annyira, hogy hajlamossá válik a gümőkórra.

A diphtheriából kigyógyultak fertőző voltának tartamáról folyt a vita a berlini „Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde“ deczembei havi ülésein *Sommerfeld* előadásával kapcsolatosan. Ismeretes, hogy a diphtheriából kigyógyultaknak szájában és torkában hosszú ideig maradhat meg a diphtheria-bacillus, ennek folytán az ilyenek hosszú időn át veszélyeztethetik környezetüket. A különböző antisepsises öblögetések és bakteriologiai készítmények (pyocyanase, bactericid serum) haszna ezekben az esetekben nagyon lényegtelennek bizonyult. *F. Meyer* más módot ajánl: activ immunizálást elölt diphtheria-bacillusokkal oly időben, a mikor az illetők még a gyógyítás czéljából adott serum antitoxinos befolyása alatt állanak. 10 ilyen módon kezelt esetben a bacillusok rövid idő alatt eltűntek. Ugyanő a diph-

theria-reconvalescensek fogápolásának nagy fontosságára is felhívja a figyelmet; odvas fogakban, rossz plombok alatt a diphtheria-bacillus szintenyészetben lehet jelen. *Heubner* azok megnyugtatására, a kik a diphtheria-serumnak immunizálás céljából használatától az anaphylaxia miatt félnek, kijelenti, hogy a mióta diphtheria-serum létezik, állandóan használja immunizálásra, anaphylaxiás jelenségeket azonban sohasem észlelt. A továbbiakban üdülőházak létesítését sürgeti, mint a hol a kórházakban diphtheriából kigyógyult, de a környezetre még nem teljesen veszélytelen egyéneket helyeznék el; előnye az ilyen üdülőháznak, hogy az ápolási díja sokkal kisebb, mint a kórházé s ennek folytán a közönség hajlandóbb lesz ezen kis ápolási díj mellett ott hagyni hozzátartozóját arra az időre, a míg veszélytelenné válik; különben is az ilyen üdülőházban állandó orvosi felügyelet és ápolás alatt lévén az ott tartózkodók, reconvalescentiájuk is többnyire jobb, mint az otthoni szűkös viszonyok között. *Finkelstein* szerint a berlini árvaház csecsemő-osztályán a diphtheria-serum prophylaxisos használata nem járt valami lényeges haszonnal a házi fertőzések csökkentése szempontjából. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 6. sz.)

Asthma kezelése Röntgen-fénynyel. A „Mecklenburgischer Aerztevereinsbund“ egyik utóbbi ülésén *Zabel* 29 éves földműves kórtörténetét ismertette. Az illető gyermekkora óta szenvedett asthmában, a mely fokozatosan rosszabbodott és semmiféle kezeléssel sem volt befolyásolható. Az első röntgenezés végén már lényeges subjectiv és objectiv javulás mutatkozott, utána hónapok óta először volt tűrhető éjjele; a másnap megismételt röntgenezés után pedig már teljesen jól érezte magát, úgy hogy hazautazott, a honnan egy hét elteltével arról értesítette orvosát, hogy teljesen jól van. Az előadó nem hiszi, hogy suggestiv hatás következtében állott be ez a kedvező eredmény; mert egyrészt másféle suggestiv kezeléstől nem látott eredményt, másrészt mert hibás Röntgen-adagolás mellett nem szokott kedvező eredmény mutatkozni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 92. lap.)

PÁLYÁZATOK.

313/1912.

Békésvármegye közkórházának belgyógyászati osztályán 2 és sebészeti osztályán 2 **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: egyenként 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítással és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésük, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos id. *Kéry Gyula* úrhoz, Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **folyó évi április 4.-éig** küldjék be.

Gyula, 1912 március 20.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

973/1912.

Jásznagykun-Szolnok vármegyében, Jászladány községben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

Ezen állással évi 1400 korona fizetés és 500 korona lakbér van összekötve.

Tartozik megválasztott a törvény és szabályrendelet által reábízott teendőket a szabályrendeletekben megszabott díjakért végezni.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hivatalomhoz, **folyó évi április hó 8.-áig** nyujtsák be, mivel a később beérkezett kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Jászapáti, 1912 március 15.

Cseh János, főszolgabíró.

754/1912. ikt. szám.

Szeged szab. kir. város közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom ennélfogva mindazon nőtlen orvos urakat, kik ezen 1200 korona évi fizetéssel s a közkórházban egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel és világítással és I. osztályú élelmezéssel egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket Szeged szab. kir. város polgármesteri hivatalához címezve, **f. évi március hó 30. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

Szeged, 1912 március 17.

Dr. *Boros József, igazgató-főorvos.*

825/1912.

A megüresedett ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. évi 1600 korona törzsfizetés, ötödévenként 200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlék;

2. 1000 korona helyi pótlék;

3. 450 korona lakáspénz (körorvosi lak építésének ügye folyamatban van s ideiglenes lakásról gondoskodás történt);

4. 700 korona fuvarátalány;

5. a halottkémlésért Ratkó nagyközségtől 16 m³ tűzifa házhoz szállítva, a mit azonban a nagyközség kívánatra pénzben megvált;

6. a trachomásoknak kezeléséért évi 400 korona.

A körhöz 20 község tartozik, székhelye Ratkó, mely egyszersmint járási székhely is.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérvényüket kellőleg felszerelve, hozzám **április hó 15.-éig** adják be, mivel elkésetten érkezett pályázatokat el nem fogadok.

A választás megejtésére határidőt később fogok kitűzni.

Ratkó, 1912. évi márczius hó 15.

Madarassy Iván, főszolgabíró.

536/1912. szám.

Pest-Pilis Solt-Kiskun vármegye kunszentmiklósi járásához tartozó Páhi községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében megállapított 1600 korona készpénzfizetés és a törvény szerinti ötödéves korpótlék.

2. Addig, míg a lakáskérdés elintézést nyer, 500 korona lakbér a község pénztárából előleges negyedévi részletekben.

3 A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó községi orvos Csengőd telepen tartozik lakni, mely vasútállomás, tartozik továbbá a szegény betegeket ingyen gyógykezelni

A lakosság száma: 4156.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **1912 márczius hó 31. napjának d. u. 4 órájáig** adják be.

A választást f. évi április hó 2.-ának d. e. 11 órájakor fogom Páhi község székhelyén Csengődön a községházánál megtartani.

A megválasztott községi orvos állását április hó 15.-én köteles elfoglalni.

Kunszentmiklós, 1912. évi márczius hó 8.-án.

Martinovich László, főszolgabíró.

A Salgótarjáni kőszénbánya részvénytársulat aninoszai bányaüzeménél egy **társpénztári orvosi állás** töltendő be. Ez orvosnak a bánya valamennyi alkalmazottát és munkását díjmentesen kell kezelnie és az ottani házi gyógyszertárt is el kell látnia. Sebészeti gyakorlat előnyt biztosít. Az évi jövedelem 3000 korona kezdő fizetés, 1600 korona évi díjazás a házi gyógyszertár kezeléséért, szabad lakás, fűtés és világítás. Egy évi kielégítő próbaszolgálat után véglegesítését és a társulat tisztviselői nyugdíjintézetébe való felvételét kapja. Pályázók orvostudori oklevelük hitelesített másolatával és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket, egészségi állapotuk és nyelvismeretük, valamint a legrövidebb belépési határidő megjelölésével a Salgótarjáni kőszénbánya r.-t. bányaigazgatóságához **Petrozsénybe** (Hunyad megye) nyujtsák be.

125/912. szám

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a vingárdi **körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek. Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgorbó, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó 5 éves korpótlék.

2. A m. kir belügyminister úr által engedélyezett 1000 korona helyi pótlék.

3. 400 korona lakbér, esetleg természetbeni lakás.

4. 600 korona útiátalány.

5. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó távolsági és látogatási díj.

6. A megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fel lesz jogosítva.

A körorvos a községeket havonta kétszer előre megállapított napokon köteles meglátogatni és a szegényeket ingyen gyógykezelni.

Pályázók az 1908 évi XXXVIII t.-cz. 7. §-ában előírott képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1912. évi márczius hó 31.-éig** hozzám nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom. A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vizakna, 1912 február 29.

Szabó Lajos s. k., főszolgabíró.

56. évfolyam. **13. szám.** *Budapest, 1912 március 31.*

ORVOSI HETILAP

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

Elischer Gyula: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. egyetemi tanár.) Spasmusos duodenalis szűkület egy esete. 234. lap.

Dollinger Béla: Közlés az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, udv. tanácsos.) A spondylitis ankylopoëticáról. 236. lap.

Hruby Ede: Közlés a budapesti kir. magy. tudom.-egyetem I. számú belklinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár.) Mesterségesen változtatott vérteltségű mellkasi szervek Röntgen-képei és ezeknek kórjelző értéke. 237. lap.

Porosz Mór: Dolgozat az Uj Szt.-János-kórház kórbonczolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.) Adatok a prostata anatomiájához. 240. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Jenő Kollarits:* Charakter und Nervosität. — *Lapszemle. Belorvostan. G. Ascoli* és *T. Legnani:* A hypophysis kiirtásának következményei. — *Sebészet. L. Casper:* Húgyhólyagtuberculosis súlyos eseteiben a hólyag kirekesztése. — *Urban:* A Talma-műtét és a vele elért eredmények. — *Elmekórtan. Thoma:* A badeni javitóintézetek növendékeinek vizsgálata. — *Börkórtan. W. Scholtz:* Az eczema kezelése. — *Húgyszervi betegségek. Lehmann:* A vesedecapsulatio javalatai. — *Orr-, torok- és gégebajok. Hajek:* A gégegümőkór orvoslása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Boas:* Az aranyeres csomók vértelen kezelése. — *Liebmann* és *Johannessen:* A sósavas pepsinoldatok. — *Dreuw:* A venaepunctio czéljaira új kanül. 244—247. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 247. lap.

Vegyes hirek. 247—248. lap.

Tudományos társulatok. 249—253. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. egyetemi tanár.)

Spasmusos duodenalis szűkület esete.

Közli: *Elischer Gyula* dr. tanársegéd.

A duodenum szűkületének az eddig szokásos vizsgálati módszerekkel megállapítható jelei annyira megegyeznek a pylorus-szűkületéivel, hogy a két kórformának egymástól való megkülönböztetése csak ritkán sikerül. A nehézségeket az okozza, hogy a bélrészlet a tapintásnak kedvezőtlen helyzetű s a fájdalmakat az epehólyag, a pankreas és a pylorus szomszédsága miatt e helyre lokalizálni nem lehetséges. Az egyedüli tünet, a mely a duodenalis szűkület gyanuját felkelti, a nagy mennyiségű, epét tartalmazó hányadék. Ezen symptoma azonban más gyomorbetegségben is előfordulhat és csak akkor lesz értékesíthető, ha a duodenum fekvésének megfelelően megmerevedett bélrészletet is tapinthatunk. E két tünet azonban ritkán fordul elő egymás mellett s ezért a duodenumszűkület diagnosisa kétségessé válik.

A duodenum-szűkületek pontos diagnosisa azóta vált csak lehetővé, a mióta *Holzknecht*[1] 1000 gyomor Röntgen-vizgálata alapján az ép és szűkült duodenum radiologiai viselkedését megállapította. Vizsgálatait a következőkben foglalhatjuk össze: A duodenum kedvezőtlen fekvésénél fogva a radiologiai vizsgálatnak nehezebben hozzáférhető, mint a gyomor. Három része közül csak a pars horizontalis duodeni az, a mely a gyomornak bismuthpéppel való megtöltése után szemlélhetővé válik, a lehágó és alsó rész melyeket a gyomor és pankreas takar, csak kivételesen látható. A pars horizontalis superior, vagy a mint azt *Holzknecht* — helyzetének sokféle változata miatt — nevezi, a pars superior, a röntgenologiában a bulbus duodeni terminus technicusát nyerte és a gyomornak bismuthpéppel való megtöltése után félhold képű árnyék alakjában jelenik meg a pylorust elhatároló szabad zóna felett. A bismuthpépnek a bulbus duodeniban történő felgyülemlését s néha perczekig való ott időzését jól láthatjuk a Röntgen-átvilágítás alkalmával. A bismuthpép a bulbusba *Holzknecht* vizsgálatai szerint kétféle módon kerülhet. Vagy úgy, hogy a mélyen álló, nyitva levő pylorusból abba belefolyik, vagy úgy, hogy a gyomor rhythmusos antrum-peristaltikája belehajtja. A bulbusba egyik vagy másik módon bejutott pép annak csak alsó felét tölti ki. Ennek oka *Holzknecht* szerint az, hogy az antrum összehúzódása folytán befecskendő pépsugár ereje a bulbusnak szélességén és csekély ellenállása miatt létrejövő tágulékonyságán megtörik, vagy pedig azon, hogy a pars duodeni peristaltikája a fölös pépet azonnal továbbítja. A továbbított bismuthpépet a leszálló és alsó részben már nem követhetjük, a minek oka egyrészt ezen bélrészletek említett kedvezőtlen helyzete, másrészt a béltartalom gyors áthaladása. Ezen utóbbit gyermekeken tett észleletek igazolják, a kiken néha sikerült a gyomortartalomnak ezen bélrészleten át történő villanásszerűen gyors lefutását megfigyelni. *Schwarz*[2] a pépnek a duodenum különböző részleteiben való ellentétes viselkedését a pars superior anatomiai helyzetének tulajdonítja, melynek tág lumene sokkal nagyobb tömegű táplálékot tud befogadni, mint a *Kerkring*-féle gyűrűk által szűkített többi részlet.

Igen messze vezetne, ha ezen casuistikai közlemény keretén belül azon megfigyeléseket akarnám részletezni, melyek a duodenumnak a radiologia segítségével tisztázott motoros functiójára vonatkoznak és sok eddig homályos kérdés

[1] *Holzknecht:* Das normale radiologische Verhalten des Duodenum (Zentralblatt f. Physiologie, 1909, 26).
Die Duodenalstenose durch Füllung und Peristaltik radiologisch erkennbar. (D. Zeitschrift f. Chir. 1910, 105.)
Die neueren Fortschritte der Untersuchung des Verdauungstractus. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1911. 4.)

[2] *Schwarz:* Die Sonderstellung der Pars horizontalis superior des Duodenum in röntgenologischer und anatomischer Beziehung. Berliner klin. Wochenschrift 1908, 24.)

tisztázásához vezettek, és azért a *Holzknecht* által megállapított radiologiai semiologiából csak azon tényeket akarom itt felhozni, melyek közlendő esetem magyarázatára értékesíthetők. *Holzknecht* leirása szerint a duodenalis szűkületek Röntgen-diagnosisakor a következők tartandók szem előtt: Az anatomiai szűkület mint olyan közvetlenül nem vehető észre, annak kimutatása csak functionalis következményei útján sikerül, vagyis csak olyan szűkületek válnak felismerhetővé, melyek egyszersmind functionalis elváltozásokat is okoznak. Az ilyen szűkületek a duodenum megtelődését mutatják a stenosis mögött olyanformán, hogy a stenosisos bélrészlet fala a Röntgen-képen jól kivehető, azt a bismuthpép teljesen kitölti s egy hurkaszerűen meghajlított alakot mutat. Ezen alak függ a stenosis helyétől és az okozott motalitás-zavartól olyanképpen, hogy a kitöltött bélrészlet képe annál hosszabb, minél kisebb a vis a tergo, a melyet a gyomor és a duodenum kifejt; függ a béltartalom mennyiségétől is. A stenosis előtti bélrészlet Röntgen-képe ilyen módon úgy jön létre, hogy a pangó bismuthos tartalom és a peristaltikás vis a tergo a bél physiologiai redőit elsimítja és a bél üregét kitágítja, miáltal ezen bélrészlet láthatóvá válik. A duodenumnak normalis Röntgen-képe ilyenképpen helyzetváltozáson, a stenosisos duodenumé pedig alakváltozáson alapszik. *Holzknecht* e helyütt megemlíti az eddig radiologice még nem észlelt azon lehetőséget is, hogy a duodenumban levő spasmus ugyanolyan Röntgen-képet mutathat, mint az organikus szűkület.

Ezek előrebocsátása után reátérek esetem kórtörténetének ismertetésére.

A 36 éves nőbeteget 1911 február 7.-én vették fel a klinikára. Havibaját 14 éves korában kapta meg először, azóta rendesen jelentkezett, 4 hó óta elmaradt. Megelőzően beteg sohasem volt. Terhes nem volt.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1910 október vége felé egy légypetés húsdarabtól megundorodott, majd hányt. Ezen időtől kezdve hetenként csak 2—3-szor, később, 3—4 hét mulva a felvétel napjáig, napjában többször hányt, úgy hogy táplálkozni nem is tudott. A hányadék vagy a kevéssel azelőtt evett ételekből, vagy epés folyadékból állott, véres sohasem volt. 1910 novemberében egész hasára kiterjedő bélfájdalmai kezdődtek, a melyekhez utóbb, körülbelül deczemberben — a mikor csak nagy erőlködéssel tudott hányni — igen erős, állandó, az étkezéstől függetlenül jelentkező gyomorfájdalom járult. Széke azóta csak hashajtókra van, székében sem vért, sem nyálkát nem észlelt. Betegsége óta 15 kilót soványodott. Igen gyengének érzi magát, járáskor erősen tántorog, szédül, saját erejéből felkelni nem tud, nagyon izgatott, a legkisebb zörejre is összerezzen, szemei nem tűrik a világosságot. Felvételéig morphium-injectiókkal kezelték, a melyek fájdalmait és hányását rövid időre csillapították.

Status praesens: A középtermetű, közepesen fejlett, rendkívül lesoványodott nőbeteg izomzata petyhüdt, kis térfogatú. Az arcz beesett, szenvedő kifejezést mutat. Szemeit állandóan csukva tartja, felső szemhéjai remegnek, a világosságtól óvja magát. A bőr mindenütt magas ránczokba szedhető, száraz. A kötő- és látható nyálkahártyák halványak. A mellkasi szervek épek. A pulsus kishullámú, mérsékelten telt és feszes, rhythmusos, szapora, száma perczenként 100. A has besüppedt, symmetriás. A köldök alatti táj félköralakban kissé elődomborodó, e helyen időnként élénk peristaltika látható. A has diffuse érzékeny, rendellenes resistentia nem tapintható benne. Az ajkak kicserepezettek, a nyelv száraz, bevont. A lehelet acetonszagú, a nyelés szabad.

A gyomor alsó határa körülbelül 3 ujjal a köldök alatt van; felette loccsanás váltható ki. A próbareggeli (*Ewald-Boas*) eredménye a következő: $^3/_4$ óra mulva 680 cm^3 sötétzöld, igen híg gyomortartalom; szabad HCl: 18, összaciditás: 29, tejsavat, vért nem tartalmaz, a *Rosenbach*-próba positiv. A hányadék igen híg, sötétzöld folyadék, kevés finom törmelékes üledékkel. Az epefesték-reactiót erősen adja. Szabad sósav: 47, összaciditás: 70, tejsav, vér negativ. A bélsár rendes külsejű és consistentiájú; vért, nyálkát nem tartalmaz.

A vizelet napi mennyisége 1000 cm^3, sötétbarna, átlátszó, 1023 fajsúlyú. Kevés genyet, annak megfelelő fehérjét tartalmaz. Czukor nincs bene. Erős aceton-reactio, acetecetsav nyomokban.

Gynaekologiai lelet: Kisfokú anteflexio uteri, graviditas nincs.

A *Brieger*-féle próba negativ.

A psyche kissé labilis, a beszéd rendes, a kézen és lábon durva, szabálytalan remegés látható. Járása tántorgó, csak segítséggel tud járni, néhány lépés után összerogy. Érzési eltérés nincs. A pupillák egyenlők, középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Az inreflexek rendkívül fokozottak. Patella- és Achilles-clonus.

A beteg láztalan; súlya 36·1 kgr.

A betegen végzett Röntgen-vizsgálat, a mely a beteg nagyfokú gyengesége miatt az ernyőmegfigyelés mellőzésével csak pillanatfelvételekre szorítkozhatott, a következőket derítette ki:

A gyomor ptosisos. A bismuth-pép alsó határa a crista ileinél jóval mélyebben áll. A pars pyloricától egy attól különálló, kissé hurkaszerűen balfelé hajló, élesen elhatárolt, üregre való árnyékkép látható, a melynek alsó polusán az egész üreg alsó harmadát kitöltő bismuthpép vízszintes niveaut alkot, mely felett egy az üreg közepéig érő kevésbé intensiv vízszintes árnyékniveau (folyadék) foglal helyet (1. ábra). Ez a kép a duodenum bulbusának felel meg és úgy értelmezendő, hogy a duodenumban stenosis van, a minek folytán a duodenumnak a stenosis előtti, részben bismuthpép, részben folyadék és levegő által kitöltött részlete a Röntgen-képen láthatóvá válik. A második felvétel (20 perczczel az első után) a duodenum bulbusának rendetlen, csipkézett szélű árnyékát mutatja. Ez a kép úgy a normalis, mint a stenosisos duodenum-képtől különbözik, a mely minden valószínűség szerint a duodenum szabálytalan, contractiós állapotában leli magyarázatát (2. ábra). A különböző időközben készült további felvételeken az 1. és 2. számú ábrán látható különböző alakok szabálytalan változatai voltak láthatók, a miből arra lehet következtetni, hogy ezen esetben nem organikus, hanem functionalis szűkülettel állunk szemben, a mely nervosus alapon, mint duodenalis spasmus jött létre. A stenosis helyét, mely a Röntgen-képből természetesen nem volt pontosan megállapítható, tekintetbe véve a bő epehányásokat, infrapapillarisan lokalizáltuk.

A betegről a klinikán időzése alatt készült számos további Röntgen-felvétel diagnosisunk helyességét beigazolta.

A beteget először feltáplálni igyekeztünk, oly módon, hogy állandó ágynyugalom mellett tejdiaetát rendelve, naponta 40 cm^3 olajat (oleum olivarum) fecskendeztünk bőre alá. Ezen kezelés mellett a klinikai tartózkodás 5. napján a hányás elmarad, a 9. napon a vizeletből az aceton eltűnik s a 10. napon már 1 liter tejet s levest tud a beteg magához venni. A 16. napon rendes étrend mellett igen jól táplálkozik, a hányások elmaradnak, idegrendszeri tünetei visszafejlődtek, a has rendes configuratiójú, rendellenes peristaltika nem látható, járóképességét visszanyeri és testsúlyban 5·90 kgr.-ot gyarapodva hagyja el a klinikát.

