Negyvenkilenczedik évfolyam. 6. szám. *Budapest, 1905. február 5.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá a köz- és magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: **HŐGYES ENDRE** EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET **Schulek Vilmos** és **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT **Bókay János** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT **Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza** és **ifj. Klug Nándor** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMENYEK.

Justus Jakab: Közlemény a pesti izr. hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr. udvari tanácsos, egyet. tanár.) Miként gyógyítja a kéneső a syphilist. 80. lap.

Buday Kálmán: Közlemény a kolozsvári egyetem kórbonctani intézetéből. Szövettani és bakteriologiai vizsgálatok üszkös száj- és garatgyuladásoknál. 82. lap.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 84. lap.

Tárcza. Tauffer Emil: Az Egyesült-Államokba vándorló idegenek orvosi ellenőrzése Amerika határán. 88. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. L. Nattan-Larrier:* Les médications préventives. Sérothérapie et bactériothérapie. — *Pesti Alfréd:* Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára. (Tihanyi Mór.) 89. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Eichhorst:* A digitalis-therapia javalatai és használatmódja. — *Sebészet. Bockenheimer:* A scapula osteomyelitise. — *Effertz:* Nagyon lassú narcotizálás. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Boada Calzada:* Torpid jellegű subchronikus izületi csúz. — *Mayer:* Az eczema kezelése. — *Justi:* Angina lacunaris és diphtheria. — *Müller:* Külsőleg használható salicylkészítmények. — *Folyóiratok átnézete.* 89—90. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetések. — Győry Tibor. — Magántanári próbaelőadás. — Uj orvosegyesület. — Az olcsó lakások ügyének előmozdítása. — Tisztiorvosi vizsgára előkészítő cursusok Kolozsvárt. — Epileptikusok elhelyezése. — Tátrafüred vendégforgalma. — Pályázatok. — Hirdetések. 91. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — III. országos elmeorvosi értekezlet. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Miként gyógyítja a kéneső a syphilist.

Harmadik közlemény.

Justus Jakab dr. kórházi rendelő orvostól.

A kénesős mérgezésről.

Ennek a czikknek tartalmát nem syphilises embereken, továbbá állatokon végzett megfigyelések és kisérletek képezik. Czéljuk kideríteni: vajjon a szervezetbe jutott kéneső miként oszlik el abban, mely szervek vagy szervcsoportok veszik fel, miként osztódik el a sejtekben és mi módon választódik ki.

A kénesős mérgezés pathologiája tudvalevőleg igen számos és igen beható kutatás tárgya volt már eddig. Vizsgálták az imént említett kérdéseket klinikai szempontból, kórbonctanilag és kórszövettanilag, továbbá igen behatóan vegyi úton is.

Az ilyen lehetőleg kimerített kérdésre nézve nem volna reményem újat mondhatni, hacsak egy újabb methodusom kapcsán nem sikerült volna a kéneső viszonyát a szervekhez illetve az azokat alkotó sejtekhez oly módon tenni szemlélhetővé, milyenre az eddigelé alkalmazott megfigyelő módszerek egyike sem képes.

Értem ez alatt a *kéneső górcsövi kimutathatását histochemiai úton.*

Első czikkemben a kéneső gyógyító hatásának megérthetését kisérlettem meg elérni vele, ebben pedig ennek a módszernek alkalmazását a kénesős mérgezés kutatásában szándékozom bemutatni.

Nem távolodom el ez által e munkám czímében jelzett themától sem, mert bizonyítanom sem kell azt, hogy a kénesős mérgezés miként jébe való mélyebb betekintés a kénesővel való syphilisgyógyítás megismeréséhez nemcsak hasznos, de szükséges is. Nem tekinthetjük a therapeutikus kéneső-adagolást tulajdonképen másnak, mint a kénesős mérgezés egy különös esetének.