A beteg javulásakor és gyógyulásakor felvett számos Röntgen-kép közül elegendőnek vélek kettőt közölni (3. és 4. ábra). Ezek, a ptosistól s a gyomor különféle helyzetváltozásaitól eltekintve, normalis viszonyokat mutatnak és a beteg gyógyulása mellett bizonyítanak.

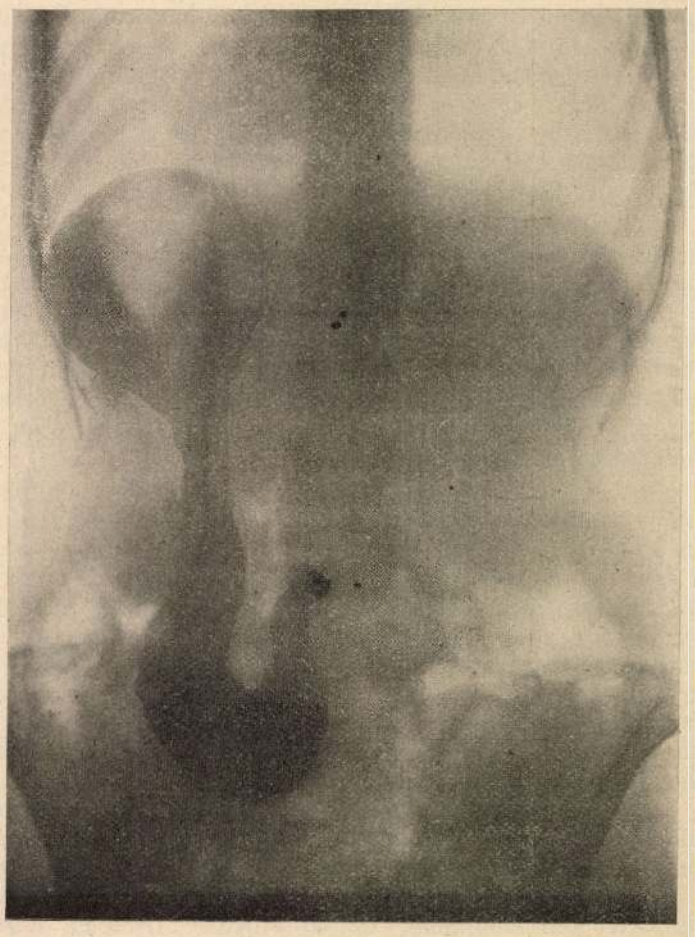
A beteget hosszabb idő mulva tejesen egészségesen láttuk viszont, újabb Röntgen-vizsgálatnak azonban nem akarta magát alávetni.

A közölt eset igen tanulságosan demonstrálja a Röntgen-eljárás czélszerűségét a *Holzknecht* által gyanított spasmusos duodenalis szűkületek diagnosisában, a mely korai diagnosis — mint a jelen esetben is — felesleges sebészeti beavatkozás esetleges veszélyétől óvhatja meg a beteget.

1. ábra.

2 ábra.

3. ábra.



4. ábra.

Közlés az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, udv. tanácsos.)

A spondylitis ankylopoëticáról.

Irta: *Dollinger Béla* dr., tanársegéd

E kórkép tüzetes megbeszélését először a 90-es évek irodalmában találjuk. *Bechterew*, majd *Strümpell* és *Pierre Marie* kutatásai az érdeklődés központjává tették e betegség többé-kevésbé megegyező, de rendszerint erősen kifejezett tüneteit, melyek legnagyobbrészt a csontrendszerre vonatkoznak, de sok esetben az idegrendszerrel, főleg pedig a gyökidegekkel állanak összefüggésben.

Az említett kutatók eltérően bár, de a legnagyobb pontossággal irták le a spondylitis ankylopoëtica kórlefolyását és kórtüneteit, a kóroktan azonban a mai napig teljes homályban van.

Mindezek folytán azt tartom, hogy e homályos származású betegség eredetét kideritendő, minden esetben pontos megfigyelés tárgyává tegyük a kórképet. És épp ezért közlöm az I. sz. sebészeti klinika testegyenészeti bejáróbetegrendelésén kórjelzett és később a klinikán észlelt nagyfokú spondylitis ankylopoëtica kórtörténetét, megjegyezvén, hogy az esetet az Orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1911 november 7.-i ülésén bemutattam.

K. R. 49 éves kereskedő (született Ujvidéken, Bács megye). Fiatal korában gonorrhoeája volt, de abból teljesen kigyógyult. Esetlegesen elszenvedett luesre csak abból következtethettünk, hogy a beteg különben egészséges felesége terhességének 3—4. hónapjában három izben abortált.

A beteg baja hat év előtt kezdődött, midőn rheumaszerű fájdalmakat érzett alsó végtagjaiban és főleg kereszttáján, e fájdalmak később állandóan a keresztájra lokalizálódtak és évekig elhúzódván, a beteget annyira megkínozták, hogy négy év előtt egy telet az ágyban kénytelen volt tölteni. Orvosai aspirinnel és antipyrinnel kezelték, de eredménytelenül. A hát ekkor kezdett elgörbülni azaz nagy ívalakban előrehajolni. A gerinczoszlop mozgékonysága eleinte egy pár hónapig korlátolt volt, de később a görbülés fokozódásával mintegy arányosan merevebbé változott. Ugyanekkor a légzés és járkálás is nehezebbé vált. A beteg főpanasza jelenleg az, hogy az előregörbült gerinczoszlop hajlása folytán a hasürbe nyomódó kardnyujtvány és a bordaív nagy fájdalmakat okoz főleg étkezés után, midőn a gyomor térfogata megnagyobbodik.

Vizsgálatkor azt látjuk, hogy a magas termetű férfi izomzata lesoványodott és sorvadt. A Röntgen-kép azt mutatja, hogy a tüdőcső körül kifejezett és kiterjedt gümős folyamatok vannak. E folyamat nem mutatható ki kopogtatás segélyével és a mennyire a klinikai vizsgálatból megitélhető, későbben keletkezett, mint a gerinczoszlop elgörbülése és megmerevedése. A szívtompulat lefelé helyezett, a többi szerv ép. A vizeletben uratok nincsenek, phosphatok csak kis mennyiségben találhatók.

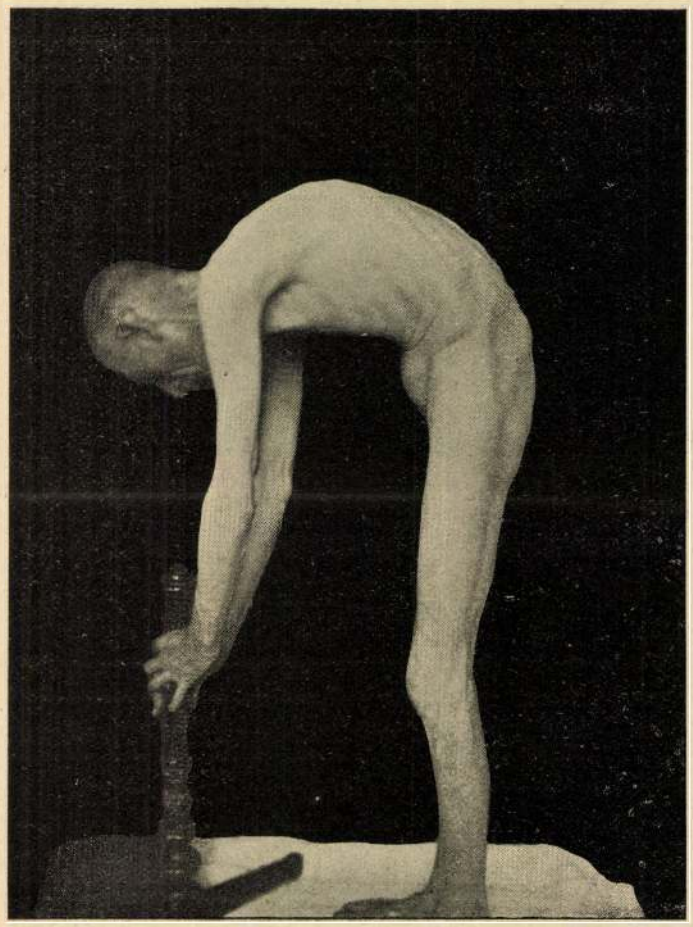
A gerinczoszlop anterior-posterior értelemben előrehajlott, a görbület legnagyobb részét a háti gerinczoszloprészlet teszi, ugyanitt enyhe háti jobboldali scoliosist is látunk. A szegycsonti rész kardnyujtványa és a bordaiv az epigastrialis tájékba nyomódik. A bordaív mindkét oldalt, de főleg a bal oldalon a csipőtaréjt surolja. A gerinczoszlop egész hosszában teljesen merev és ki nem egyenlíthető, enyhe kiegyenlítési kisérletek élénk fájdalmakat okoznak. A borda és harántnyulvány közti és a szegycsont és borda közti izületek mozdulatlanul egyesültek, a mellkas merevsége folytán a légzés hasi és dyspnoés jellegű.

Erősebb és mély lélegzetvételkor az egész mellkas és a hát fájdalmas. A beteg járáskor kissé imbolyogva, lassan és nagyon óvatosan lépked, ilyenkor az egész hát erősen előre lévén hajolva, a betegnek látás czéljából fejét erősen fel és hátrafelé kell hajlítania, ezáltal a nyak-, de főleg a gégekiemelkedés és pajzsmirigy erősen előredomborodik, ilyenkor a fejen, de főleg az arczon az erek kitágulnak és a kissé cyanosisos arcz apoplexiás jellegűvé változik.

Fájdalmak főleg járáskor jelentkeznek az ágyéki tájon és a keresztjáon.

A háton való fekvés megkisérlése nagyon fájdalmas, nem sikerül; a beteg alváskor oldalt, vagy magasan felpárnázott ágyon félig ülő helyzetben helyezkedik el.

Az idegrendszert illetőleg mozgási kiesési tünetek és érzési eltérések nincsenek. A Babinski-tünet negativ. Az izomérzés jó. Trophiás zavarok nincsenek. A bőrreflexek normalisak. A patellareflexek mindkét oldalon kissé fokozottak. A gerinczoszlop legnagyobb részén a csigolyák harántnyulványainak megfelelő helyek mindkét oldalon nyomásra fájdalmasak, egy részüknek nyomásakor a beteg kisugárzó fájdalmakat jelez a bordák között. A Röntgen-felvétel nagy nehézségekbe ütközik, mivel a beteg a gerinczoszlop merevsége



miatt nem tud a hátán feküdni, az oldalsó felvételeken pedig az összecsontosodott izületek nem elég élesen határolhatók el. Számtalan kisérlet után mégis sikerült egy eléggé használható anterior-posterior irányban felvett pillanatfelvételen a következőket konstatálni. A VII. nyak-csigolyán álborda van (ez ki is tapintható). A III. nyak-csigolyától a IV.-ig a csigolyaizületek contourjai elmosódottak. Mindkét tüdőn kiterjedt tüdőcsőkörüli folyamat látható.

E betegséget legelőször *Bechterew* figyelte meg 1893-ban, utána 1897-ben *Strümpell*, majd *Pierre Marie* (1898) közlései következtek. E szerzők a kórkép különböző módozatait és lefolyásának változatait külön-külön kórképnek irták le, igy eredt *Bechterew*-től a „gerinczoszlop chronikus merevsége“, *Strümpell*-től a „gerinczoszlop chronikus ankylotizáló gyuladása“ és *Pierre Marie*-tól a „spondylose rhizomelique“ elnevezés.

Wullstein érdeme, hogy a „Handbuch der orthopädischen Chirurgie“-ban (1905) megjelent mesteri leirásában e csak látszólag különböző, de alapjában véve azonos kórképeket egyesítette és egy névvel spondylitis ankylopoëticának nevezte el.

Mindazonáltal a tapasztalat azt mutatja, hogy ezen betegség keletkezése és lefolyása az előbb említett szerzők észlelése szerint csakugyan különböző typusok szerint folyik le. E szerint különböztetjük meg a *Bechterew*-féle typust és a *Strümpell-* és *Pierre Marie*-féle typust.

A *Bechterew*-féle typus jellegző tünetei azok, melyeket e szerző egy önálló kórkép keretében írt le, azaz: 1. A gerinczoszlop vagy a gerinczoszlop egy részletének tökéletlen mozgékonysága vagy tökéletes mozdulatlansága (ankylosis). 2. Ivalakú púp, mely főleg a háti gerinczoszlop-részletre vonatkozik. 3. Az egész izomzat paresises állapota. 4. A hát- és az alsó nyak-idegek bőrágainak érzékenysége fokozott. Ugyanezen idegek izgalmi tünetei: paraesthesiák, hyperaesthesiák, fájdalmak a nyakon, a háton és a végtagokban főleg üléskor. 6. Némely esetben a mellkas légzési mozdulatlansága és ennek folytán hasi légzés-typus. 7. A folyamat a gerinczoszlop felső részében kezdődik és innen terjed a gerinczoszlop alsó részleteire.

A *Strümpell-* és *Pierre Marie*-féle typus jellegző tünetei a következők: 1. A gerinczoszlop egy részletének teljes csontos merevsége 2. Csontosan merev púpképződés, esetleg csontos merevség a rendes állásban. 3. Fájdalmasság és idegtünet (nem okvetlenül szükséges kiegészítője a kórképnek). 4. A mellkas légzési mozdulatlansága. 5. A betegség az alsó gerinczoszlop-részleteken kezdődik és innen terjed a felső gerinczoszlop-részletekre. 6. A gerinczoszlop megmerevedésén kívül a gyökizületek (csípő- és vállizület) is elváltozást szenvednek (innen a spondylose rhizomelique elnevezés: *Pierre Marie*). 7. Az izomzat elsorvad és rigiddé válik. (Összetévesztés myositis ossificanssal.)

A spondylitis ankylopoëtica kórképe nem folyik le mindig pontosan egy bizonyos typus szerint, hanem mintegy kombinálódik az előbb említett változatokból. Az általam leírt eset például, keletkezését tekintve, a *Strümpell-Pierre Marie*-féle typushoz hasonlít. Viszont a kórfolyamat bonczolástani elhelyeződését tekintve, azért felel meg a *Bechterew*-féle typusnak, mivel a csontfolyamat tisztán a gerinczoszlopra és a bordákra lokalizálódik, az úgynevezett nagy ízületek (csípő- és vállízület, *Pierre Marie* szerint gyökizületek) szabadok.

A folyamat összes változatainak kórbonczolástanát az jellegzi, hogy a csontelváltozások részint osteophyta-képződésből, részint főleg a csigolyák széleire vonatkozó egyenletes csonttúlfejlődésből állanak. E csonttúlfejlődések és exostosisok a csigolyákat áthidalják és azokat egymással csontosan összekötvén, a gerinczoszlop megmerevedésére vezetnek. Hasonló okból merevednek meg a csigolya és borda közti ízületek. A kórbonczolástani készítmények egy részén ezenkívül a gerinczoszlop szalagszerkezetének megcsontosodását látjuk.

E betegség kóroktana azonban, a mint azt már említettem, teljes homályban van.

Erre nézve különben számtalan elméletet ismerünk. Egyesek gyuladásos folyamatokra gondolnak, mások a statikai megbetegedések csoportjába sorolják e betegséget. Számos híve van ezenkívül az infectiosus és congenitalis praedispositión alapuló nézetnek is. *Bechterew* az ő általa leírt betegség aetiologiájában a főszerepet az öröklésnek, a traumának és a luesnek tulajdonította.

Nagy nehézségekbe ütközik a gyógykezelés. A különböző orvosságok, úgymint aspirin, acidum salicylicum, jodkali tünetileg hatnak, a fájdalmak egy részét csökkentik, de a csontosodásnak és a púpképződésnek gátat vetni nem tudnak.

Az ívben görbült gerinczoszlop erőszakos kiegyenlítésével, *Calot* módszeréből kiindulva, *Wullstein* próbálkozott meg, de ő maga sem vonhatta ki magát azon félelmetes érzés hatása alól, midőn a gerinczoszlop összecsontosodott izületei recsegés és ropogás között kettéváltak. Érdekes, hogy daczára a gyökeres eljárásnak, *Wullstein* eredményes redressementről beszámolni nem tud. Más szerzők az erőszakos kiegyenlítés kisérletei után keletkezett bénulásokról és más súlyos szövődményekről számolnak be.

Mi a jelen esetben elsősorban a gipszkötéssel való fokozatos kiegyenlítésre gondoltunk és a beteget a *Glisson*-féle függesztőn enyhén kinyujtván, e helyzetben egy *Sayre*-féle gipszkötést alkalmaztunk. A különben is dyspnoés légzésű beteg légzése ezáltal annyira korlátoztatott, hogy a kötést egy pár nap mulva eltávolítottuk és a beteg más kisérletekbe beleegyezni nem akarván, a klinikáról változatlan állapotban távozott.

Mindazonáltal azt tartom, hogy a spondylitis ankylopoëticában nagy szerepet kell juttatni a korai diagnosisnak. Kezdeti esetekben ugyanis, a további elgörbülést megakadályozandó, nagy segítségünkre van a spondylitis tuberculosa eseteiben alkalmazni szokott, a gerinczoszlopot rögzítő *Dollinger*-féle fűző, ugyanekkor mérsékelt fokozatos kiegyenlítési kisérletek is nagyobb eredménynyel kecsegtetnek.

Irodalom. *Bardeleben*: Lehrbuch der Chirurgie, 4. kötet. — *Bechterew*: Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform. (Neurologisches Centralblatt, 1893.) — *Bechterew*: Ueber ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extremitätengelenke. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 15. kötet, 1899.) — *Fraenkel*: Ueber chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung. (Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstralen, 7. kötet.) — *Hoffa*: Die chronisch ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule. (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, 247. szám.) — *Magnus Levy*: Ueber chronische Steifigkeit der Wirbelsäule. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 9. kötet.) — *Oppenheim*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 5. kiadás, I. kötet, 334 lap.) — *Pierre Marie*: La spondylose rhizomelique. (Revue de Médicine, 1898, 285. lap.) — *Rokitansky*: Lehrbuch der pathologischen Anatomie, II. kötet. — *Strümpell*: Bemerkungen über die chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 11. kötet, 1897.) — *Wullstein*: Handbuch der orthopädischen Chirurgie, I. kötet, 1905—1907.

Közlés a budapesti kir. m. tudom.-egyetem I. számú belklinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanár.)

Mesterségesen változtatott vérteltségű mellkasi szervek Röntgen-képei és ezeknek kórjelző értéke.

Irta: ***Hruby Ede*** dr. klinikai gyakornok.

Régóta ismerik a röntgenologusok azt, hogy a vér a Röntgen-sugarak egy részét, főleg az úgynevezett lágysugarakat elnyeli. Ezt fényképészeti úton is igazolhatjuk. Ha csonttörésről felvételt készítünk, gyakran megtörténik, hogy a vérömleny annyira elhomályosítja a képet, hogy egyes helyeken a tájékozódást nagyon megnehezíti. Ha ily izületről készítünk képet, az izület contourjai annyira elmosódottak, hogy csak gyakorlott szem tudja megtalálni a helyes vonalakat, míg a vérömlésmentes izületről készült felvételen a csontszélek élesek s mindenki által felismerhetők. Az elmosódottságot, azaz a lemezen látható fátyolt a kiömlött vér okozza az által, hogy absorbeálta asugarak egy részét.

A vér ezen, hogy úgy mondjuk a felvétel készítésekor zavaró befolyását a röntgenologusok igyekeztek ellensúlyozni. Ez könnyen alkalmazható végtagokon, ellenben a törzsön már nehezebben. Itt is azonban csaknem állandóan használatban van a nyomás alkalmazása a vesekő felvételekor, a mikor a hasra alkalmazott szorítással a beleket és ezzel a bélfalzatban lévő nagymennyiségű vért szorítjuk félre a vesemedenczéről. Ezáltal a kő okozta homály felismerhetővé válik, a mely különben az általános lemezhomályba olvadna bele. A nyomással végzett vértelenítési mód jól bevált a végtag és hasüreg Röntgen-felvételének készítése esetén, a mennyiben a vizsgált részlet anaemizálható volt.

Egészen mások a viszonyok a mellkasi szervekben, főleg a tüdőben és a mediastinumban. Itt hiába alkalmazunk nyomást a mellkasra, a kis vérkör vérmennyiségét ez nem fogja csökkenteni. Felmerül az a kérdés, lehet-e a tüdő vérmennyiségét egyáltalán csökkenteni? Erősen kivérzett egyénnek okvetlenül a tüdejében is kevesebb a vére, de egyént a

vizsgálat érdekében így megfosztani a vérétől senkinek sem jutna az eszébe. A tüdő vérmennyiségének csökkentésére szóba jöhetnének oly szerek, melyek specifikusan az erekre összehúzólag hatnak. Ily oldatok spray-alakban belehelve, a felső légutak nyálkahártyáját vérteleníténék, de a tüdő vérmennyiségére nem volnának befolyással. Legjobb módszer a tüdő anaemizálására annak a módszernek a megfordítottja, melyet az autotransfusio neve alatt ismerünk. Autotransfusiót úgy végzünk, hogy a beteg végtagjaiban foglalt vérmennyiséget a végtagokból a törzsbe szorítjuk s így a törzs és nemesebb szervek: agyvelő, szív stb. aránylag több vért tartalmaznak. Ha a törzsben és nemesebb szervekben a vér mennyiségét csökkenteni akarjuk, akkor ellentétesen kell eljárnunk. T. i. a törzs vérmennyiségének egy részét a végtagokba zárjuk ki. Ez oly módon történik, hogy mind a négy végtagra meglehetősen magasan, akár egyszerű gummicsővel, akár Esmarch-pólyával szorítókötést alkalmazunk, ügyelve arra, hogy az arteria lüktetését el ne nyomjuk. Ilyenkor a szív a vért belehajtja a végtagba, de ez onnan nem tud visszafolyni, mert a gyüjtőerei le vannak szorítva s így a vér nagy mennyisége a négy végtagban halmozódik fel. Ennek megfelelően a törzs szervei kevesebb vért tartalmaznak, vagyis vérszegényebbé váltak.

Kisérleteimben a következőket vizsgáltam: 1. Anaemizálható-e a tüdő az előbb vázolt eljárással oly fokban, hogy a felvétel alkalmával a rendes és vértelenített tüdő képe között különbség jön létre? 2. Ha a tüdő oly nagy fokban anaemizálható, hogy különbség látszik, a tüdővérkörnek mely részletei ürülnek ki? 3. Hozzájárul-e a vér a rendes mellékárnyék és tüdőrajzolat megalkotásához és egyáltalán mekkora befolyással van a mellkasi szervek röntgenogrammjának létrejöttére? 4. Lehet-e ez újabb vizsgálati módszerrel a tüdő csökkent vérmennyisége mellett készített felvétellel megmondani, hogy a lemezen, illetőleg a tüdőben látható homályt csak bizonyos bővérűség, avagy már kötőszövetes vagy egyéb szövettömörülés hozta létre?

A beteget fekvő helyzetben rögzítettük s róla rendes módon dorso-ventralisan mellkasi felvételt készítettünk. Ezután óvatosan, nehogy a beteg, a lámpa és a lemez egymáshoz való viszonya megváltozzék, a fent leírt gyüjtőeres pangást idéztük elő. Ily módon a vért erősen megkevesbítettük a törzs szerveiben és a tüdőben. Az egész eljárást más czélból *Tornai* dr. is alkalmazta s közleményében a klinikai tünetek (vérnyomás-változás stb., subjectiv jelek, zsibongás érzete) közölve vannak. A lekötés után körülbelül 20—30 perczig fekszik a beteg, ez alatt a vér duzzadásig megtölti a végtagokat. Ekkor újból készítünk felvételt. E második felvétel tehát az anaemizált mellkas röntgenogrammját adja. A vérrel telt és anaemizált mellkas Röntgen-lemezeit egyszerre és egyforma tartamú fürdőben hívtam elő, hogy a viszonyok teljesen ugyanazok maradjanak. Ily módon tehát két lemezt kaptunk; az egyiken az egyén rendes vértartalmú tüdejének és szívének a röntgenogrammja, a másikon ugyanezen egyén csökkent vértartalmú mellkasi szerveinek Röntgen-képe volt látható.

A rendes mellkasfelvétel elbirálásakor és vizsgálatakor általában a lemez minden rajzolatára figyelemmel szoktak lenni. Ezért a két lemez összehasonlításakor mi a legkisebb részletre is figyelemmel voltunk. A mellkas Röntgen-képén a mi szempontunkból a következőket vettük pontos vizsgálat alá: a szívárnyékot, az ezt övező középárnyékot, a hilusrajzolatot és a tüdőrajzolatot.

Most tekintsük, milyen képet ad a normalis tüdőfelvétel lekötés előtt és lekötés után; azután milyen a kóros tüdő képe a lekötés előtt és után.

A mellkas Röntgen-képén a következők látszanak: a csontos mellkas vetülete, a szív és a nagy erek, a középárnyék, a hilusrajzolat és a tüdők rajzolata. Ezek közül a csontos mellkas vizsgálata themánkon kivül esik A szív azon változásairól, a melyeket a lekötés folytán támadt vérszegénység hoz létre a szíven, *Tornai* dr. 1910-ben megjelent „A vérkeringés mesterséges megkisebbítése mint orvosló módszer“ című czikkében számolt be. A mi themánk főleg a középárnyékra, a hilus és a tüdőre vonatkozik.

A középárnyék, a hilus- és tüdőrajzolat napjainkig vitás terület. Általában két tábor áll egymással szemben. *De la Camp* és *Schellenberg* szerint a normalis hilusrajzolatot a főbb hörgők adják. *Rieder, Holzknecht* és *Cohn* ezt a nézetet nem fogadja el; szerintük a vérereknek, az arteriáknak és venáknak a vetülete adja a rajzolatot. *Grödel* azt állítja, hogy ezt az árnyékot a bronchusok és a vérerek együtt adják. A legújabb nézetek pedig felveszik, hogy ezekhez a vérnek, azaz az erekben keringő vérnek az árnyéka is szükséges, mert az érfal egymagában nem adna rajzolatot (*von der Weld*).

Milyen tehát a normalis vérmennyiséggel rendelkező tüdőhilus rajzolata? A szívárnyékhoz kapcsoltan faágszerűen szétágazó és osztódó, mindinkább vékonyabb és homályosabb ágakból álló rajzolatot látunk, melyre jellemző az, hogy a tüdő világos részéhez képest kicsiny és úgy tűnik fel, mintha a tüdő gyökerét alkotná; csomók ritkán vannak rajta, vastagabb ág is csak 1—2 van benne.

A tüdőrajzolat pedig nem minden felvételen látszik jól. Kemény lámpa mellett egyáltalán nem mutatkozik, lágy és középlágy sugarak szépen kirajzolják egészséges tüdőn is. Ilyenkor a tüdőmezőben mindenütt, kevésbé a mellkas falához közel, kifejezettebben a hilus közelében, reczeszerű hálózat látszik, melynek vonalai a hilus ágai között is jól felismerhetők.

A lekötés utáni felvétel az egészséges tüdőről is tisztább képnek, jobban sikerült felvételnek tűnik fel. Közelebbről vizsgálva a két lemezt, azt látjuk, hogy a hilusban jelenvolt egy-két elmosódott folt feltisztult, maga a hilusrajzolat határozottabbá, kifejezettebbé lesz, mert az ágak élesebb határúak. A hilus és a tüdőreczézet közötti különbséget jobban lehet megkülönböztetni, mert a rajzolat tisztább; ezalatt azt értem, hogy nem homályos mezőbe van belerajzolva.

A lekötés előtti normalis hilusrajzolat kóros viszonyok mellett más képet ad, a melyből — más tényezőkkel kapcsolatban — következtetéseket lehet vonni a kóros folyamat mineműségére s elterjedettségére. Ezek között a szívbaj okozta elváltozásról és a gümőkóros elváltozásról fogunk szólani.

Mint fentebb említettem, megváltozik a hilus- és tüdőrajzolat a szívbaj miatt a kis vérkörben pangás miatt; ez látható a lemezen is. A lemezen a szív vetülete nagyobb, a hilus ágai is durvábbak, különösen jellegzetes a mindkét oldalon látható és a hilus közepétől lefelé tartó hosszú ág, melyről sokáig vitatkoztak, míg végre *Schwartz* pulsatiót látott rajta. Azóta tudjuk, hogy ez az arteria pulmonalis és főleg oly egyéneken látszik, a kiknek arteria pulmonalisában nagyobb a nyomás, mint rendesen. Pl. insufficientia és stenosis ostii v. s. vagy emphysema pulmonum esetén. De nemcsak ez az ág növekedhetik meg jellegzetesen, hanem a többi ág is kissé vastagabb és messzebb követhető be a tüdőbe. A tüdőrajzolat reczézete is kissé durvább, a reczézet közti mezőcskékben az alap is homályosabbnak látszik s benne homályosan itt-ott másodlagos elmosódott reczézet vehető ki.

Lekötés után az ágak nem olvadnak annyira egymásba, hanem mintegy differenciálódni látszanak, az ágak egy része karcsúvá válik, a tüdőmezőnek megfelelő rész teljesen feltisztul, egyes helyeken pedig a hilus felé kifejezettebb rajzolatot kap.

Még érdekesebb és fontosabb különbséget láthatunk tüdőgümőkór okozta elváltozás esetén a rendes vérviszonyok mellett és a vértelenítés után készített lemezeken. Ugyszólván bárhol is van a tüdőben a gümőkór, ha oly nagyfokú, hogy a Röntgen-lemezen nyomot hagy, akkor a hilus-rajzolat is dúsabb lesz. Oka az, hogy a nyirokutakon át gyorsan terjed a bántalom a nyirokcsomókba. Ezek a kórboncztanilag bizonysága szerint gümőkórosan beszüremkednek s megnagyobbodnak, e miatt a lemezen is megjelennek. A tüdőgümőkór a Röntgen-lemezen sajátságos jellegzetes képet ad. A hilus dús rajzolatú, csaknem reczézett és evvel összefüggően vagy mindkét csúcs felé, ritkán csak az egyik csúcs

felé homály van. Ez a homály közelebbi vizsgálatkor azonban nem egyszerű, hanem a hilus-rajzolathoz hasonlóan szabálytalan rajzolatú reczehálózatból áll, s egyes helyeken kisebb csomócskákkal vagy halványabb foltokkal tarkítva a szokásos márványrajzolatot adja. Találó az a hasonlat, a mely hópehelyszerűnek jelzi a homályt (*Grau*). Az egész rajzolat közeit pedig a tüdő ép részeihez viszonyítva kissé árnyékoltabb rész tölti ki, innen van, hogy az egész kép úgy tűnik fel, mintha egy homályosabb mezőbe volna a márványrajzolat beleágyazva a megfelelő csomócskákkal és elmosódott határú ágazattal.

Lekötés után a következő változásokat észlelhetjük a lemezeken. A hilusrajzolat ágai közötti területen, de egyebütt is, ott, a hol a lemez kóros elváltozásnak megfelelő beszüremkedést jelez, a lemezen látható fátyol határozottan feltisztult. Ennek az volt a következménye, hogy a hiluságak jobban elkülönültek. Egyes helyeken a folt egyáltalán nem tisztult, más helyeken azonban — és ezt nagyon ki kell emelnem — a folt helyén durva rajzolat fejlődött ki, illetőleg volt a lemezen látható. Kétségen felül áll, hogy e helyen elébb is meg kellett lennie a rajzolatnak, de az erős homály miatt az egész takarva volt. Azt is észleltük ily lemezen, hogy az épnek látszó tüdőterület is kissé feltisztult.

Minthogy a beteg területet jelző homály és elmosódottság eltünt, sokkal élesebben lehetett látni, meddig terjed a beszüremkedés és egyszersmind a beszüremkedés rajzolata is kifejezettebbé vált.

Ezek az adatok. Mindezekből a következő tanulságokat vonhatjuk le, a melyekkel egyúttal a föltett kérdésekre is megfelelünk.

Ugy a normalis, mint a kórosan vértelt tüdőben a lemez változást mutat, mihelyt a vér egy részét kizártuk a végtagokba; tehát a törzs és vele együtt a tüdő is anaemizálható és pedig oly fokban, hogy ez a lemezen is meglátszik.

De a kisérlet arra is feleletet adott, hogy mely mellkasi szervekben jön létre a legnagyobb vérszegénység. Legfeltünőbb az elváltozás a szíven és ez érthető is. Itt nagymennyiségű vér duzzadásig tölti ki az üröket s a lazább falú pitvarokat, a melyek mint reservoirok a nagy szivattyú előtt beillesztve a vért összegyüjtik, hogy a szivattyút táplálhassák; ha a vér mennyisége megkevesbedik, aránylagosan és oly rövid idő alatt, minő a kisérlet ideje, akkor ezek a reservoirok is kevesebb vért fognak tartalmazni és igy természetes, hogy kisebb lesz a szívnek vetülete is. Tehát a szív megkisebbedése, a melyet a lemezen észlelünk, az előbbi következtetésekkel könnyen magyarázható.

De kiürülnek bizonyos fokig a nagy erek is. Ennek bizonyítására szolgál az, hogy az erek árnyéka karcsúbbá válik és e mellett élesebb szélű. Honnan ered e változás? A mikor az ér feszülésig telve lüktet, akkor az árnyék létrehozásában az érfal és a benne folyó vér a pulsatio miatt mindig szélesebb árnyékot ad. A kevés vért tartalmazó ér nem végez oly nagy kilengéseket, mint a feszülésig megtöltött, ezért válik karcsúbbá és élesebbé a vérér árnyéka. Ennek az alapján esetleg azt is meg lehet itélni, vajjon valakinek tágulékonyak-e a tüdővérerei, avagy már elmeszesedtek.

Kiürült a tüdőhajszálérhálózat egy része is. Ezt bizonyítja az, hogy a kép tisztultabbnak látszik; azért tisztább, mert a vér eltűnvén, nincs a mi fátyolt okozzon.

Összefoglalva, arra az eredményre kell jutnunk, hogy a mellkasi szervek kiürülése, illetőleg vérelosztódása a csökkent vértartalom mellett is egyenletes marad, aránylagosan osztódik el továbbra is a vér minden szervben. S igy be van bizonyítva, hogy a lekötési módszer nem lehet káros egy szervre sem. Bizonyos, hogy nemcsak a mellkasi szervek, hanem az agyvelőben és a hasüri szervekben is aránylagos vérszegénység van.

A lemezen észlelhető változás, a mely a lekötés után a hilusrajzolaton látható, hozzájárul azon kérdés tisztázásához is, hogy mi alkotja a középárnyékot és hilusrajzolatot. Határozottan bizonyítja a kisérleti eredmény, hogy a hilusrajzolat létrejöttében a vér mint quantum önmagában is szerepel. Árnyékot ad minden anatomiai anyag, tehát a hörgők, a nyirokcsomók és az érfalak, de az érfalakba bezárt vér is. Ha ez a pangás miatt több, nagyobb a mellékárnyék és a hilus is dúsabb. A kisérlet alatt elvonván e többlet egy részét, változás áll be a középárnyékban, a hilusrajzolatban és a tüdőrajzolatban is.

Ebből az következik, hogy beigazolódott, hogy szervi szívbajban a lekötési módszer mint gyógyító eljárás nemcsak a szívet menti fel a nagymennyiségű vérrel való dolgozás alól, hanem a tüdőbeli pangás is csökken és a tüdő e szerint felszabadul; ha szabad e kifejezést használni, a tüdő nincs teletömve vérrel, hanem a rendes viszonyoknak inkább megfelelő vérmennyiséggel dolgozhatik.

S végül rátérek arra, hogy e kisérlet kifejleszthető oly vizsgálati módszerré, a melylyel megmondhatjuk, hogy a tüdőben jelenlévő elváltozás, a mely homályt hozott létre a lemezen, minő elváltozás? Vajjon helybeli bővérűség-e avagy már sejtes beszüremkedés, esetleg zsugorodás. Mert ha bővérűség, akkor, a mint láttuk, a lemezen e homály a lekötési módszerrel végzett felvételen eltűnik vagy lényegesen csökken; ha ellenben beszüremkedés vagy heg, elmeszesedés, sajtosodás, akkor még feltünőbben elüt a környezettől, mert a körülötte lévő tüdőszövet a részleges vérszegénység miatt jobban átbocsájtja a sugarakat.

Véleményem szerint nagyfontosságú lesz a módszer a gümőkóros beszüremkedés megitélése és előrehaladottságának megállapítása tekintetében. Mert egészen más az, ha valakinek a bántalma csak addig jutott el, hogy ad ugyan már árnyékot a képen, de ez e módszerrel megvizsgálva olyannak bizonyul, a mely változik, mert ekkor főleg bővérűség volt az árnyék okozója. És egészen más az, ha az árnyék okozója ez új eljárással nem mutat változást, mert akkor a legnagyobb valószínűség szerint nem mulékony, hanem végleges elváltozás jött létre a tüdőben (sajtos beszűrődés, elmeszesedés stb.)

Vizsgálataink közben azta feltünő dolgot tapasztaltuk, hogy a beszüremkedett csúcsnak megfelelő helyen a fentebb leirt homályos alap kissé feltisztult. Ebből azt kell következtetnünk, hogy a gümőkórosan beteg tüdőrészletben meglehetős nagyfokú bővérűségnek kell lennie, a mely a lekötés előtt és a tüdő vércsökkentése után különbséget adott.

S itt fel kell említenem *O. Dehn*-nek egy megfigyelését, a mikor összehasonlító vizsgálatokat végzett a tüdőröntgenogramm és a bonczolási lelet között a korai gümőkór felismerésének szempontjából. Azt állítja, hogy sokszor a kép homályt mutat a csúcsokon, a mikor a bonczolás nem tudott specifikus gümőkóros elváltozást kimutatni. Ezért kimondja, hogy a homály nem biztos jel a gümőkór korai szakában, noha minden homály gyanuval fogadandó.

A fent elmondottak szerint ez a kérdés sem marad ezentúl határvonal, a melyet ne léphetnénk át. Mert ezentúl megtudhatjuk a homályról, vajjon milyen eredetű s igy a korai jelek megitélésében lényeges támogatásul fog szolgálni ez az új módszer.

Irodalom. *Tornai:* A vérkeringés mesterséges megkisebbítése mint orvoslómódszer. B. O. U. 1910. — *Kyritz:* Lungenspitzen- und Bronchialdrüsentuberkulose im Röntgenbilde. Beitr. zur Klinik d. Tuberk. 1908. — *Schellenberg:* Der Wert der Untersuchung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose stb. Zeitschr. für Tuberk. 1908. — *Krause*: Über den Wert der Röntgendiagnostik der Frühtuberkulose der Lunge. Med. Klinik, 1908. — *Schellenberg:* Die normale und pathologische Lungenzeichnung im Röntgenbilde. Zeitschr. f. Tuberk. 1908. — *De la Camp:* Das anatomische Substrat der sogenannten Hiluszeichnung im Röntgenbilde. Phys.-med. Monatshefte, 1905. — *Cohn:* Zur Anatomie, Pathologie und Röntgenologie der Lungentuberkulose. Berl klin. Wochenschr. 1909. — *O. v. Dehn:* Über röntgenologische Lungenbefunde im Vergleich mit den Ergebnissen der Sektion. Med. Klin. 1910. — *Rieder*: Die Untersuchung der Brustorgane mit Röntgenstrahlen. F a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 6. — *Schwarz:* Röntgenoskopische Beobachtungen von Eigenpulsation der Hilusschatten und ihrer Verzweigung. Wr. kl. Woch. 1910.

Dolgozat az Új Szt.-János-kórház kórbonczolástani laboratoriumából. (Vezető főorvos: Minich Károly dr. egyetemi magántanár.)

Adatok a prostata anatomiájához.

A ductus ejaculatorius, a colliculus seminalis és a sphincter spermaticus bonczolástana, élettani és kórtani szerepe.

Irta: *Porosz Mór* dr., urologus Budapesten.

Az ivarérettség idejében az ondóhólyagban spermasejteket lehet találni. Az ondóhólyag egy kocsonyás anyagot elválasztó tartány, a melyben a herék által folytonosan termelt sperma beraktározva konzerváltatik. Közösüléskor többféle tényező közreműködése mellett tartalmának egy része ejaculatio alakjában kiürül.

Ismeretesek azok a pathologiai körülmények, a melyek között sperma az ondóhólyagból abnormalis módon, közösülés nélkül is spontán távozik. Az egyiket pollutiónak, a másikat spermatorrhoeának nevezik, a harmadik az ejaculatio praecox (ante portas).

Ezen tünetek jelentkezése többféle téves magyarázatra szolgáltatott alkalmat. Ezen magyarázatok tengelyét mindig a gerinczagyi központok alkották és mindig e körül forgott a megfejtés kérdése. Szokás az orvosi tudományban, hogy a mikor valamely zavart functiónak az okát nem ismerjük, vagy a midőn az ok ki nem fürkészhető, akkor a működési zavarokat az idegközpontokból származónak tartjuk.

Kényelmi szempontból elég czélszerű is ez, mert az idegeknek és idegközpontoknak semmiféle változását sem ismerjük. Fogalmunk sincs róla, hogy milyen az állapot a nyugvó idegzetben, mi történik benne működése alatt és milyen az elváltozása működése után. Annál kevésbé tudható, hogy milyen is az az izgatott idegzet. Mi csak azt tapasztaljuk, hogy működése közben a normalistól eltérő, functionalis zavarok jelentkeznek.

Functionalis zavar a pollutio és a spermatorrhoea, valamint az ejaculatio praecox is. Ezért ezeket is centralis eredetűnek tekintették.

Több évre terjedő megfigyelésem arra a tapasztalatra vezetett, hogy az eltéréseknek ilyenféle elbirálása hibás. Tanulmányozva a pathologiai tüneteket, összehasonlítva azokat physiologiai jelenségekkel, meggyőződtem róla, hogy e téren még több félreismert dolog van.

Megkisérlettem összeállítani, csoportosítani a tapasztaltam physiologiai és pathologiai jelenségeket; azután bővíteni iparkodtam a hiányosnak talált anatomiai ismereteinket is. Ezen iparkodásom nagy fáradsággal, sokféle áldozattal járt, de sikerre vezetett.

* * *

Ivarérett egyénben, a midőn az fajának kifejlett, egészséges egyede, a fajfentartáshoz szükséges sperma állandóan termelődik. E productum azonban physiologiailag csak időről-időre szokott kiürülni. Ez az időpont közösüléskor szokott bekövetkezni. Ehhez az actushoz azonban egy másik egyed is szükséges. Addig, míg az ezzel járó szükséges körülmények be nem következnek, a sperma *normalis viszonyok között* nem ürül ki.

Mi ennek az oka?

Kétségtelen, hogy a sperma kiürülésének útját állja valami.

Eddig arról, hogy ilyesféle feladattal biró részlete is volna az ivarszerveknek, nem tudtunk. Valamiféle akadályozó constructiót nem ismertünk.

Én zárókészüléket tételeztem fel. Klinikai jelenségekből kellőleg argumentálva megállapítottam, hogy e zárókészülék a sphincterekkel teljesen azonos feladatot teljesít, miért is ismeretlenül *sphincter spermatocystae*-nek neveztem el[1].

A szervezet sphincterei elzárnak üreget, csövet (gyomor, hólyag, végbél stb.); spontán, szükség nélkül nem nyilnak ki és csakis belülről jövő nyomásnak engednek. Ezzel azonos működést tapasztalunk a spermakiürítés körül is.

Akasztási halál bekövetkezésekor, mint tudjuk, vizelet-, bélsár- és ondókiürülés áll be. Tudjuk azt is, hogy a hólyag és a végbél záróizomzata ernyed el ilyenkor. Ugy látszik, hogy e záróizmok beidegzése direct az agyból történik. Az akasztáskor nagy erek leszorítása miatt az agyanaemia folytán a góczok működése megszakad. Ez úton az izmok tonusának megszűntével a kiürülés beáll. Mert a sympathicus- és a gerinczagygóczok adnak mozgató idegágakat, úgy a bél-, mint a hólyagizmokhoz, azokat állandó tonusban tartják; e góczok életműködése az akasztáskor később szűnik meg, mint a közvetlenül az agygóczból beidegzett záróizmoké. És ugyanekkor beáll ondókiürülés is. Közelfekvő gondolat, hogy az ondóhólyag is ilyenféle zárókészülékkel bir. Ezért supponáltam, hogy az ondóhólyagot is sphincter zárja el.

Ennek a sphincternek a kereséséhez fogtam.

Eleinte azt hittem, hogy valahol az ondóhólyag alsó végén, a ductus ejaculatorius felső kezdeténél van. Ott valahol az ondóhólyag és a ductus érintkezésénél, a hol a ductus ejaculatorius a prostatába fúródik. E helyen azonban számos bonczolás és szövettani vizsgálat daczára sem találtam olyan nyomot, a mely sejtésemet megerősitette volna.

Akkor, a midőn az ondóhólyagot a ductussal együtt első ízben sikerült kifejtenem a prostatából, úgy mint a hogyan az idegek és erek ilyen kifejtése sikerül, meggyőződtem róla, hogy ez a kifejtés semmiféle akadályba sem ütközik és csakis azon a részen, a hol a ductus-pár a húgycsövet átfúrja, találtam erősebb összenövést, a melyből a kifejtés már nem sikerült. A húgycső felmetszése után meggyőződtem arról, hogy ez a colliculus seminalis táján van.

Már előbbi dolgozatomban[2] is fejtegettem, hogy az a körülmény, hogy a prostatát a húgycső és a ductus ejaculatorius átfúrja, arra mutat, hogy a prostatát tévesen tekintik csakis ivarmirigynek. Szöveti szerkezete, az egyes mirigykamarák alkata és dús simaizomzata arra mutat, hogy ennek az izomzatnak nemcsak a húgyhólyag functiójában — a mint az ismeretes —, hanem az ondóhólyag működésében is bizonyos feladat jut osztályrészül.

Bonczolástani és szövettani leleteim is azt mutatják, hogy akkor, a mikor a ductus ejaculatoriussal foglalkoztam, akkor a prostata bonczolástanát bővítettem. Hogy ennek a leirása teljesebb legyen, ezért röviden a prostatát is tárgyalom.

Ellis azt mondja, hogy a prostata főjelentősége izomzatában van, ezért a *prostatamirigy* kifejezés kerülendő volna. Vizsgálatai alapján úgy tekinti a prostatát, mint a húgycső körizomzatának (Ringfasern) a megszaporodását, annak megvastagodását a bulbus körül.

Hodgson pedig úgy irja le, hogy a prostata tokja nem más, mint a húgycső hosszirányú izomzatának a folytatása, melyben mirigyek vannak elhelyezve.

Sabatier is azt hiszi, hogy a prostata a húgycső körizomzatából fejlődik, mely izomzat a hólyagizomzattal semmiféle összefüggésben sincsen.

Harrison 1886-ban azt állitja, hogy a prostata tulajdonképpen izomszerv, a melynek feladata az, hogy a hólyagot támogassa. 1889-ben már határozottan állítja, hogy a prostata mint hólyagsphincter működik és 1895-ben ez állítását fentartja.

Stöhr és *Orth* szintén túlnyomóan izomzatnak mondják.

Mihálkovics is $^3/_4$ részben tartja izomnak és azt mondja, hogy csak $^1/_4$ része mirigy.

Ezekhez az anatomiai tanulmányokhoz befejezésképpen társulnak azok az állatkisérletek, melyeket az idők folyamán *Rehfisch, Born, Genouville, Mosso és Pellacani* végeztek. Támogatták ez adatokat *Frankl-Hochwart, Zuckerkandl, Zeissl, Finger* és mások klinikai megfigyelései. Mindezekből kitűnik az, hogy a húgyhólyagnak van bizonyos záró-

[1] Lásd Gyógyászat, 1898. A rendellenes magömlésről.

[2] A férfiivarszervek működésének élettana, kórtana és gyógytana, 1901.

készüléke, sphincterc. A sphincter beidegzése különálló a hólyag beidegzésétől. Működése a prostatának működésétől függő. Magam is leírtam[3] azt, hogy a *Janet*-féle „coup de piston", vagyis a vizelés normalis befejezésekor jelentkező szokásos részletekben való vizeletkilövelés (Nachspritzer) a pubertas előtt nem szokott jelentkezni. Ennek az a magyarázata, hogy a prostata még fejletlen, annak a hólyagot záró része még nem működik. A húgycsőnek a hólyagsphincter és húgycsősphincter között levő részletében levő vizelet erős lökést szenved a húgycső falától és ez löki át a húgycsősphincteren a vizeletet és a spermát. Ha a hólyag felé ily zárás nincsen, vagy tökéletlen, akkor a vizelet vége csepegve ürül ki. E lökésszerű kilövelés a sperma tökéletes kiürítésére és a méhszáj elárasztása czéljából szükséges.

Ezeket az analogia és a könnyebb megérthetés kedvéért említem.

A ductus ejaculatorius is átfúrja a prostatát. Kétségtelen, hogy ennek is physiologiai czélja van. Minthogy pedig *a prostata simaizomsejtjei is megszaporodnak az ivarérés idején*, valószínű, hogy az ivarzási szervek működése körül nemcsak a mirigyeknek, hanem az izomzatnak is szerep jut.

Csakugyan, ott a hol a ductusok kifejtése közben akadályba ütköztem, a colliculus seminalis táján a ductus vége erős, izmos összenövést mutat a prostata egyéb izmaival.

Felix a ductus bonczolástanát tanulmányozva azt találta, hogy nem áll az, a mit általánosságban leírnak, hogy a ductusnak belső körkörös és külső hosszanti izomzata van. Ezen izomzat nem teljes. A körkörös izomzat csakis a sinus ejaculatorius táján, az ondóhólyag alsó polusán alkot teljes kört, azon túl nem. A hosszant futó izomzat sem alkot teljes csövet, hanem inkább csak csíkokban halad végig. Sajnálom, hogy vizsgálataim közben erre nem voltam tekintettel.

Én csak azt találtam, hogy a colliculus seminalishoz közel eső ductusrészlet feltünő kevés simaizomsejtet mutatott (van Gieson-festéskor). Míg a colliculus seminalisba futó részlete jóval vastagabb falú volt és abban vörös csíkok alakjában igen kevés kötőszövetrost volt látható. Majdnem az egész sárgára festett simaizomsejteket mutatott.

Vizsgálataimat úgy végeztem, hogy a colliculus seminalist egészen kimetszettem és ennek legtetején a húgycső irányával körülbelül párhuzamosan végeztem a metszéseket. Nem kis csodálkozásomra egy egész sorozata az első metszeteknek semmiféle nyomát sem mutatta a ductusnak. Midőn már a colliculust lemetélve, a húgycső felszínének a magasságát elértem, akkor volt positive felismerhető a ductus-pár lumene. Ez annál jobban sikerült, mennél alább vezettem a mikrotomkést a colliculus seminalis alapjába, talpába.

Tapasztalatlanságom is hozzájárult, hogy a ductus-pár szájadékát a metszetekben nem tudtam megtalálni és így nem követhettem tovább.

Hogy ez irányban tájékozott lehessek, a ductusokba az ondóhólyag lemetszése után festőanyagokat fecskendeztem. Sok bajoskodás után végre rájöttem, hogy erre a legalkalmasabb a fekete iróténta. A formalinba helyezett friss praeparatum másod-harmadnapra igen szépen kezelhető, könnyen lefejthető róla a felesleges rész. Igy azután a húgycső óvatos megnyitása után és és egy tompa hegyű vastagabb tűvel Pravatz-féle fecskendővel a prostata alapja felől befecskendeztem a ductusba. A colliculus seminalison lévő nyiláson czérnánál is vékonyabb sugárban fecskendett ki a tiszta folyadék. Hogy ez a kiáramló ténta meg ne fesse az egész colliculust, erősebben áramló vízsugárt bocsájtottam a fecskendés alatt a kimetszett prostatára.

Ez eljárás ajánlatosabb, mint a friss praeparatum injiciálása.

A friss praeparatum téntával kezelve sokkal könnyebben átázik, festődik és formalinba téve, fekete, piszkos színét megtartja. Azonkívül is úgy tapasztaltam, hogy a friss praeparatumon végzett injectio után a ductus tágabbnak látszik, míg a formalinos jól rögzíti a valódi állapotot. Ez az utólagosan végzett injectio — a prostata megkeményedése miatt — nem tudja többé a lument tágabbá tenni.

A leirt módon végzett eljárás után két tűszúrásnyi fekete pont jelzi a ductus-pár nyilását.

Ha e pontok helyét szorgosabb megfigyelés alá veszszük, akkor kitűnik, hogy téves az a nézet — a mint ezt legutóbb *Walker* is hangoztatja —, hogy a ductuspár a colliculus legmagasabb pontján szájadzik. Az a gyakoribb eset, hogy nem is az ondódomb két oldalán, hanem lejtőjén nyilik. E nyilást *Mihálkovics* hosszúkás résnek mondja. Én mindig kereknek láttam és látszólag bárminő irányú is az elhelyezése, *a befecskendezéskor mindig majdnem merőlegesen felfelé szökik belőle a folyadék.*

Megfelelő elbánás után a mikrotomba beállítva, a colliculus seminalison sokszor számtalan metszetet kell készítenünk, míg a ductus-pár egyik vagy másik nyilasát éri a kés. (1. ábrán baloldalt alul. 2. ábrán a jobboldali gyürü közepe táján.)

1. ábra (21 éves).

2. ábra (33 éves).

Mert e nyilások igen gyakran nem is symmetriás elhelyezésűek és nem is egyforma magasságban vannak. (3. ábra. Két hosszú rés.) Azután az a meglepetés is ért, hogy metélés közben az ondódombon már mutatja a tintás rész a ductus lumenét, a mikor a szájadékok még épek és még nem kerültek kés alá. Ez a látható lumenrész ívalakot mutat, a mely ívnek a görbülete magasabban fekszik az ondódombban, mint a ductus szájadéka. (4. ábrán baloldalt. 5. ábrán jobboldalt.)

3. ábra (11 hónapos).

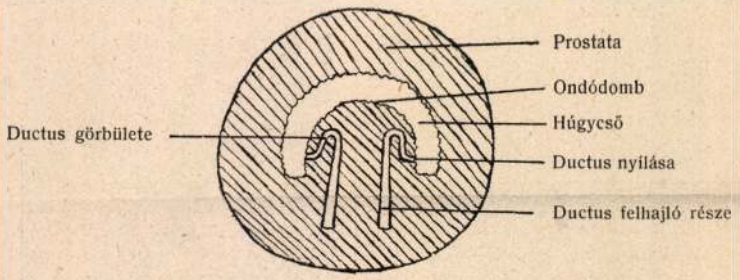
4. ábra (32 éves).

[3] Rendellenes vizelésről. Gyógyászat, 1899.

Urethra.

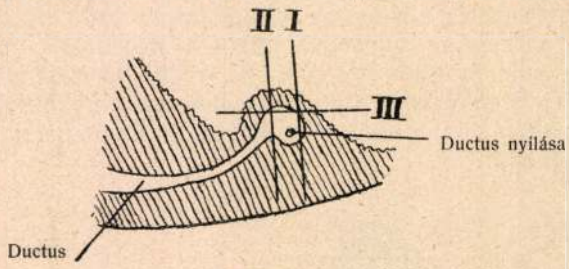
5. ábra (32 éves).

Ebből az látható, hogy a ductus a colliculusban előbb felfelé görbül, azután lefelé hajlik és úgy szájadzik oldalt alul az ondódomb lejtőjén. Sokszor e görbület kettős. Ugyanis még előre is hajlik, úgy hogy olyan formát ölt, mint egy lapjára hajlított kampó. Ha a húgycső irányára merőlegesen vezetett metszetet nézzük, akkor ilyen alakulatot kapunk (6. ábra):



6. ábra.

E többszörös elhajlás makroskopi vizsgálat alkalmával könnyen tévedésbe ejtheti a vizsgálót. Igy magammal is megtörtént, hogy a húgycső irányára haránt tul késsel merőleges metszéseket végezve a colliculuson, úgy tetszett, mintha a ductusnak lopótök formájú lapos tágulata volna, a melynek lapján oldalt van a nyílása. (7. ábra.) E hitemben

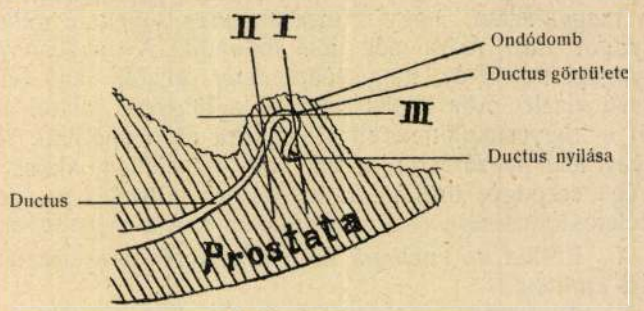


7. ábra.

megerősített az a metszés, a melyet a húgycsővel és az ondódomb alapjával párhuzamosan végeztem, a mikor a görbült részt így is hosszant találtam.

Igy történt, hogy az I. merőleges metszéssel hosszú rést kaptam, a II. metszés alkalmával e rés hátra is nyúlt, a III. metszés alkalmával újra rést láttam. Az I. és II. metszés között pedig a szájadék volt látható. Igy azután érthető, hogy a ductust lopótök formájúnak képzeltem. (8. ábra.)

Justus tanácsára a formalinban, alkoholban, alkohol-aetherben és aetherben kellőleg áztatott praeparatumot egész darabban cedrusolajba helyeztem, a mely az egész szövetet 8—10 nap alatt átlátszóvá tette, úgy hogy a sárga, borostyánhoz vagy gyantához hasonló szövetben a tintás ductus csíkja igen szépen láthatóvá lett. Igy az egész irányt világosan megmutatta. Igy elkészítve vagy 10 praeparatumot, világossá lett előttem a sokféle görbület. Meglátszott így az is, hogy a két ductus iránya nem symmetriás, nem párhuzamos. Még a görbületek sem azonosak. Olyat is láttam így, a melyikben a ductus görbülete a tulsó oldal felé domborodott, a középvonalon túlhaladva olyformán, mintha ottan szájadzana. A nyílás előtt azonban újra visszfordult az eredeti oldalra és ott szájadzott.



8. ábra.

E görbülések azonban csakis a colliculusban mennek végbe. A húgycsővel körülbelül párhuzamosan haladó ductus az ondódomb táján nagyobb vagy kisebb ívben hajlik, körülbelül 90°-ú eltéréssel felfelé megy és közvetlen a szájadék előtt végez minimalis görbületeket, a melyek csak arra szükségesek, hogy ne résalakúra szabja a szájadék formáját.

Szembetűnő jelenség a ductus-lumen végső részletének a megvékonyodása. Majdnem olyan finom lesz, mint valami tűszúrás. Erről később még szólok.

A prostatának a basisa tulajdonképpen nem tömött alap, hanem legtöbbször tölcsérszerű mélyedés, tasak, a melybe kötőszövettel van beágyazva az ondóhólyag-pár alsó polusa olyformán, hogy e helyen át metszve, harántul ovalis alakú prostata-részletben ülő ondóhólyagöblöket kapunk. E tölcsér fenekén halad a ductus-pár egymás mellett körülbelül párhuzamosan a húgycsővel. Némely egyénben hosszant a tölcsért a ductusok irányában átmetszve, a prostatát kézzel és késsel szétválaszthatjuk két lebenyére.

E hasadékban látható a ductuspár. Ezek az ondóhólyaggal együtt elég könnyen kifejthetők mindaddig, a míg az ondódomb táján irányukat felfelé veszik.

Ha a kezdeti ondóhólyagi részét vizsgáljuk a ductusnak harántul átmetszve, akkor feltűnő laza kötőszövetköröket látunk, a melyek között alig-alig látható simaizomsejt (van Gieson-festéssel). A prostata szövetével is vékony, gyenge összeköttetést mutatnak és ezekben az összekötő léczekben simaizomsejtes nyúlványok láthatók. (9. ábra.)

9. ábra (23 éves).

10. ábra (45 éves).

A ductus lumene elég tág és a fala vékony, laza és simaizomsejtszegény. Ugyanez a laza kötőszövetes összefüggés a hosszmetszeten is látható. (10. ábra.) Előre haladva, a kétoldali ductust egy köralakú, laza, még gyengébb közös kötőszövetes gyűrűövezi. Sokszor egy-két haránt tul átmetszett vérér is felismerhető e nagyobb körben vagy a szomszédságában. A ductus így halad előre, a prostata mirigystromájával szerves összefüggésben. Átmetszve oly képet mutat, mintha a prostatának egy-egy mirigykamarája erősebb falú és szabályosabb köralakú volna. Csak a közös, a két lument körülvevő nagyobb gyűrű mutat valami eltérőt a többitől. (11., 12., 13. ábra.)

11 ábra (45 éves).

12. ábra (45 éves).

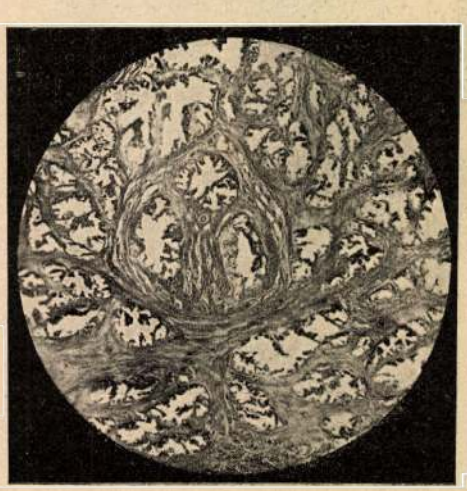
13. ábra (izomdús prostata, fönn az uterus masculinussal).

A mint azonban a ductus irányát változtatja, felfelé hajlik, hogy keresztülfúrja az urethrát, feltünővé lesz, hogy falzata megvastagszik, a közös gyűrű vaskosabbá lesz és feltünő sok simaizomsejtet láthatunk benne. A kötőszöveti részt mindössze néhány vörös csík képviseli. Ez a sphincter kezdete. (14., 15. ábra.)

14. ábra (30 éves).

15. ábra (35 éves).

Ez a részlete a ductusnak 3—4—5 mm. hosszúságúra nyúlik. Ha a metélést az ondódomb tetejére, mint alapra fektetett részleten a húgycsővel párhuzamosan tovább folytatjuk, akkor az első képeken azt veszszük észre, hogy a két ductuslumen egymástól távolodik és közöttük egy harmadik lumen válik láthatóvá. E harmadik üreg az uterus masculinus ürege. (16. ábra) A metszésekkel mélyebbre haladva a húgycső nyálkahártyája felé, az uterus masculinus ürege folyton növekszik, míg végre széttolja a közvetlenül egymás mellett fekvő ductusokat. (17., 18., 19. ábra.) Egy esetben T alakot mutat (20. ábra), ezzel egyidejűleg láthatóvá lesz a ductusfalzat folytonos aránytalan vékonyodása, üregének szűkülése és irányának eltérése, és az uterus masculinus képe lesz uralkodóvá. (21. ábra.)



16. ábra (37 éves).

17. ábra (23 éves).

18. ábra (32 éves).

19. ábra (23 éves)

Az ovalis, aránytalanul vastag, közös izomgyűrű köre egyre nagyobbodik, ezzel együtt növekszik a sorozatos metszeteken az uterus masculinus ürege is. Ezzel a háttérbe szoruló ductusnyílás mellékes függeléknek látszik. (22., 23. ábra.) Sőt, ha az uterus masculinus sokszorosan ránczos, átmetszéskor a prostatamirigy lumeneihez hasonló, szabálytalan lyukak is láthatók. E lyukak hasonlók a ductus-nyílásokhoz, de elhelyezésük meg asymmetriájuk és a határoló falzatuk vékonysága alapján könnyen megkülönböztethetjük a ductus valódi nyílásától. Ez páros és ha némi eltérést mutat is, de mégis körülbelül symmetriás elhelyezésű és körülbelül egyforma nagyságú és alakú.

20. ábra (37 éves).

21. ábra (32 éves. Jobboldalt a középtájon, baloldalt lejebb látszó hosszukás rés.)

22. ábra (41 éves.)

23. ábra (76 éves).

Engem vizsgálatomban az injiciált tinta is óvott a tévedéstől. Azonban mennél jobban közeledünk a ductus szájadékához, annál szűkebb a lumene, annál vékonyabb a falzata. Még jobban zavar és nem világos a kép az uterus masculinus mirigyes, sokránczú, soküregű nyálkahártyája miatt, mely az egész izomgyűrű által határolt területet kitölti. Az asymmetriás elhelyezését a ductusoknak kétoldalt a végzett görbületek egyenlőtlensége magyarázza meg. Igy hajladozva, végre egy helyen a lumen áttöri a vastag izomgyűrüt, a húgycsőbe szakad a nyílása. (24. ábra.) A szájadék fölött vezetett metszés ismét mutatja a teljes körkörös ovalis képet, a számtalan nyílást, de a melyekben symmetriát vagy a ductus-párhoz hasonló elhelyeződést, az első egy-két metszetet kivéve, nem lelünk többé. (25. ábra.)

24. ábra (35 éves).

25. ábra (19 éves).

A mint ezekből a metszetekből, ábrákból kitűnik, a sperma elvesztését meggátló, visszatartó készülék egy-egy aránylag erős izomgyűrű, a mely a ductusok lumenét körülveszi. Ez a két gyűrű egymással összeér, egybeszövődik és egy harmadik közös gyűrűvel szerves egészet alkotva, egybefolyik.

Ugy hogy van egy közös gyűrű és ebben 2 kisebb gyűrű. A *van Gieson*-festéssel kezelt metszeteken a sárga színű simaizomkötegekben a piros kötőszövetrostok igen szépen mutatják a gyűrűk szövetének egymásbafolyását, összeköttetését. Ez a sphincter kezdete. Minthogy pedig a ductus ejaculatorius nem mondható csakis az ondóhólyag kivezető csövének, sőt anatomiai szemmel nézve inkább úgy imponál az ondóhólyag, mintha a vas deferensnek csak egy aránytalanul nagy függeléke, kiöblösödése volna, ezért mások figyelmeztetésére is megváltoztattam a sphincter spermatocystae nevet, annál is inkább, mert a ductus inkább a vas deferens folytatásának, kivezető csövének látszik. Ezek miatt a XVI. nemzetközi orvosi congressuson az anatomiai sectióban a *sphincter spermaticus* nevet ajánlottam, mint a legtalálóbbat, a legkifejezésteljesebbet. Felszólításomra az egész világból összesereglett anatomusok, a kiknek számtalan praeparatumomat az ülésen demonstráltam, nem találtak ez elnevezésen kifogásolni valót és így elfogadottnak mondhatom azt.

Igy hát a ***sphincter spermaticus*** *azon záróizom, a mely a ductusok hajlásánál kezdődve, a sperma czéltalan kiürülését — úgy az ondóhólyagból, mint a vas deferensből — normalis viszonyok között megakadályozza.*

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Jenő Kollarits: Charakter und Nervosität. Berlin, J. Springer, 1912.

Az 1910/11. tanév első felében tartott ezen előadások tárgya sok helyütt összefügg azon vizsgálatokkal, melyeket *Jendrássik* tanár végzett és a melyekben a szerzőnek is alkalma volt résztvenni több közleménynyel. A könyv legfontosabb része az idegességnek és jellemnek természettudományi meghatározása. Az idegesség nem betegség, hanem bizonyos fokig normalis öröklött tulajdonsága a jellemnek, a mely csak akkor nevezhető heredoanomaliának, ha nagyobb fokú és ilyenkor sokszor, de nem mindig, heredodegeneratio is. Ilyen szempontból vizsgálva a jellemet, arra az eredményre jut, hogy az, éppen úgy, mint az idegesség, az idegrendszernek öröklött physikai-chemiai tulajdonsága. Az anormalis életjelenségek belső és külső feltételek folytán keletkezhetnek, tehát endogenek vagyis öröklöttek, és exogenek vagyis szerzettek. Az utóbbiak a betegség, az előbbiek a heredoanomalia. A heredoanomalia azonban nemcsak a fejlődés tökéletlenségében nyilvánulhat (heredodegeneratio), hanem a fejlődésnek a rendesnél tökéletesebb volta (heredoamelioratio) is heredoanomalia. Az idegesség körébe tartoznak a neurasthenia, hysteria, paranoia, mania, melancholia és a maniás-depressiv zavarok.

A jellem tanulmányozására, a melyből az idegességet levezeti, a következő előadásokban a mozgásnak és cselekvésnek vizsgálatával foglalkozik. Ennek eredményeképpen arra a következtetésre jut, hogy az élet physikai-chemiai reactio és hogy a szerves és szervetlen világ között nincsen határ. A psychés jelenségek is physikai és chemiai törvényekre vezetendők vissza. Külső hatásokra kellemes és kellemetlen színezetű érzések keletkeznek bennünk. Az érzéseknek ezen jellege különböző feltételektől, de mindig az illető egyén jellemétől is függ. Ettől függ, hogy milyen módon reagál az illető

külső hatásokra, vagyis ettől függ az illetőnek jelleme. A jellem az érzések jellege szerint kellemes vagy kellemetlen érzésekre hajlandó, vagy indifferens lehet. Ennek megfelelő typusokkal találkozunk az idegességben is, a melynek könnyű alakjai normalis jelenségnek tekintendők. A súlyosabb esetek heredoanomaliák. A neurasthenia és hysteria közt nincsen éles határ, sőt ezeket a vesaniától, maniától és melancholiától sem lehet elhatárolni. Jóllehet az idegesség öröklött physikai-chemiai jellemvonás és a hereditás ellen nem küzdhetünk, mégis gyakorlatilag nagyon fontos azon feltételek elkerülése, melyek a latens idegességet kiválthatják Ezen kérdéssel foglalkozik a következő előadásokban, tárgyalva a czélszerű nevelés és tanítás fontosságát, a pályaválasztás kérdését, a nők foglalkozását és hivatását. Ezek után áttér a testi és szellemi munka hatásának, a kifáradásnak és a szellemi munka hygienejének megbeszélésére. Az utolsó előadásban pedig a vallással, a babonával és a politikával foglalkozik, a mennyiben ezek az idegességgel összefüggenek.

A könnyedén megírt, áttekinthető beosztású könyv mely széles természettudományi alapon, *Jendrássik* tanításából kiindulva tárgyalja az idegesség és jellem mivoltát és az idegesség prophylaxisát, nemcsak a neurologust fogja érdekelni, hanem olvasása, éppen tárgyának általános érdekű volta miatt, a gyakorló orvosnak is segítségére lesz betegei állapotának helyes megitélésében és megfelelő kezelésében.

H.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hypophysis kiirtásának következményeit vizsgálta fiatal kutyákon *G. Ascoli* és *T. Legnani.*

A hypophysis kiirtása rendszerint 2—3 nap alatt halálra vezetett, csak kivételes esetben maradt meg az állat, a midőn egy sajátságos tünetcsoport fejlődött ki rajta.

Az állatok növése hirtelen megállapodott ; az ossificatio, dentitio jelentékeny késést mutatott, a csontok táplálkozásában is zavarok mutatkoztak. A csontok — főleg a diaphysisek — kicsinyek, gyengék, vékonyak maradnak, míg az epiphysisek szélessé, zömökké fejlődnek, miáltal a dia- és epiphysis közti arány elvész, a csont alak- és idomtalanná válik, a törzs széles, hordóalakot ölt. A csontokon elferdülések, spontán fracturák stb. gyakoriak.

Az állat táplálkozásában is bizonyos zavarok állanak be ; rendszerint elhájasodás fejlődik ki ; a bőr alatti zsírszövet — mely a testsúlynak rendszerint $^1/_{16}$-át teszi ki — akár ötszörösére is megszaporodhat ; de sokszor csak kisfokú az elhájasodás, vagy esetleg teljesen hiányozhat is, sőt nagyfokú lesoványodás is észlelhető egyes esetekben.

A nemi érettség kifejlődésének zavara is rendes tünetként jelentkezett mindkét nemen és teljes mértékben. A belső nemi mirigyek nem érnek meg, a külső nemi szervek, valamint a másodlagos nemi jellegek gyermeki typusukat megtartják.

Az endokrin mirigyekben messzemenő elváltozások fejlődtek ki. A lép kicsiny, halvány, fibrosus, a Malpighi-testek eltűntek belőle. A thymus korai visszafejlődést mutat, zsírral infiltrált, s a controllállat thymusának csak $^1/_5$—$^1/_6$ részét teszi ki. A lebenyzettség eltűnik, a lymphoid elemek kis számúak, a velő- és héjállomány közti különbség kevéssé kifejezett ; általában a kötőszöveti megszaporodás lép előtérbe. A pajzsmirigy kicsiny, atrophiás ; az acinushám lelapult, az interacinosus válaszfal megvékonyodott. Gyakori a senilis átalakulás, az involutio, a colloid-elfajulás. A mellékvese diffus vagy góczos mikro- vagy akár makroskopos vérzést mutat. A kéregállomány 3 zonája közti különbség eltűnik ; a kéregállomány egyneművé lesz, benne lipoid, zsíros elfajulást mutató, megnagyobbodott sejtek ismerhetők fel.

A hypophysis kiirtását követő tünetek az atrophia adiposo-genitalis s a nanismus körébe illenek leginkább. (München. med. Woch. 1912, 10. sz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

Húgyhólyagtuberculosis súlyos eseteiben a hólyag kirekesztéséről értekezik *L. Casper.* Nagyon csekély ama műtétek száma, a midőn a gümőkóros hólyagot tisztán fájdalom csillapítása czéljából kirekesztik. A szerző két esetben volt kénytelen mint ultimum refugiumot megkisérelni, a midőn előzőleg a gyógyszeres kezelés minden fajtáját már kimerítette. *Wilms* ama állítását, hogy azáltal, hogy a gümőbacillusos vizelet nem juthat a hólyagba, a hólyag-tuberculosis meggyógyul, valószinűtlennek kell tartanunk. Kétségtelen azonban, hogy a hólyag kirekesztése oly methodus, melylyel a beteget gümőkóros cystitis esetén rettentő kinoktól szabadíthatjuk meg. Az a kérdés, hogy az oly elveszett esetekben, a midőn az egyik vesét gümőkór miatt már eltávolították, a hólyag azonban szintén beteg s a meglevő vese is gümőkór tüneteit mutatja, hová implantáljuk a még meglevő uretert ? Megkisérelték a húgycsőbe, a vaginába, a belek legkülönbözőbb részeibe való bevarrását. Az előbbi két methodust czélszerűtlennek találták, az utóbbinak pedig majdnem mindig ascendáló pyelonephritis volt a következménye. Ugyancsak kevés haszonnal járt ezen műtét akkor is, ha a belet, melyet mint vizeletreservoirt akartak felhasználni, a béltractusból kiiktatták, mert olyankor is genyes veselob áll be, másrészt a fennálló incontinentia miatt a beteg állandóan nedves. A szerző két esetében kétféle műtétet kisérelt meg : nephrostomiát és ureterostomiát. Az első esetben a vesét az ureter előzetes átmetszése és lekötése után a medenczéig felhasította s a bőrhöz varrta ki s ezenkívül drainezte ; kitünt azonban, hogy az ilyen eljárás következménye a vesefunctio teljes megszűnése lett. Az ureterostomiánál a húgyvezért lehetőleg igen mélyen kötötte le s a paquelinnel átpörkölve, a centralis végét kivarrta a bőrhöz. Pár napig vékony kathetert vezetett be az uretercsonkba, miáltal annak megtöretését, csavarodását, szűkületképződését akadályozta meg. Ezen műtét eredményével a szerző igen meg volt elégedve. Szerinte ez utóbbi műtét indicatiója még akkor is fennáll, ha a hólyagtuberculosis mellett a még meglévő vese ép, mert ezáltal az ép vesét megóvjuk a hólyag felőli infectiótól. (Berl. kl. Wochenschrift, 1912, 8. sz.)

Ifj. *Háhn Dezső* dr.

A Talma-műtétről és a vele elért eredményekről értekezik *K. Urban* és tapasztalatait a következőkben foglalja össze. Ezen műtét különösen az oly fajta ascitesben alkalmazandó, melyet a porta-rendszerben levő pangás idézett elő. A portarendszerben levő vér elvezetésével megelőzhetjük a további szövődményeket, mint a nyelőcsőből, gyomorból és bélből eredő súlyos vérzéseket. A műtét elsősorban a különböző májcirrhosisokban javalt, úgy a *Hanot*-, miként a *Laennec*-félében, de — ámbár kevesebb eredménynyel — a cardialis pseudocirrhosisban is. Banti-kórban is alkalmazható, azonban erre vonatkozólag a szerzőnek személyes tapasztalata nincs. Legjobb eredményeket látta az elsődleges cirrhosisoknak hypertrophiás vagy kezdődő atrophiás szakában. Nyolcz esete közül 4-ben gyógyulást, 2-ben évekig tartós javulást tapasztalt. Ha az eseteket megválogatjuk, és akkor végezhetjük a Talma-műtétet, a midőn még nincs nagyfokú ascites, nincsenek vérzések, a midőn az első punctio után ismét hasvízkór jelentkezik, akkor a belgyógyászati therapiával szemben igen szép eredményeket lehet elérni. (Wiener med. Wochenschrift, 1912, 4 5. sz.) Ifj. *Háhn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A badeni javítóintézetek növendékeinek vizsgálatáról ír *Thoma.* A javító intézetekben elég nagy $^0/_0$-ban vannak csökkent beszámítású egyének, kiknek nagy része közös nevelésben részesülhet. Kisebb részük nem alkalmas közös nevelésre és elkülönítésre szorulnak, a miért ily intézetekben elmegyógyászatban képzett orvos közreműködése szükséges. A növendékeket nemcsak a felvétel előtt kellene megvizsgálni, hanem szabályszerű időközökben is tanácsos volna az orvosi

ellenörzés. A „Fürsorgeerziehung“-gal megbizott vezetőket, tanitókat a psychiatriás vizsgálódások eredményeivel és a szellemileg csökkentek részére felállított kisegitő iskolákban elért tapasztalatokkal meg kell ismertetni. E czélból megfelelő kurzusok szükségesek, sőt tanácsos volna, ha e tanerők időnként kisegitő iskolákban működnének. A javitóintézet azon csökkent beszámitású növendékei részére, a kik nem valók epilepsiás-, idiota-, vagy elmegyógyitó intézetbe, de a kiknek érdekében tanácsos volna, hogy egy ideig a közös nevelésből eltávolittatnának, elmeorvos vezetése alatt álló külön osztály felállitása volna kivánatos Ide küldenék azon növendékeket is, a kiknek elmeállapotát meg kellene figyelni. Ily intézet vagy valamely elmegyógyitó intézettel, vagy a javitóintézettel kapcsolatban állitható fel, az utóbbi tanácsosabb és Badenben is ezt vették tervbe. A javitóintézetben lehetőleg szabad kezelésre kell törekedni. Hogy ez keresztülvihető legyen, minden nagyobb intézetnek a nehezen nevelhető és csökkent beszámitású növendékek részére kisebb zárt osztályra van szüksége, a hol az ilyeneket hosszabb ideig tarthatnák. Szorgosan kiválasztandók a megbizható mesterek, a kik javitóintézeti növendékeket tanulásra elfogadnának. Az átvétel előtt minden mesterrel tudatni kell a növendék kóros sajátságát, tulajdonságát. A csökkent beszámitású ifjak nem utalhatók büntetésük eltöltése végett elmegyógyitó intézetbe. (Allg. Zeitschrift für Psych., 68. kötet, 699. lap.)

Goldberger Márk dr.

Bőrkórtan.

Az eczema kezelését ismerteti *W. Scholtz* tanár (Königsberg). Bizonyos, hogy az eczema gyógyitása általában nem könnyű feladat. Bizonyos helyes irányelvek betartásával azonban legtöbbször a nem szakorvos is kitünő eredményt érhet el. Főként két mozzanat az, a melyre különösen kell ügyelnünk. Az egyik a baj aetiologiájának a kiderítése, a másik a gyógyitás megindításának idejében a bőr kórbonczolástani elváltozásának a szemmeltartása. Különösen e két körülmény adja meg a sikeres gyógyitás kulcsát. Tudnivaló, hogy az eczema külső és belső okokon alapulhat. Vannak esetek, a melyekben mindkét fajtájú ok együttesen viszi a szerepet. *Scholtz* véleménye szerint téves dolog az eczemát tisztán parasitás bajnak felfogni, a mint azt *Unna* tette. Bacteriumok természetesen minden eczemás bőrön vannak s jut is nekik bizonyos szerep, de fajlagos eczema-bacteriumokról nem lehet szó. Az impetiginosus eczemában pl. mindig van jelen staphylococcus és streptococcus, de ezek csak mint másodlagos tényezők jöhetnek tekintetbe. A külső okokból származó eczemák typusa az ú. n. ipari eczema, mert ebben a bajban a kórokozó tényező rendszerint könnyű szerrel kimutatható. A mikor a külső ártalom csupán csak egyszer éri a bőrt, rendszerint nem eczema, hanem arteficialis dermatitis keletkezik. Az eczema fogalmát a szerző úgy definiálja, hogy az a bőrnek exsudatióra hajló gyuladása, a melynek tendentiája az önálló tovaterjedés és az állandósulás.

A kezelésnek első feladata az, hogy az eczemás bőr lehetőleg nyugalomba jusson. A bőrnek ez a nyugalomba helyezése kiterjed úgy a chemiai, mint a physikai ingereknek teljes kirekesztésére. Az eczemára igazán jól ható belső gyógyszer nincsen. Az arsen rendesen alig segit valamit. A külső kezelés lényegesen különbözik a szerint, hogy acut vagy idősült eczemával állunk-e szemben. A hűs vagy jeges borogatás akkor van helyén, ha a gyuladás erős pirral és duzzadással jár. Hűsitőleg és egyúttal száritólag hat a bőrnek a puderezése. A bőr védelme lényegesen fokozódik, ha a puderezés előtt a beteg bőrt alkalmas kenőcsökkel vagy pasztákkal egészen vékonyan bekenjük. Zsiros kenőcs vagy kenőcsös kötés csak olyan eczemás esetekben használható, a melyekben a bőr száraz, pikkelyező és a hol a kenőcsben foglalt hatóanyagoknak erélyesebb behatolását óhajtjuk. Specifikusan ható szereket a hevenyés eczemák esetén lehetőleg ne használjunk. Az ilyenkor alkalmazásba jutó kenőcsökhöz, pasztákhoz, puderekhez vagy folyadékokhoz legjobb csak igen gyöngén adstringáló szereket adni, a milyen pl. a bismuthum subnitr., liquor alum. acet. stb. Mihelyt elmulnak a hevenyés tünetek s a bőrben csak gyuladásos beszűrődés marad vissza, a különböző kátrányos készitmények kerülnek sorra. De alig van szer, melyet oly óvatossággal kell kezdetben használni, mint a kátrány. Eleinte csak igen gyenge concentratióban ($^1/_4$—$1^0/_0$) alkalmazzuk s csak utóbb és fokozatosan mehetünk át erősebb concentratiójú (5—$10^0/_0$) kátránykenőcsökre. A kátránynak idősült eczemák esetén az a fő hatása, hogy a beszűrődést elmulasztja s a hámosodást is normalis viszonyok közé tereli. A kátrányos szerek közül a leghasználatosabb az ol. rusci. Jó pótszer az empyroform és a pittylen. Igen enyhe, de mégis kátrányhatású a tumenolammonium. Azokban az eczemás esetekben, a melyekben főként a hámlás a főtünet, jó eredményt ad a kén, ichthyol, resorcin, pyrogallus-sav. A kénből 1—$3^0/_0$ adható, resorcinből, ichthyolból 1—$2^0/_0$, a pyrogallust azonban csak igen gyöngén tanácsos alkalmazni ($^1/_5$—$^1/_{10}{}^0/_0$), ha nem akarunk balsikert elérni. Fontos tudni, hogy minden eczemát, de különösen minden inveterált formáját hosszabb ideig kell kezelni, mint a hogy azt a bőrnek külső megjelenéséből gondolni lehetne. A pathologiai elváltozások ugyanis tovább tartanak, mint a klinikai tünetek.

A pörkökkel borított impetiginosus eczema tulajdonképpeni gyógyitása előtt fontos, hogy a bőrt a varoktól és az azok alatt levő rengeteg mennyiségű coccusoktól lehetőleg megtisztitsuk. Erre igen alkalmas a $3^0/_0$-os salicylkenőcs vagy a bórkenőcs. Erősebb antisepticumot a bőr ilyenkor nem bir el. Ha idült az eczema s mégis makacsul nedvezik, akkor olykor jól beválik a 3—$10^0/_0$-os lapisos ecsetelés. A hajas fejbőr crustás eczemája esetén kenőcs-alapanyagnak a vaselint kerüljük. Jobb helyette a könnyen szappanositható adeps suilli-t használni. Azokban az esetekben, a melyekben az eczema varicosusos lábszáron fejlődik ki, fontos, hogy a megfelelő kezelés hatását ágynyugalommal fokozzuk. Kellő pihenés híján ezek az eczemák alig gyógyulnak. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1912, 3. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A vesedecapsulatio javalatairól irott közleményében *Lehmann* a következő conclusiókra jut: 1. Az *Edebohl*-féle javaslat elvetendő, mert hamis feltevésekre van alapitva, melyeket a gyakorlat nem igazolt. 2. Ennek ellenére a vesedecapsulatio sok esetben mégis feltétlenül jogosult, sőt bizonyos körülmények között még az idősült veselobban is kedvező fordulatot idézhet elő azáltal, hogy a beteg közérzetét javitja; de magát a nephritises folyamatot a decapsulatio nem, vagy legalább is nem tartósan befolyásolja. 3. A vesedecapsulatio javalva van az úgynevezett nephralgiák, valamint az angioneurosisos vesevérzés eseteiben. 4. Határozottan életmentő lehet a decapsulatio nagyfokú oliguria avagy anuria bizonyos eseteiben, sőt a heveny veselob lefolyása alatt keletkezett uraemia esetén is; ez utóbbi betegségben a decapsulatio a gyógyulást is kedvezően befolyásolhatja. 5. Idősült nephritis folyamán keletkezett uraemia esetén a műtét csak akkor jogosult, ha a betegség acut kiújulása forog szóban s ha a vesék egyébként teljesen munkabirók. 6. Genyes veselob esetében a decapsulatiót a vesemedenczedrainezéssel kell esetleg kombinálni, hacsak a nephrotomia nem válik már szükségessé. 7. Mindezen esetekben a decapsulatio azáltal hat, hogy a vesét tehermentesiti, benne a feszüléses állapotot megszünteti s ezen oknál fogva a vérkeringést időközönként fokozza. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 4. sz.) *Drucker* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümőkór orvoslásáról ir *Hajek* (Wien). A gégegümőkór czéltudatos helyi kezelése a laryngoskopia felfedezése óta (1858) folyik; azonban a laryngologia kezdeti szakában egyes edző szerekkel megkisérelt helyi kezelés oly rossz eredménynyel járt, hogy a laryngologia egyik út-

törője, *Störk*, a larynxtuberculosist „noli me tangere"-nek jelölte meg. 1876-tól *Schmidt Moritz* ajánlatára *antisepticus anyagok localis alkalmazásával* történtek kisérletek : a perubalzsam, a jodoform és pótszerei, menthol- és kreosotkészítmények stb. alkalmaztattak inhalatiók, befúvások és befecskendezések alakjában. Mindezen szerektől azonban csak *fekélyesedés* esetén várható némi siker, a mennyiben a *fekélyek megtisztulnak* ; ezen szerek alkalmazása folytán a gümőkórt kisérő lobos jelenségek bizonyos fokig letompíttatnak és a másodlagos szövődmények (genyes infectio) veszélye könnyebben elkerülhető.

A *Krause* által a therapiába bevezetett *tejsav* specifikus hatásába vetett hit teljesen megdőlt ; a fekélyes alakok elpusztítására pedig a galvanokaustika sokkal jobban használható.

A *Heryng* ajánlotta *endolaryngealis sebészi kezelés* 1886 óta dívik ; lelkes hívei, de heves ellenzői is vannak. Ezen orvoslásmód — curettement — czélja a gümős beszűrődés lehető teljes eltávolítása ; erre főképpen a *körülirt beszüremkedések* alkalmasak a gégefedőn, a gége hátulsó falán — a mennyiben nem terjedtek át az aryporczokra —, a féloldali infiltratumok az ál- és valódi hangszalagokon. *Hajek* szerint ezen eljárás csakis ily körülirt elváltozások esetén végzendő, a midőn kilátás van arra, hogy a megbetegedett rész *egészen* eltávolítható ; eleve kizárandók azok az esetek, a melyekben az elváltozás a gégének több mint egy harmadára terjed vagy a melyekben a beszüremkedés nehezebben elérhető helyen foglal helyet, így a hangszalagok alatt, a cricoarytaenoidealis izületben magában. *Tekintetbe veendő a beteg általános állapota ;* lázas, progressiv tüdőbeli folyamatban szenvedő, erősen elgyengült, csak rosszul táplálkozni tudó egyének nem alkalmasak az endolaryngealis sebészi kezelésre. Mindezek szerint csak igen óvatosan és szigorúan individualizálva szabad eljárni, mert olykor az ily beavatkozás után az általános állapot rosszabbodása, lázas mozgalom, étvágytalanság következik be, a mivel többet árthatunk a betegnek, mint a mennyit az operatiós beavatkozással használunk.

A gégegümőkór lefolyásában súlyos szövődmények a nyelési actusban erősebben szereplő részeken jelentkező fájdalmas beszüremkedések és fekélyesedések, a melyek a beteg inanitiójával fenyegetnek. Az *érzéstelenítő szerek* (orthoform, menthol, cocain, morphium stb.) helyi alkalmazása *Hajek* szerint nem sokat használ ; jobb a nervus laryngeus superiorba alkalmazott alkoholinjectiók hatása ; sokszor a megbetegedett részek endolaryngealis eltávolítása hosszú időre javít az állapoton.

Az endolaryngealis sebészi eljárással erősen versenyez a *galvanokaustikás kezelés*, melynek kivált *Mermod* lelkes szószólója s a melyet *Grünwald* az ú. n. *mélyszúrás* (Tiefstich) alakjában ajánl. Általa a gümős beszüremkedések és fekélyek *elpusztítását* czélozzuk és kivált laposan szétterülő beszüremkedések és kiterjedtebb fekélyesedések eseteiben használható.

Az extralaryngealis sebészi beavatkozások közül a *tracheotomia* és a *laryngofissio* jő számításba. Ezen műtétektől várható sikerre is a beteg általános erőbeli állapota, a tüdőbeli folyamat mineműsége nagy befolyással van. Tracheotomizált gégegümős betegeken a jó siker elérésében a gégének a beszédből és légzésből kikapcsoltsága a főtényező. Ez okból a gége szigorú kimélése — *hallgatási kúra* — egyéb orvoslásmódoknál is nagyon fontos. A gége kikapcsoltsága — tracheotomizált betegeken — a körülirt gümős elváltozásokat kisérő idősült oedemát megszünteti és a baj csak a kezdetben megvolt, kis területre szorítkozó elváltozásra lokalizálódik.

A gégebeli gümős elváltozások exstirpatiója laryngofissio útján Hajek szerint — ellentétben *Gluck* és *Soerensen* közléseivel — nem sok sikerrel kecsegtet.

A gégébe reflectált napfény hatása sanatoriumi kezelésben levő betegeken diaetás-hygienés kezeléssel kombináltan olykor haszonnal jár.

A gégegümőkór Röntgen-kezelése kifejezett sikerrel eddig nem járt.

Mindezek alapján *Hajek* azon végső következtetésre jut, hogy habár a gégegümőkór gyógyítását illető évtizedek előtti pessimismus ma már nem indokolt, viszont túlságos enthusiasmusra sem vagyunk feljogosítva. (Medizinische Klinik, 1912, 10. sz.) *Safranek János* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az aranyeres csomók vértelen kezelésére ajánl új módot *Boas*. Azon tapasztalásából indult ki, hogy a prolabált belső aranyeres csomók nagyon sokszor maguktól zsugorodásnak indulnak. Mesterségesen igyekezett tehát a belső csomókat prolabálásra birni és ezt a *Bier*-féle szívóharangokkal érte el, a melyeket mindig addig alkalmaz, a míg a varixok megduzzadásával és kékké válásával kapcsolatban perianalis oedema keletkezik. Mennél gyorsabb és intenzivebb ezen oedema fejlődése, annál nagyobb a kedvező eredményre való kilátás. Kedvező esetekben már a 3—5. napon felényire kisebbedtek a csomók. Az esetek többségében recidiva nem állott be. Az eljárással járó fájdalmasság tűrhető határok között marad. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 5. szám.)

A sósavas pepsinoldatok hatása *Liebmann* és *Johannessen* vizsgálatai szerint gyorsan csökken, még pedig annál gyorsabban, minél nagyobb a sósav töménysége. A mikor tehát sósavat és pepsint akarunk használtatni, rendeljük külön e két anyagot, ne pedig együtt. (Ugeskrift for Läger, 1911, 25. sz.)

A venaepunctio czéljaira új kanült ajánl *Dreuw*. E kanül lumene nem a hegyében végződik, hanem a hegye alatt, több kis nyilással. A kanül hegye tömör. Ennek folytán akkor is lehet aspirálni a vért, ha a kanül hegye — a mi nagyon sokszor előfordul — a gyüjtőér túlsó falát is átbökte. Ez a kanül különben bőr alá fecskendezésre is jól használható, a mikor azt akarjuk elérni, hogy az illető gyógyszer a szövetben több irányban oszoljék el. A szerző egyuttal az eldugult kanülök átjárhatóvá tételére is ajánl egy egyszerű módot. A befecskendezésre használt folyadékkal megtöltött fecskendőbe fordítva teszszük be a kanült (vagyis a kanül nagyobb része a hegyével magában a fecskendőben van) ; most a fecskendő nyaka és a kanül illeszték-része közé kevés vattát teszünk és az illeszték-részt ujjainkkal odaszorítjuk a fecskendő nyakához. Ha már most a fecskendő dugattyuját befelé nyomjuk, a kanült eldugaszoló anyagnak azon az úton, a melyen jött, ki kell sodortatnia a folyadék által. (Münchener med. Wochenschrift, 1911, 49. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 12. szám. *Bakody Aurél :* Katatoniás tünetek prognostikus jelentősége amentiánál. *Kiss Gyula :* Adatok a Wassermann-reactio ismeretéhez.

Orvosok lapja, 1912, 13. szám. *Máthé Gábor :* A züllött gyermekekről. „Socialis egészségügy" melléklet, 1. szám. *Erdélyi Jenő* : A győri csecsemővédelem. *Szana Sándor* : 1. Az elzüllött gyermekek socialhygienéje. 2. Miért nem hagyható közgondozásra szoruló gyermek saját anyjánál támogatás mellett ?

Budapesti orvosi ujság, 1912, 13. szám. *Poór Ferencz :* A syphilis az újabb kisérletes vizsgálatok világításában. *Hajós Lajos* : Néhány gyengeségi állapotnak gyógyításáról. *Keller Kálmán* : A modiscopról. „Gégészet" melléklet, 1. szám. *Polyák Lajos* : Homloköbölgenyedés folytán keletkezett epi- és subduralis tályog-meningitis halálos kimenetellel. *Baumgarten Egmont* : A felső légutak syphilise.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Hajdu Imre* dr. közegészségügyi segédfelügyelőt közegészségügyi felügyelővé, *Dóczi Imre* dr. ministeri segédfogalmazót közegészségügyi segédfelügyelővé nevezte ki a belügyminister.

Választás. *Zemán Dezső* dr.-t Pásztó község orvosává, *Melcher Károly* dr.-t Zselizen, *Andor Samu* dr.-t Kövesligeten körorvossá választották.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika februárban 134 esetben nyujtott segítséget ; a műtétek száma 110 volt.

Az orvosi továbbképzés központi bizottságának 1911. évi működéséről terjedelmes füzetben számol be *Scholtz Kornél* dr., a bizottság titkára. Mindenekelőtt ismerteti a bizottság megalakulását, statutumait indokolásukkal együtt. Közli ezután a központi, valamint a helyi bizottságok szervezetét, a központi bizottság közgyülésén tartott elnöki megnyitó beszédet és titkári jelentést és végül részletesen beszámol az elmult évben tartott orvosi továbbképző tanfolyamokról. A közölt adatokból kétségtelenül kiderül, hogy az orvosi továbbképzés ügye Magyarországban most már a helyes mederbe van terelve. Remélhető, hogy a rohamos fejlődés mellett, melyet eddig látunk, nemsokára minta-intézménynyé lesz. — A központi bizottság által 1912-ben rendezendő tanfolyamok, orvosi internatusok és externatusok programmja szintén megjelent és már szétküldetett az ország orvosainak.

A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesülete f. hó 25.-én tartotta rendes évi közgyülését. A leköszönt tisztikarnak megadott felmentés után elnökké újból *Rajnai Béla* dr. fővárosi műtőorvost választották meg. A 10 év óta fennálló országos egyesület belügyministerileg megerősített alapszabályok szerint működik és szakképzett, megbízható betegápolókat és ápolónőket, masszirozókat, vízgyógykezelőket, valamint betegkiséröket *díjtalanul* közvetít. Az egyesület állandóan egy fővárosi műtőorvos elnöklete alatt működik és tagjai rendszeres elméleti és gyakorlati kiképeztetésben részesülnek. Az egyesület irodája (VII., Dohány-utcza 74. I. 16, telefon *3—64*) éjjelnappal rendelkezésre áll.

Meghalt. *Dallgo Rezső* dr., a rimamurány-salgótarjáni vasgyár volt orvosa 38 éves korában márczius 17. én. — *Ruprich Gusztáv* dr., a radegundi fürdő- és vízgyógyintézet igazgató-főorvosa 56 éves korában márczius 16.-án. — *A. Codivilla*, az orthopaedia rendkivüli tanára a bolognai egyetemen, 40 éves korában.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *Hoehne* kimutatta, hogy az izgató szerek (kámforolaj, croton-olaj stb.) által létesített peritonitis megvédi a peritoneumot a bacteriumos fertőzés ellen. Ujabban azt vizsgálta, vajjon az ilyen *peritonitis ad-e védelmet a peritonealis intoxicatio ellenében is.* Az állatokon végzett kisérletek azt bizonyították, hogy nem. Ebből az következik, hogy bacteriumos eredetű peritonitis esetén az izzadmány okvetetlenül kibocsátandó a benne levő bacterium-toxinok eltávolítása végett. (Zentralblatt f. Gynäkologie, 1912, 7. szám.) — *Az emésztőtractus mechanikai aprító munkáját* tanulmányozta *Arnold* a hallei belklinikán Azt tapasztalta, hogy a gyomorban és a bélben az ingestumokra ható nyomás nagyon kicsiny ahhoz, hogy a durvább táplálékra aprító hatást fejthessen ki. Az emésztőszerveknek tisztán chemiai aprító befolyásával szemben a mechanikai momentumok egészen a háttérbe szorulnak. (Zentralblatt für innere Medizin, 1912, 4. szám.) — A jenai orvosegyesület február 1.-én tartott ülésén a bacillusgazdákról folyt a vita, a mely alkalommal *Zange* felemlítette a strassburgi egyik árvaházban a mult évben észlelt nagy typhusjárványt. 108 bennlakó közül 76 kapta meg a typhust. A járványt egy bacillusgazda cselédleány okozta. — *A meningitis tuberculosa* gyógyult eseteinek számát szaporítja egygyel *Hochstetter;* a lumbalpunctiós folyadékban néhány gümőbacillust találtak, a *Moro*-féle tuberculinpróba positiv eredményt adott. Az eset 21 éves katonára vonatkozik. A több izben ismételt, nagyobb mennyiségü (50—70 cm³) liquor kibocsátásával járt lumbalpunctióra csak múló javulás következett be, mig végül naponként adott langyos fürdök után lassanként javulás, majd részleges gyógyulás (a fejfájás és kézreszketés még fennáll) következett be. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 12. szám.) — *Az appendicitis korai műtevése* mellett szólnak *Stolz* adatai. 126 olyan eset közül, a melyben az acut roham idején nem operáltak, az à froid végzett műtét alkalmával 44-ben nagyobb, sőt igen nagy nehézségekkel kellett megküzdeni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 12. szám, 584. lap.) — *A tetanus serumtherapiája* a zürichi sebészeti klinika tapasztalatai szerint hatástalannak mondható, a mennyiben a halálozás (38 eset) 81% volt a serum előtti időszak 64%-ával szemben. Érdekes továbbá a klinikának az a tapasztalata, hogy a tetanus átállása nem ad tartós immunitást; 3 esetben recidiva állott be. (Bruns' Beitr. zur klin. Chir., 77. kötet.)

Személyi hirek külföldről. *P. Bajardi* dr.-t, a szemészet rendes tanárát a genuai egyetemen, a torinoi egyetemre helyezték át. — *M. Schottelius*, a közegészségtan tanára Freiburgban és *F. Ch. Shattuck*, a belorvostan tanára a cambridgi Harvard-egyetemen (U. S. A.) nyugalomba vonul. — *Ranvier* tanár, a hires histologus utódja a Collège de France szövettani tanszékén *Nageotte* dr., az École pratique des hautes études tanára lett.

Hirek külföldről. A berlini tömeges methylalkohol-mérgezés ügyében a főtárgyalás márczius 26.-án volt. A vád négy droguista ellen irányult. A mérgezés következtében 5-en vakultak meg és 89-en haltak meg. — Glasgow az első város, mely elhatározta, hogy *Lister*-nek emlékszobrot állít. — A lipcsei egyetem anatomiai és sebészeti műtéttani intézetén nagy a hullahiány. Ennek a megszüntetésére a szász közoktatásügyi minister most törvényjavaslatot terjesztett a parlament elé, mely szerint minden holttest Szászország területén, melynek eltemettetéséről 48 órán belül nem gondoskodnak a hozzátartozói, hivatalból a két említett intézet egyikének rendelkezésére bocsátandó tanulmányi czélokra. — *Grawitz* tanár Greifswaldban az ottani orvosegyletben tartott előadása szerint kórbonczolástani intézetében olyan újitást valósitott meg, a mely valóban követésre méltó. Az intézet nagy gyüjteményéről, a mely két nagy teremben száz szekrényben van szemléletesen elhelyezve, részletes katalogust tett közzé, melyben minden egyes készitmény jelentősége s az illető eset klinikai lefolyása ismertetve van. A gyüjtemény a kórbonczolástan egész anyagát magába foglalja s minthogy minden orvos részére hozzáférhető, nevezetes segitőeszköze az orvosok továbbképzésének. — *P. Rosenstein* dr. a berlini orvosegylet márczius 13.-i ülésén 60 éves, májcirrhosisban szenvedő nőt mutatott be, a kin mult év november 11.-én *Eck*-féle fistulát létesített. E fistula alatt tudvalevően a vena portae és vena cava inferior törzsökei közt létesített közvetlen összeköttetést értjük; a műtétel czélja a cirrhosisban az, hogy a kapugyüjtőér területén levő pangást a vérnek a vena cava inferiorba való terelésével megszüntesse. Az eszme *Eck*-től származik, a ki 1877-ben a műtétet kutyán többször végrehajtotta, éppúgy mint utána 1902-ben *Tansini* is. *Franke* a mult évi sebészcongressuson szóba hozta, hogy a műtételt emberen is meg kellene próbálni s ki is fejtette, hogy véleménye szerint milyen technikát kellene követni. E technika szerint járt el *Rosenstein*. *Talma*-műtételre készült s csak a műtétel közben határozta el magát, hogy megkisérli a *Franke*-féle operatiót, melyet emberen eddig még nem végeztek. A műtétel, mely a sebész ügyességét kemény próbára teszi, sikerült, de az eredmény úgy látszik nem olyan fényes, mint feltételezhető volt; *Rosenstein* nagy tartózkodással nyilatkozik róla, a végleges nyilatkozatra a műtétel óta lefolyt 4 hónapot még rövidnek mondja.

Mai számunkhoz *Balla Sándor* „**Magnospirin Balla**“ czimü prospectusa van mellékelve.

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy. tanársegéd. VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät. és physik. kezelés Radiuminhalatorium

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörü fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (V. és VI. rendes tudományos ülés 1912 február 10.-én és 17.-én.) 249 l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztálya (1912 márcz. 9.-én tartott VI. szakülés) 253 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 253. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1912 február 10.-én.)

Elnök: **Preisz Hugó.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Folytatás.)

Psorospermosis vegetans „Darier".

Havas Adolf: Ezen rendkívül ritka bőrmegbetegedés lényegében hyperkeratosisos folyamat, a melyben azokon a helyeken, a melyek könnyen és erősen izzadnak, a melyeken a váladék pang, minden általános és subjectiv tünet nélkül kis vörös foltocskák fölött vagy ilyenek nélkül is gombostűfejnyi-kendermagnyi, kemény, kissé kiemelkedő, csúcsos vagy lapos göbcsék keletkeznek, a melyek különböző vastagságú, erősen az alaphoz tapadó, sárgás, piszkossárgás vagy feketés, száraz, néha zsíros hámrögökkel fedettek. Ezen festékes hámrög erőszakos leemelésekor azt észleljük, hogy mélybe hatoló piszkosfehér kúpszerű csappal bir, a mely vagy a faggyu- és verejtékmirigyek tágult nyílásaiban, vagy pedig a hám tölcsérszerű bemélyedésében székel. A most leírt göbcsék peripheriás nagyobbodása és szorosan egymás mellé való helyeződése következtében nagyobb kóros területek képződhetnek. Ott, a hol izgalom éri a kóros felületet, szemölcsszerű kinövések is fejlődhetnek.

A bántalom progrediáló természetű, excessiv alakot is ölthet és a kora ifjúságtól egészen az aggkorig fennállhat. Előfordul különösen a hajzatos fejbőrön, a halántéktájon, a fül mögött, az áll vájulatában, az orrszárnyak mellett, a lapoczközti tájon, a köldök körül, az inguinalis tájon, a herezacskón, a végbél körül, a hónaljban és térdaljban és a száj nyálkahártyáján. Esetemben a szájpadláson is volt.

A bántalom oka ismeretlen. Parasiták eddigelé nem voltak kimutathatók. Az ichthyosishoz való rokonságra is gondoltak.

Szövettanilag a folyamat a sejteknek korai és rendellenes elszarusodásán alapszik, mely alkalommal a hámsejteknek rendellenes elfajulása áll be. Ugyanis a Malpighi-réteg sejtjei között igen sok gömbölyű testecs (kettősen szegélyzett, erősen fénytörő hártyával biró sejt) jelenik meg (corp rond), a melynek szemcsés protoplasmája később fénylő testecskékké (grains) alakulnak át. E mellett az intrapapillaris sejtoszlopok mélyen benyomulnak a coriumba.

A bemutatott 17 éves fiú 10 év óta beteg. Családjában hasonló megbetegedés nem fordult elő. A hajzatos fejbőrön, a halántéktájon, a fülek mögött, az orrszárnyak körül, a nyak oldalán, a köldök körül, a hónaljban, a lágyék táján, különösen a fandombon, a térdaljban piszkos sárgásbarna, szemölcsszerűen kiemelkedő, vagy — mint a lapoczközötti tájon — lapos, kemény, száraz, kölesnyi, kendermagnyi, lencsényi, egyenként álló vagy szorosan egymás mellé helyezett göbcsék vannak. Ezen göbcsék kipréselve szürkésfehérek, a mélybe hatoló nyúlványnyal ellátottak. A szájpadlás nyálkahártyáján szürkés, lapos, kölesnyi göbök láthatók. Mindkét kézháton és a kézujjak háti részén lapos, a verruca juvenilisre emlékeztető, szederjes színű kiemelkedések vannak.

A bántalom prognosisa quoad vitam jó, de nem ilyen quoad sanationem, mert bár leírtak eseteket, a melyek látszólag részlegesen gyógyultak, az elváltozások többnyire újólag jelentkeztek.

A kilátások a gyógyulásra tehát nem igen kecsegtetők. Keratolysises szerek (salicyl, resorcin), továbbá a pyrogallol és chrysarobin enyhítették a tüneteket. Ezek alkalmazásakor azonban nagyon óvatosnak kell lennünk, mert a „Darier"-féle betegségben szenvedő bőr igen könnyen izgatódik. *Jarisch* kénkenőcstől és Vlemingkx-oldattal készített fürdőktől látott jó eredményt.

Congelatio escharotica.

Havas Adolf: Az 51 éves férfibeteg előadja, hogy a kórházba jövetele előtt 13 nappal éjjel $2^1/_2$ méter mély árokba esett, a melyből csak mintegy másfélórai vesződés után tudott kimászni. Kezei ezen alkalommal fedetlenek voltak és a lábain fűzős czipő volt. Másnap a beteg kezei és lábujjai megdagadtak és felhólyagosodtak. Az osztályra való felvételekor, körülbelül két hét előtt, mindkét kéz és láb ujjain a bőr szederjes, kékes vagy kékes-fekete volt, e mellett többékevésbé érzéstelen, hideg, merev és duzzadt, a hám vagy tiszta sárgás savó, vagy kocsonyaszerűen megalvadt vérömlenyes tömeg által leemelt kisebb-nagyobb hámrongyokban lóg le. A bal középujj utolsó perecze teljesen érzéstelen, száraz és fekete.

Súlyos fagyás esetén a nagy hideg huzamosabb behatása következtében a vérerekben hyalin-, fehér vérsejt- és fibrinthrombusok keletkeznek és ezeknek további sorsától függ, hogy milyen lesz a pusztulás. Azért ilyen esetekben mindig igen óvatosan kell felállítani a prognosist. Ebben az esetben is olyan ujjperczek haltak el a felvételt követő napokon, a melyek első látszatra legkevésbé sem mutatkoztak súlyosan megbetegedettnek.

Miután a demarcatio az elhalt részek körül most már kifejlődött, az üszkös részeket sebészileg fogjuk eltávolítani.

Favus corporis.

Havas Adolf: Mint ismeretes, a favus kedvencz előfordulási helye a hajzatos fejbőr. Ritkább esetekben azonban másutt, így a törzs vagy a végtagok bőrén is mutatkozik a szóbanforgó megbetegedés. Ilyenkor vagy a tarlósömör, a „herpes tonsurans"-hoz hasonló körök képződése előzi meg a scutulum kifejlődését (*Herpetisches Vorstadium, Köbner*), vagy pedig a bőrön csak barnásvörös, erősen korpázó foltok jelentkeznek (favus squammosus). De képződhetnek favus-scutulumok a most említett lobos tünetek nélkül is.

A bemutatott esetben a folyamat 5 hónap óta áll fönn. A bal lábszár külső-alsó harmadában három egymás fölött elhelyezett, széles, erősen hámló, vörös udvartól körülvett, koronanagyságú, kénsárga korong látható. A törékeny, porhanyó, sárga anyag eltávolítása után a bőr hámtól fosztott, élénk vörös, nedvező. Kissé feljebb egy kénsárga, középen tányérszerűen bemélyedő, lencsényi idealis favus-scutulum látható.

A mikroskopi vizsgálat a klinikai diagnosist igazolta, a mennyiben a myceliumok és gonidiumok egész raja látható.

E bántalom kezelés nélkül hosszú éveken át fennállhat és az egész köztakaróra, sőt a bárzsing, a gyomor és belek nyálkahártyájára is átterjedhet s itt súlyos fekélyesedéseket létesítve, a beteg halálát is okozhatja. A bemutatott esetben látható elváltozás gyorsan szokott gyógyulni a scutulumok feláztatása után néhány erélyes szappanos mosással.

Lupus vulgaris universalis.

Havas Adolf: A 30 éves nőbeteg előadja, hogy bőrbaja 7 év előtt kezdődött, a mikor vörös pattanást vett észre a jobb czombján. Azóta a folyamat rohamosan fejlődött mai terjedelméig. Most a mellkas, a felső végtagok és a nyak bőrén gyermektenyérnyi-férfitenyérnyi korongok észlelhetők, a melyeket lencsenagyságú, vörös vagy barnásvörös, puha, lemezszerűen leváló hámmal fedett göbcsék alkotnak. E korongok közepén sorvadt, vékony hegszövetté alakult át a bőr. Az övtől kezdve lefelé az egész köztakaró súlyosan megbetegedett, kemény, merev, vastag, redőbe nem emelhető, sötétbarnás szinezetű és sűrűen behintett lencsényi-borsónyi vagy nagyobb, sötét- vagy élénkvörös, puha, lehámló, a bőr felületén kiemelkedő vagy vele egyszintben fekvő göbök,

vagy pedig rendetlen alakú, puha vagy léczszerűen kiemelkedő barnás vagy szintelen hegek láthatók. Az alsó végtagok hajlított állapotban vannak. A gluteo-cruralis árokban és a térdaljban több cm.-nyi mély berepedés. A fandombon és az ivarszerveken a szőrzet tökéletesen hiányzik. Itt a bőr rendkívüli megvastagodása folytán egész deformatiója a képleteknek jött létre. Az egész alsó test az övtől lefelé elefántbőrszerűen megvastagodott, deszkakemény. Ebben az esetben tehát a lupusos göbökben és körülöttük gyakran megismétlődött lobos folyamatok, lymphangoitis, phlebitis, periphlebitis, erysipelas, nyirok- és vérpangások következtében valóságos elephantiasis fejlődött ki. A mi a gyógykezelést illeti, meglehetős nehéz problema elé vagyunk állítva, mert a sclerosisos szöveten már alig változtathatunk. Ezidőszerint a beteget a *Beranek*-féle serummal kezeljük, később Röntgenbesugárzás és hőléggel való kezelés van tervbe véve.

A kis görbületen ülő, peptikus fekély okozta homokóragyomornak circularis gyomorresectióval operált esete.

Obál Ferencz: A 30 éves szobaleánynak 2 év óta vannak gyomorpanaszai, melyek pár hónapi szünettel állandóan fennállanak. A panaszok étkezés utáni gyomorfájdalomban nyilvánultak, melyhez az utóbbi hónapokban gyakori hányás, savanyú felböfögés, étvágytalanság s állandó soványodás társult. A hányadék véres sohasem volt. A beteg 3 héten keresztül *Kétly* tanár klinikáján kezeltetett, a hol azt észlelték, hogy a gyomorgödör táján tapintáskor intensiv fájdalom van, gyomorfelfúváskor tágulat, próbareggeli és ebéd után atonia. A bismuth-pép nagy része 6 óra mulva Röntgenvilágításkor még a gyomorban volt látható. Időnkint láz mutatkozott, mely egyéb okok kizárásával a gyomorbajból kiindulónak vétetett fel. Miután a beteg állapota diaetás és gyógyszeres kezelésre nem javult, 40 kiló testsúlylyal *Réczey* tanár klinikájára tétetett át. Műtét chloroformnarcosisban (1911 november 20). Metszés a középvonalban a köldökig. A hasüreg megnyitása után kitűnt, hogy a kis görbület közepén tyúktojásnyi daganat van, mely a bal májlebeny alsó felszínével és hátul a pankreassal összenőtt. A daganathoz a nagy görbület homokóraszerűen felhúzott s a gyomor ezen helyen szűkült. Felette a serosa megvastagodott, belövelt. A daganatot a pankreasról és májról lefejtve, látjuk, hogy a gyomornak a májhoz való odanövésének megfelelően a kis görbületen egy forintnyi terjedelmű, a bal máj alsó felszínébe perforált, heges szélű fekély van, mely a májban egy nagy diónyi, heges falú üreget létesített. A gyomor mobilisatiója után a gyomrot a daganat, illetve ulcus és homokóra okozta szűkületnek megfelelően harántul alkalmazott két bélszorító közé fogva, harántul reszekáljuk és a cardialis és pylorusos csonkot harántul egyesítjük. A gyomor mögé a májágyig Mikulicz-tampont helyezve, a has többi részét zárjuk. A beteg a műtét után mérsékelt peritonitist s 2 hét mulva pleuritist állott ki. Az erősen odanőtt tampont 2 hét mulva távolítottuk el. A beteg jelenleg teljesen gyógyult, testsúlya 43·5 kg. A gyomor chemismusa és motoros funtiója rendes. A bismuthpép 6 órán belül kiürül. A gyomor közepéből körkörösen kiirtott, 4 haránt ujjnyi széles részen rákos burjánzásnak nyoma sincs.

Hasonló esetekben, ha a beteg rész nem túlnagy, mindig a haránt gyomorresectio a legalkalmasabb eljárás, mint a mely legtermészetesebben állítja helyre a normalis állapotot s e mellett a műtét ideje is rövidebb, mint más eljárásnál.

Az os pubison ülő exostosis operált esete.

Obál Ferencz: A 19 éves géplakatos 7 éves kora óta veszi észre, hogy a jobb czombhajlata táján daganata nő, mely fájdalmat vagy mozgás-zavart sohasem okozott. Felvétele alkalmával (1911 november 17) a normalis belső szerveket mutató egyén jobb czombtöve medialis oldalán az os pubis lehágó ágának megfelelően egy ökölnyi, kemény tapintatú daganatot találunk, mely az alaphoz rögzített. Felette a lágy részek szabadok. Röntgen-felvételkor az említett helynek megfelelőleg látjuk a dudoros felszínű daganatot, mely a foramen obturatum medialis $^2/_3$-át fedi. A beteg csontvázán másutt nem volt csontdaganat. Műtét 1911 deczember 6.-án. A jobb czombtő medialis oldalán körülbelül 15 cm. hosszmetszéssel behatolva, az izmokon keresztül reá jutunk a daganatra és azt Gigli-fűrészszel 2 részben az alapjáról lefűrészeljük. A kiirtott daganat helyén nagy ökölnyi üreg marad vissza, azt drainezve, felette a lágy részeket zárjuk. A seb csekély genyedéssel öt hét alatt gyógyult. A végtag functiója normalis. A két részletben kiirtott ökölnyi daganat csontkemény, felületén különböző vastagságú (helyenkint 1 cm.-nyi) porczréteggel bevont, mely a daganat felületét dudorossá teszi. A daganat mésztelenített metszeteken mindenütt szivacsos csontból áll, idegen szövetelemek vagy sejtdúsabb részletek, melyek rosszindulatúságra utalnának, nincsenek benne. Fedő borítéka hyalin porczréteg. A daganat szövettanilag exostosis cartilaginea. Hasonló daganatok főleg fiatal egyéneken fordulnak elő, többnyire többes számmal, gyakran a csöves csontokon, a lapoczkán, vagy a medenczén. Virchow szerint a csont fejlődés-zavara folytán jönnek létre.

Epispadiasis totalis penis.

Keppich József: Az epispadiasis totalis penis a hólyag ectopiája nélkül a húgyivarszervek legritkább fejlődési rendellenessége. A 24 éves földmíves 3 hó előtt vétette fel magát *Hültl* osztályára. Rendellenessége veleszületett. Főpanasza az, hogy vizeletét rendkívül rövid ideig tudja csupán visszatartani, a kiürítéskor a vizelet testére csurog. Mindennemű munkára képtelen, a legcsekélyebb erő kifejtésekor vizelete hirtelen távozik.

A különben jól fejlett férfi penise ernyedt állapotban 3 cm. hosszú, a symphysisre ráfekszik. A jól fejlett herék az ép zacskóban foglalnak helyet. A lágyékcsatornák zártak. Az ilyen esetekben jelen lenni szokott feltűnő hosszúságú praeputiumot nem találjuk.

Lehúzva a penist a symphysisről, felső lapos felületén a penis csúcsáig nyitott urethra a beléje szájadzó mirigynyílásokról jól felismerhető; két széle a bőrbe folytatódik. A két corpus cavernosum a nyitott urethra alatt fekszik, a glans is teljesen különálló két félből áll, a két fél között az urethra hámja felismerhető. A symphysis zárt, ezt mutatja a Röntgen-felvétel is, alatta krajczárnyi, kifelé nyilt nyálkahártyatölcsér, mely a hólyaghoz vezet, melynek capacitása alig 40—50 cm^3.

A beteget chloroformnarcosisban megoperáltam. Mivel az elég jól fejlett corpora cavernosa penis bőre vékony, jól elmozdítható volt, a penis normalis anatomiai viszonyainak rekonstruálását kiséreltem meg akként, hogy az urethrát lehetőleg mélyen a két corpus cavernosum közé helyezem el, fölötte pedig a két corpus cavernosum penist összevarrom.

A *Thiersch-Duplay*-műtétet csekély módosítással alkalmaztam. A műtétet *egy ülésben* végeztem. Hogy 6 mm. átmérőjű urethrát kapjak, 2 cm. széles lebenyt készítettem a penis dorsalis felszínén, melynek közepét a nyitott urethralis nyálkahártya alkotta. A lebenyeket felpraeparálva, félkemény katheter fölött összevarrtam csomós catgutöltésekkel, csupán a subcutan szövetet öltve fel, a hámot nem. Most a corpora cavernosákról a bőrt kétoldalt jól felszabadítottam és a corpora cavernosákat az urethra fölött csomós catgutöltésekkel egyesítettem. A glans két pyramisalakú részletét háromszögnyi területen felfrissítettem és az urethra fölött összevarrtam, közepébe az urethrát 4 csomós catgutöltéssel kiszegtam, így teljesen normalis külsejű makkot sikerült nyernem.

A symphysis alatti úgynevezett infundibulumot körülmetszve és hátrafelé jól felszabadítva, az urethrából alkotott cső proximalis végéhez odavarrtam Az összevarrt corpora cavernosát a jól felszabadított oldalsó bőrlebenyekkel könnyen tudtam fedni. A symphysisen keletkezett hiányt a környező bőr felkészítésével teljesen elzártam, a minek következtében az eddig a hason, illetőleg a symphysisen volt penist a rendes helyzetbe sikerült hoznom.

A beteg teljesen láztalan lefolyás mellett per primam meggyógyult; a 10. napon a penis közepén kicsiny fistula

képződött, mely néhány hét mulva spontán záródott. Az urethrát időnkint szondáztuk, jelenleg 22. sz. *Charrière*-szondával könnyen átjárható.

A beteg a műtét eredményével nagyon meg van elégedve, continentiája erősen megjavult, 250—300 cm³ vizeletet ürít egyszerre, naponta 3—4-szer vizel, éjjel túlnyomóan csak egyszer, vizelelét vissza tudja tartani, terhet tud emelni, vizeletét erős, vastag sugárban üríti, sohasem szennyezi be magát.

A labyrinthus-vizsgálat egy újabb módszeréről. (Bárány-féle Zeigeversuch.)

Rejtő Sándor: *Bárány* ezen módszere azon felfedezésen alapul, hogy a vestibularis izgalom közvetlenül a kisagykéregbe jut el, ott egyesül a nagy agykéreg tonusával és a peripheriáról jövő impulsusokkal. Ezen egyesült inger a test izomcsoportjainak állandó beidegzésével hozza létre az egyensúly-érzést. A labyrinthus ingere tehát minden akaratlagos mozgásnak egyik rejtett componense.

A *Graefe*-féle „Tastversuch"-ot használja föl *Bárány* annak kimutatására, hogy valamely ép viszonyok között könnyen elvégezhető mozgás hibás lesz, ha egyik componensét, a labyrinthus ingerét megzavarjuk. *Bárány* szerint „a nystagmus irányával ellenkező oldali eltérés áll elő" (Vorbeizeigen).

Minthogy azonban ezen reactiós izomeltérés éppen úgy labyrinthus-eredetű, mint a nystagmus, nem képzelhető, hogy az iránya a nystagmuséval ellenkező legyen, a mint hogy csakugyan nem is az, csakis a nystagmus irányának hibás jelzése okozza ezt a látszólagos ellentmondást.

Ha visszatérünk *Högyes* tanár elnevezéséhez, a ki a nystagmus lassú, labyrinthusból eredő componense után jelölte ennek irányát, mindjárt megszűnik ez az elentmondás; a ma általánosan használt irányjelölés, mely a gyors componens után indul, tisztán gyakorlati, nem fedi a lényeget, minthogy biztos, hogy a nystagmus gyors mozgása nem is ered a labyrinthusból.

A reactiós eltéréseknek megfelelő spontán eltérésekkel a labyrinthus, a kisagy s az egyes pályák megbetegedéseiben találkozunk, melyek közül különösen a kisagyi megbetegedéseket jelző tüneteknek van diagnostikai fontosságuk, a miről legutóbb *Frey* és *Váli* főorvosok osztályán volt alkalmam meggyőződni.

Adatok a hasnyálmirigy és az epevezeték sebészetéhez.

Manninger Vilmos: Az utolsó évben észlelt 6 eset kapcsán felhívja a figyelmet a hasnyálmirigy betegségeire és azoknak az epeutak betegségeivel való kapcsolatára. Azt hiszi, hogy a hasnyálmirigy betegségei gyakoribbak, mint a hogy eddig általában gondolták. Analogiát von e betegség és az appendicitis, valamint a duodenum fekélyének fölismerése között. Valamint régebben a féregnyúlvány és a duodenum fekélye csak ritkán került exact kórhatározásra és a betegek egy része diagnosis nélkül meggyógyult, kisebb része általános hashártyagyuladás jelei között elpusztult, úgy a hasnyálmirigy betegségeinek pontosabb fölismerése és kezelése is új világot derített sok homályos kórkép lényegére.

Nem foglalkozik az idő rövidsége miatt a betegség finomabb diagnostikájával. Csak felhívja a figyelmet arra, hogy az esetek jó részében laboratoriumi pontosabb vizsgálatok nélkül is sikerül a kórhatározás megállapítása. Különösen fontosnak tartja a pancreas és az epeutak bajainak szoros összefüggését. Ennek kiderítésekor nagy súlyt helyez az anamnesis figyelembevételére. Mert ha igaz is, hogy az acut pancreatitis (vérzés, gangraena és genyedés) rendesen hirtelen, előjelek nélkül köszönt be és órák vagy napok alatt éri el kifejlődésének tetőfokát, ritkán hiányoznak az anamnesisből régebbi epehólyag- vagy gyomorgörcsökre való panaszok. Az epepangásnak jelentőségét nemcsak a kisérleti és bonczolástani vizsgálatok egész sora bizonyítja — e tekintetben utal *Opie* elméletére, különösen pedig *Pólya Jenő* igen szép kisérleti sorozatára —, hanem a klinikus észlelés is igazat ad e felfogásnak, mely szerint epének és bacteriumoknak a pancreasba való bejutása aktiválhatja a pancreas fermentumát és így súlyos pusztításokat eredményezhet e szervben.

Acut pancreatitis három esetét észlelte.

Az első esetben súlyos gastro-duodenitis előzte meg a baj kitörését. Az első napokban mutatkozó icterus tisztán catarrhalisnak volt mondható (*Kétly László* és *Párdány Emil* véleménye). Régen lefolyt appendicitisen kívül a hasra vonatkozó anamnesis negativ. Hirtelen bélelzáródás jelei, súlyos collapsus tünetei miatt végzett hasmetszést a betegség (pankreatitis) 2. napján. Kezdődő zsírnecrosis mellett a pancreas ágyából a mescolon lemezei közé beterjedő haemorrhagiát talált. Daczára annak, hogy kétoldali, magas lázzal járó parotitis zavarta a lefolyást, a beteg a pancreas ágyának drainezése után gyorsan, simán gyógyult. Fontos szerepet tulajdonít a bő folyadékbevitelnek, melylyel a rendkívül bő hányás okozta folyadékveszteséget pótolta. A végbélbe csöppenkint adott konyhasóoldatból 3 nap alatt 14 l. szívódott fel.

Második esetében ugyancsak súlyos gyomorrontás után mutatkozott gyenge icterus mellett a bélelzáródásnak kórképe. A csakhamar megejtett hasmetszés néhány apró zsírnecrosis mellett elősen duzzadt pancreast, igen erősen puffadt colon transversumot, de spasmusosan összehúzódott vékonybeleket mutatott. 24 órával a pancreas ágyának drainezése után furibund deliriumok jelentkeztek. Utánuk súlyos collapsus, melyben a beteg csakhamar elpusztult. Sectiót a család megtagadott.

Harmadik esete icterussal kezdődő bélelzáródás képén kívül kifejezett diffus hashártyagyuladást mutatott. A megejtett hasmetszés alkalmával az egész csepleszen, praeperitonealis zsírszöveten, a bélfodrokon mindenfelé a jellegzetes, stearinfoltokra emlékeztető zsírnecrosis képe. A hasüregben véresen festett, zavaros, zsírszemcsékkel kevert folyadék. Az összes belek erősen puffadtak, nem mozognak. Harmadnapra exitus.

Epicritice tekintve, e három eset az acut pancreatitis lefolyásának három szakaszát mutatja. A II. eset a legkezdetibb állapotot jelzi. Spasmusosan összehúzódó vékonybelek mellett a colon transversum erősen puffadt. Kívüle csak a duodenum legalsó része bénult. Ez magyarázza a magasan ülő bélzáródás tüneteit. Az első eset a betegség II. szakaszának felel meg, a mikor már kiterjedtebb a zsírnecrosis, az összes belek puffadtak, de serosájuk szabad szemmel épnek látszik; a III. eset a kifejezett általános hashártyagyuladás képét mutatja.

A régebben általánosan elfogadott nézettel szemben, mely a bélzáródás elmultának, a folyamat eltokolódásának bevárását ajánlotta, csatlakozik *Körté*-hez, a ki bő tapasztalatából azt a tanulságot vonta le, hogy az acut pancreatitis kezelésének legjobb módja a lehető korán végzett hasmetszés, a pancreas ágyának drainezése. Minél biztosabb a diagnosis, annál egyszerűbb, rövidebb idő alatt befejezhető a műtét. Ha a hasüregben nem találunk oly elváltozást, mely figyelmünket a pankreas felé irányítja, a bélzáródás okának keresése, a belek kigördítése a műtétet elnyujtja. Ezzel a collapsust természetesen fokozzuk, a beteg életét nagy veszélybe döntjük. Igen fontosnak tartja ezért *Bunge* ajánlatát, a ki a gyors, egyszerű, tervszerű műtétben látja az acut pancreatitisek sebészi kezelésének jövőjét.

A chronikus pancreatitisek még szorosabb nexusban vannak az epepangással.

Két esete közül az első hat hetes choledochus-elzáródás diagnosisával került műtétre. A heves görcsök epekőre vallottak. Műtétkor azonban sem az epehólyagban, sem a choledochusban kőre nem akadt. Az epelefolyás akadályát a nyaki részletig kőkeményen infiltrált pancreasfejben találta meg. Cholecysto-duodenostomiával a beteg csakhamar rendbe jött. A görcsök, a sárgaság megszűntek.

Második esetében három hónapos sárgaság miatt — mely idő alatt pontos észlelés mellett is csak egy izben emelke-

dett a hőmérsék 37° fölé — végzett hasmetszést. Ez esetben a beteg kora, rendkívüli lefogyása, láztalansága, valamint a baj fájdalmatlan lefolyása a pancreas fejének rákos beszűrődésére vallott. Ennek gyanujával fogott a műtéthez, hogy az epe levezetésével legalább a rettentően kínzó viszketéstől szabadítsa meg a beteget. A gyuladásos alapon fejlődő choledochus-elzáródást biztosan kizárni nem lehetett. E lehetőség reménye indokolta a próbalaparotomiát. Az epehólyag helyén a máj alatt kis almányi tályogot talált, mely hátra vezetett a mesocolon gyökéig. A choledochus kipraeparálása az erős összenövések miatt lehetetlen volt. A pancreas helyén jó ökölnyi dudoros tumor. A choledocho-enterostomia technice kivihető nem volt. Ezért be kellett érni a tályog drainezésével. Nagy meglepetésükre ötödnapra átjárhatóvá vált a choledochus. A hosszantartó genyedés daczára a beteg étvágya visszatért és egy hónap alatt a beteg 10 kilót hízott. Feltünően jó étvágya tartott egész addig, míg $1^1/_2$ hónappal a műtét után újra genyretentio mutatkozott, melynek lebocsátása után a reconvalescentia simán folyt.

Pancreasdaganat egy esetét is észlelte. $1^1/_2$ évvel az észlelés kezdete előtt a beteg elesett. Ekkor heves fájdalma volt az epigastriumában. Három napig súlyos obstipatio. Étvágya azóta romlott. Maga említi, hogy széke ez idő óta fehéres (typusos steatorrhoea). Hasa azóta lassan, egyenletesen nő, úgy hogy lógó has miatt haskötő hordását ajánlották. Felvétele előtti néhány nap óta igen rosszul van. A székét alig lehet megindítani, hasa igen puffadt. Az első vizsgálat alkalmával az epigastriumban feszes, de gyöngén hullámzó, sima felületű, gyermekfejnyi daganatot talál. A fájdalmak a XI—XII. dorsal segmentumnak felelnek meg. Az anamnesissel összevetve a talált adatokat, pancreas-cysta gyanuja merül föl. A diagnosis megerősítésére alimentaris glykosuriára, a vérnek, vizeletnek pontosabb vizsgálatára törekszik. Czukor-oldat ivása után heves hányás, igen erős hasfájdalom jelentkezik. A tumor az epigastriumból eltűnik; helyén a hasfal mélyén egyes kemény göbök tapinthatók. A hasban szabad folyadék, mely kétoldalt kifejezett tompulatot ad.

Fel kellett venni, hogy a cysta a hányás közben megrepedt és tartalmát a szabad hasüregbe öntötte. E felvételt a csakhamar végzett próbahasmetszés beigazolta. A szabad hasüregben talált folyadékban *Entz* kimutatott proteolysises fermentumot; lipolysises fermentum nem volt a folyadékban. Ennek megfelelő zsírnecrosist sem találtunk, sem a hasüregben, sem a pancreas ágya körül. A cysta fala makroskopice is malignus tumor benyomását tette. A belőle kimetszett darab vizsgálata e gyanut beigazolta. Az erős összenövések miatt kifejtésétől el kellett állni.

A beteget ma három hónappal a műtét után mutatja be. A külső vizsgálat eredménye a tumor növését, még pedig disseminált növését mutatja. Ennek daczára még ma is hiányzik a kifejezett cachexia. A beteg lassanként gyengül, néha az emésztésével is van baja, de ma sem teszi a súlyos carcinosis peritoneiben szenvedő beteg benyomását.

Az említett hat eseten kivül még két oly esetet észlelt, a melyek vonatkozásban vannak a pancreassal. Az idő rövidsége miatt részletes ismertetésüktől azonban el kell állnia.

A felhozott adatok bizonyítják, hogy aránylag kis osztályon és a gyakorlatban is hogy halmozódnak az oly esetek, melyeket eddig ritkaságszámba vettünk. Az intensiv foglalkozás egy kérdéssel terel ugyan hasonló betegeket egy-egy osztály felé, de éppen a pancreatitis — különösen acut formái — nem tartoznak azon betegségek közé (mint a golyva, a sérv, a neuralgia), a hol az egyik beteg utasítja a másikat egy-egy osztályra. Az esetek e sorozata bizonyítja — habár véletlennek is kell szerepet juttatni az esetek halmozódásában —, hogy a pancreas sebészeti betegségei nem oly ritkák és hogy megoldásuk sebészeti úton néha sikerül még olyankor is, a mikor a műtéti lelet alapján a legsötétebb prognosist kell felállítanunk. Ezek az észlelések késztették a bemutatót arra, hogy ismertetésükkel a gyakorló orvosok figyelmét e betegségre felhivja.

(VI. rendes tudományos ülés 1912 február 17.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

Az elsülyesztett matráczvarrat szerepe az orrplastikák eredményeinek megjavításában.

Dollinger Gyula: 20 éves leányt mutat be, a ki 12 éves korában lupus folytán orrának porczos részét elvesztette. A midőn a bemutatóhoz fordult, csupán orrtöve volt meg és annak a bőre is részben heges volt. A bemutató a *Keegan Schmidt*-féle módszer szerint a homlokbőrből készített a betegnek orrot. A lebenybe bevette a homlok csonthártyáját is. Az ilyen orrok azonban eleinte rendesen teljesen alaktalanok és ezért szokásban van később kimetszésekkel és pótló műtétekkel megjavítani őket. Ez megtörtént ezen esetben is, de azért az orr alakja még mindig sok kivánni valót hagyott. Ezért vékony selyemfonalas elsülyesztett matráczvarratokkal az orr hátát keskenyebbé tette és azonkívül a nagyon lelógó orrot feljebb emelte. A módszer ugyanaz, a melyet a szemészetben *Pagenstecher*-féle módszernek ismernek és különösen a felső szemhéj felemelésére használnak. *Pagenstecher* a fonalakat nem sülyesztette el, hanem a bőr felett kötötte meg és később eltávolította, míg később *Köster* már a fonalak elsülyesztését alkalmazta. A bemutató tudomása szerint ezen elsülyesztett matráczvarratok használata még nem ment át a sebészetbe. Neki nem is volt erről a módszerről tudomása és csak azután tudta meg, hogy a szemészek már régebben használják, a mikor ezen esetben már jó eredménynyel alkalmazta. Az orr alakja jelenleg igen jó.

30 esztendő óta fennálló orr-ráknak műtéttel meggyógyitott esete és az orr pótlása prothesissel.

Dollinger Gyula: 60 esztendős férfit mutat be, a kinek 30 esztendő óta van orr-rákja, a mely elpusztította az egész orrot és a kagylókra is átterjedt. A beteg ezt a baját már gyógyíthatatlannak tartotta és a bemutatónál azért keresett segítséget, mert a rákos orrfekélyekből kiindulólag minduntalan volt orbáncza. A bemutató kiirtotta a fekélynek a bőrön levő részeit, azután eltávolította az összes kagylókat és az orr egész nyálkahártyáját. A nyirokcsomók a rák 30 éves fennállása daczára még ma sincsenek rákosan beszűrődve és azért ezeket nem irtotta ki. A sebzés meggyógyult és behámosodott, azóta egy esztendő telt el a nélkül, hogy a betegnek orbáncza lett volna. Tekintve a beteg korát és hajlandóságát orbánczra, nem készített neki plastikailag orrot, hanem műorrot készíttetett számára, a melyet azóta visel. Ezt a beteg szobrász fia modellálta és a minta szerint kaucsukból *Major Emil* készítette.

Manninger Vilmos: Azoknak a tételeknek bizonyítására, melyekről a bemutató emlékezett meg, esetet mutat be, a melyen a *Lexer*-féle tanítás teljesen bevált. Nem elég nyersen megformálni az orrot, hanem apró műfogásokkal rendes orrformává kell kialakítani. A felszólaló által bemutatott eset bizonyítja, hogy még oly esetben is, a mikor rövidre sikerül az alkotott orr, apró pótlásokkal czélhoz érünk. Esetében az orrszárnyakat két bőrlebenynyel pótolta. Az orrcsúcs meghosszabbítását úgy végezte, hogy megfelelő hosszúságú és alakú bordaporczogóval, mely az orrgyökre támaszkodik, mintegy letolta az egész orrot. Ezáltal jó alakú orrot tudott alkotni, melynek csak az a baja, hogy nem teljesen symmetriás. Az összes műtétszakaszokat helyi érzéstelenítésben végezte, kezdve az orralakítástól végig a bordaporczogóplastikáig. Ezáltal a modellálást tetszés szerinti részekre bonthatjuk, mert elesik a megismételt altatásnak veszélye.

A talus szabad átültetésének esete.

Dollinger Gyula: A 18 esztendős férfi mult év augusztus havában lóról esett le. A vizsgálat dagadt jobb bokát talált, a Röntgen-kép pedig azt mutatta, hogy a talus a sagittalis tengelye körül úgy fordult meg, hogy felső fele befelé, az alsó kifelé tekintett. Miután a helyretevési kisérletek nem sikerültek, egy hónappal a baleset után külső metszéssel feltárta a bokaizületet, a benne szabadon fekvő talust kivette, az izzadmányt letisztította róla, visszahelyezte a helyére, a sebet pedig egészen bevarrta. A beteg járókötésben per primam meggyógyult. Azóta 5 hónap telt el, a beteg folyton fenjár, nehéz mezei munkát végez és a végtagját egészen rendesen használja. A boka kissé vastagabb a másiknál, a beteg nem

biczeg, noha a bokaizületében a mozgékonyság csak csekély és kissé a láb külső szélén jár.

Luxatióval szövődött felkarfejecstörés gyógyult esete.

Fischer Ernő: Az utóbbi években többször volt alkalmam a vállizületnek olyforma sérülését látni, mely a felkarfejecs luxatiójának és letörésének társulásából áll. Az ily sérüléseknek conservativ kezelése ezelőtt rendszerint immobilisatióban állott; de ilyenkor a functionalis eredmény rendesen igen rossz, a mennyiben a luxált és letört fejecs ferdén nő a distalis törésvéghez és az ilyen felkar mozgatása még az inveteráltan luxált felkarénál is rosszabb; a véres beavatkozás egy vérömlenyes izület feltárásának veszélyeivel bir és a letört fejecsdarab vitalitása is nagyon kétes.

Ezért ilyen esetekben a kezelést úgy irányítom, hogy a letört fejecs *ne* gyógyuljon oda a distalis törésvéghez, hanem távolíttassék el attól és a distalis törésvég illesztessék az izvápába; a letört és magárahagyott fejecsdarab a hónalj lágyrészei közt marad, sorvad és semmi zavart sem okoz. A kezelés eme módját egy specialis extensiós sinnel végzem, mely a distalis törésvéget állandó erővel lefelé húzza és egyszersmind lehetőleg kifelé tolja, vagyis a letört fejecsdarabtól eltávolítja és az izvápával szembe állítja; a kezelést megfelelő passiv-activ tornagyakorlatok követik. A bemutatandó eset a második, mely ily kezelésre kitünő functionalis eredménynyel gyógyult.

A 42 éves hivatalnok 1911 augusztus 20.-án automobilfelboruláskor kiesett és a felfordult automobil alá került; a jobboldali felkarfejecs letört és subcoracoidealisan ficzamodott. Az emlitett módszerrel sikerült elérni azt, hogy a distalis törésvég eltávolodott a fejecstől, legömbölyödött, az izvápába illeszkedett; a functio minden irányban tökéletes.

Duplicitas penis.

Bókay János: Három hónapos csecsemőt mutat be, kin *diphallia* totalis (*duplicitas penis*) van jelen, mindkét oldalon totalis epispadiasissal és ectopia vesicae urinariaeval. A diphallia a legritkább fejlődési rendellenesség, *Ballantyne* 1895-ig összesen húsz esetet tudott összegyüjteni az irodalomból.

Polyglobulia lépneoplasmával.

Bence Gyula: A 39 éves férfibeteg 3 éve panaszkodik bal bordaív alatti fájdalmakról. Ugyancsak azóta lépe táján daganata nő. Hátán a gyermekkora óta volt egy kisebb daganata, mely az utóbbi időben feltünően növekedett. A beteg bőrszíne sötétvörös, lépe lényegesen nagyobb, vörös vérsejtjeinek száma 7·5 és 9 millió közt ingadozik, vagyis kifejezetten megvannak a „polyglobia lépnagyobbodással" tünetei.

A jelen eset a kórkép pathogenesise szempontjából érdemel említést. A beteg lépe az utóbbi hónapokban göbös felszínüvé vált, alsó részén különálló nagy dudorok tapinthatók. A háton levő daganat rugalmas, angiomaszerű tapintatú, a mellett peripheriáján több, alapjához rögzített göb tapintható. A beteg jobb mellkasüregét véres folyadék tölti ki. Mindezekből arra lehet következtetni, hogy a betegben rosszindulatú daganat fejlődött, mely a lépet is elfoglalta. Tekintettel arra, hogy polyglobulia több esetében léptuberculosist találtak a bonczoláskor s a jelen esetben ugyancsak a lépre lokalizálódó, bár egészen más anatomiai képpel járó bajt találunk, nem lehet elzárkózni azon fölvétel elől, hogy a lép megbetegedése és a polyglobulia kifejlődése közt legalább az esetek egy csoportjában oki összefüggést vegyünk föl. A lép szerepét magyarázni természetesen nem tudjuk, mert nem ismerjük eléggé a lép physiologai functióját.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1912 márczius 9.-én tartott VI. szakülés.)

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

I. **Veress Géza** bemutatásai *Marschalkó* tanár klinikájáról:

1. Nagyfokú hypertrophiás papulák egy 9 éves gyermek nyelvén; a baj súlyos interstitialis glossitis képét utánozza.

2. Szép circinnaer papulák egy 22 éves leányon, melyek többek közt sajátságosan a mindkét oldali külső hallójáratra is lokalizálódtak. Ugyane betegen papulocrustosus exanthema, mely néhol majdnem rupiaszerű.

3. Lichen syphiliticum idealis esete, hol a mikropapulákat a lichen ruber planustól csak sajátságos csoportosulásuk különbözteti meg.

4. Extragenitalis infectio érdekes esete 15 éves leányon a felső ajak sclerosisa képében.

5. Elhanyagolt tertiaer lues nagy destructiókkal, kiterjedt hegesedésekkel, hol a folyamat ugyan már elveszti terjedésre hajlandóságát, de az egyik szemet teljesen tönkretette s a másiknak ektropiumát okozta. Érdekes fejlődési rendetlenséget is mutat a beteg, mely különben veleszületett syphilisben nem ritka, t. i. rendellenes fogat a kemény szájpad közepén.

6. Veleszületett syphilis érdekes esete 14 hónapos gyermeken szépen kifejezett circinnaer papulákkal. Az eset kapcsán a bemutató röviden kiterjeszkedik a heredosyphilis kérdésének mai állására.

Hozzászól: *Szabó Dénes.*

II. **Kopár Gerő argyrosis** esetét mutatja be 81 éves emberen, a ki argent. nitr. 50%-os oldatát 40 éven keresztül állandóan használta. Az ecseteléseket egy borbély ajánlotta neki. A fénynek kitett részek hamuszürkék, kékesen áttünők, míg a ruhával fedett részek sokkal világosabbak. A száj nyálkahártyája és a fogak, a hol directe történt az arg. nitr. alkalmazása, koromfeketék.

III. **Demeter György** és **Hanasiewicz Oszkár** előadása; **A 7 mm.-es önműködő ismétlő pisztoly és a 9·8 mm.-es szolgálati revolver hatásáról.** II. rész.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomorrák operabilitásáról tartott előadást *Federmann* a „Berliner medizinische Gesellschaft" deczember 13.-i ülésén. Véleménye szerint sem a gyomorrák helye, sem kiterjedése vagy nagysága nem ellenjavalja a gyökeres műtétet, ha metastasis nincsen és a cardiarészből mintegy 4 cm. hosszú darab egészséges. Előnyben részesíti a kiterjedt resectiót egészen a cardia-részig, mert ilyen módon a helybeli recidiva jobban elkerülhető s az így operáltaknak később nincsenek gyomorzavarai. A fehérjeemésztést nem károsítja a gyomor eltávolítása.

Diabetes mellitus egy esetéből származó pankreast mutatott be *Minkowski* a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau" orvosi szakosztályának november 17.-én tartott ülésén. A pankreas csak 4—5 cm. hosszú és 1 cm. széles volt, külsőleg alig látszott rajta valami a mirigyes szerkezetből. Mikroskoppal csak a fark-végében volt néhány mirigylebenyke elfajult Langerhans-szigetek némi maradványával. A kivezető utakat mész-concrementumok töltötték ki. Érdekes volt az eset klinikai lefolyása. A halála előtt $1^1/_2$ évvel jelentkezett, 34 kiló súlyú, 21 éves beteg 3—4 liternyi napi vizelete 6—7% czukrot tartalmazott; erős aceton- és vaschloridreactio. Zabkúrára kitünően reagált, az acidosis megszünt, szénhydratmentes diaetára a vizeletből nemsokára eltűnt a czukor is és 200—300 gr. kenyér adására is czukormentes maradt. Időnként hasmenés jelentkezett, a mely pankreon adására javult. Az illető néhány hónap mulva tetemes súlygyarapodással hagyta el a klinikát és mintegy 1 év után jelentkezett újból 28 kiló testsúlylyal, 200—260 gramm napi czukorkiválasztással, erős hasmenéssel és tüdőgümőkór jeleivel; acidosis nem volt. Szigorú diaetára most is eltűnt a czukor a vizeletből és 50—60 gramm kenyér adására sem tért vissza. Az utóbb csillapíthatatlanná vált hasmenés folytán beállott általános erőhanyatlás okozta a halált, coma nélkül és a nélkül, hogy acetonuria állott volna be.

PÁLYÁZATOK.

1361/1912. sz.

Hunyadvármegye dévai járásához tartozó piskitelepi **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állás betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi körhöz 29 község tartozik.

Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 1600 korona évi fizetés;
2. 460 korona évi útiátalány;
3. a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak;
4. később megállapitandó lakbér.

A megválasztandó körorvos Piskitelepen lakni, köre községeit évnegyedenként beutazni és Piskitelepen a halottkémlést is végezni köteles.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítést, valamint eddigi szolgálatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket **folyó évi április hó 10.-éig** bezárólag hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mert a később beérkezendő folyamodványokat figyelmen kivül fogom hagyni.

A választás napját később fogom kitűzni.

Déva, 1912. márczius 22.

A főszolgabiró.

2301/1912 ikt. sz.

A Szentetornya községben üresedésben levő **községi orvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek azzal, hogy az állás elnyerését czélzó folyamodványok orvosi oklevéllel és az eddigi alkalmaztatásról szóló bizonyítványokkal felszerelve hozzám **folyó évi április hó 20.-áig** bezárólag benyujtandók.

Az állás javadalma: 1. 1600 korona törzsfizetés; 2. 600 korona helyi pótlék; 3. 300 korona halottkémlési díj; 4. 300 korona fuvar átalány; készpénzben tehát 2800 korona. Továbbá 5. a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak; 6. négy szobából és mellékhelyiségekből álló lakás. A községi orvos kézi gyógyszertár tartására lesz jogosult, a melyből és a környékbeli uradalmaktól számottevő mellékjövedelemre tarthat számot.

Orosháza, 1912 márczius 19.

Bertóthy István dr., főszolgabiró.

313/1912.

Békésvármegye közkórházának belgyógyászati osztályán 2 és sebészeti osztályán 2 **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: egyenként 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítással és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésük, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos id. *Kéry Gyula* úrhoz, Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **folyó évi április 4.-éig** küldjék be.

Gyula, 1912 márczius 20.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

A Salgótarjáni kőszénbánya részvénytársulat aninoszai bányaüzeménél egy **társpénztári orvosi állás** töltendő be. Ez orvosnak a bánya valamennyi alkalmazottát és munkását díjmentesen kell kezelnie és az ottani házi gyógyszertárt is el kell látnia. Sebészeti gyakorlat előnyt biztosít. Az évi jövedelem 3000 korona kezdő fizetés, 1600 korona évi díjazás a házi gyógyszertár kezeléseért, szabad lakás, fűtés és világítás. Egy évi kielégítő próbaszolgálat után véglegesítését és a társulat tisztviselői nyugdíjintézetébe való felvételét kapja. Pályázók orvostudori oklevelük hitelesített másolatával és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket, egészségi állapotuk és nyelvismeretük, valamint a legrövidebb belépési határidő megjelölésével a Salgótarjáni kőszénbánya r.-t. bányaigazgatóságához **Petrozsénybe** (Hunyad megye) nyujtsák be.

1548/1912.

A mezőhegyesi m. k állami ménesbirtokon f. évi május hó 1.-étől, folyó évi november hó 1.-éig terjedő időre egy **kisegítő orvosi állásra** pályázat hirdettetik. Egy koronás bélyeggel és megfelelő okmányokkal felszerelt folyamodványok **folyó évi április hó 24.-éig** közvetlenül a m. kir. állami ménesbirtok igazgatóságához Mezőhegyesre nyujtandók be. Javadalmazás napi 10 korona napidíj; bútorozott szabad lakás és útiköltségek megtérítése az állás elfoglalása és az alkalmaztatás megszűntével.

A mezőhegyesi m. kir. állami ménesbirtok igazgatósága.

331/1912.

Az igazgatásom alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvosok javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés. A kinevezés 2 évre szól.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kineveztethetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvay Géza* úrhoz, Somogy vármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyujtandók be **április hó 2.-áig.**

Kaposvár, 1912 márczius 15.

Dr. *Szigethy Gyula Sándor,* igazgató-főorvos.

1451/1912. eln. sz.

A városi „Erzsébet" közkórház szemészeti osztályán lemondás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás — a mely ideiglenes jellegű s egyelőre két évi időtartamra töltetik be — évi 1500 korona, azaz Egyezerötszáz korona fizetéssel, I. osztályú kórházi élelmezéssel s egy elő-, egy fürdő- és egy lakószobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés és világitással van egybekötve.

Felhivom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1912. évi április hó 20. napjának délután 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be.

Végül megjegyzem, hogy a fenti alorvosi állásban eltöltött idő a kötelező orvosi gyakorlat idejébe beszámittatik.

Hódmezővásárhely, 1912 márczius 20.-án.

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.

2779/1912. sz.

Zólyomvármegye nagyszalatnai járásában lemondás folytán megüresedett, a X. fizetési osztályba sorozott **járásorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása a X. fizetési osztály 3. fokozatával járó 2000 korona kezdőfizetés, 360 korona lakáspénz és 600 korona útiátalány.

Felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában és a 80.099/893. B. M. sz. körrendeletben előirt minősítéseiket, eddigi közszolgálatukat és kifogástalan erkölcsi magaviseletüket igazoló hiteles okmányokkal, valamint születési anyakönyvi kivonattal felszerelt és Zólyomvármegye főispánjához czímzett folyamodványaikat **1912. évi április hó 30.-áig** bezárólag hozzám annál is inkább nyujtsák be, mert az elkésetten érkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Beszterczebánya, 1912 márczius 26.

Répási Mátyás dr, alispán.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

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 **hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek** képződésében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás **Vállalat,**

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.