Első munkámban részletesen leirtam azt a methodust, melynek segítségével sikerült a syphilises kivirágzást alkotó alakelemekhez eljutott higanyt higanysulfid alakjában szemlélhetővé tenni. Második, e helyütt közzétett dolgozatomban néhány után vizsgálattal foglalkoztam, melyek e módszert tették kipróbálás és birálat tárgyavá. A kifogásolásokat úgyhiszem eléggé sikerült elerőtleníteni azzal, hogy az eljárásom szerint keletkezett fekete csapadék Hg S természetét számos vegyi próbával tettem — meggyőződésem szerint — kétségbevonhatatlanná.

A felhozott argumentumok között csak egy volt, mely behatóbb figyelmet érdemelt, ámbátor nem a dolog lényegére vonatkozott. Ez *Almkvistnak* azon állítása, hogy a Hg-fehérje H_2S-nel kezelve Hg S t ad. Én első dolgozatomban abból a feltevésből indultam ki, hogy ez a reactio létre nem jő. Támogatta a felvételt azon számos kisérletem, melyekben alkohollal fixált, kéneső-tartalmú szövetekben Hg S-csapadékot nem nyerhettem.

Ma már meggyőződtem: ennek a sikertelenségnek nem abban rejlik oka, hogy a fehérjéhez kötött higany Hg S-csapadékot nem ad, hanem abban, hogy nehezen adja, különösen nehezen az alkoholos fixálás által tömötté és vízben szegénynyé tett szövetben.

Oly fixáló eljárást kellett tehát találnom, mely a szövet kellő megtartása mellett azt nem vízteleníti, tehát az utóbb H_2S-nel való kezelésben a Hg S-képződést nem nehezíti meg. Tudvalevőleg első munkámban a szövetnek zinksókkal való fixálását ajánlottam erre a czélra. Ez az eljárás jó, kellőképen fixál, ha

eléggé tömény a zinksó oldata, és ha hosszasan vezetjük át a szerveken a H_2S gázt, úgy górcső alatt igen jól szembetünő sárgásfekete Hg S-csapadékot nyerünk. Hátránya ez eljárásnak, hogy a hosszas H_2S átvezetés igen kellemetlen manipulatio, továbbá hogy a gáz behatásának erősen savanyú folyadékban kell végbemennie, különben a csövekben foglalt zinksó is kicsapódik zinksulfid alakjában. Az erősen savanyú oldat pedig a szövetre károsan hat.

E kellemetlenségek elkerülhetők a most leirandó egyszerű módszerrel.

A szerveket 4%-os formaldehyd-oldatban fixáljuk. Ez oldat kitünő fixáló tulajdonságai következtében közhasználatban van. Néhány órai, egész 1—2 napi fixálás után a vékony (1—2 cm.) szeletekre vágott szerveket többször cserélt vízben öblítjük, és H_2S-nel frissen telített vízbe teszszük. A H_2S víz *közömbös* legyen, azaz *ne savanyítsuk* meg.

A savanyitásnak megvolna az a haszna, hogy általa elkerülhetnők a szervek vastartalmának ferrosulfid alakjában való lecsapódását, de ezzel szemben áll az a jóval fontosabb körülmény, melyet sokszoros tapasztalással próbáltam ki, hogy a savanyú folyadék jóval nehezebben hatol be a szervbe, illetve a sejtekbe, mint a közömbös vegyhatású. Az esetleg — mert gyakran nem csapódik le — leválott vassulfidot majdan a metszetekből könnyen lehet bármely ásványi savval kioldani.

Töltsünk meg tehát egy vastagfalú, pontosan záró dugóval biró üveget H_2S-vízzel, miután előbb bele tettük a szervdarabokat, dugaszoljuk be és kössük be a dugót vászonnal és zsineggel lehető szorosan. Az üveget állitsuk azután a melegitő szekrénybe, melyben körülbelül 70°-on egy hétig maradjon. Ha időközben a folyadék kicsapódott kéntől megzavarosodik, úgy azt fel kell váltani; de különben is ajánlatos egyszer-kétszer megújitani a H_2S vizet.

Tudvalevőleg magasabb hőmérséken a vegyi folyamatok gyorsabban folynak le. Általában elfogadott számitás szerint minden 10°-nyi hőemelkedéssel megkétszereződik a gyorsaság. Jogosan remélhetjük ezek szerint, hogy az a kevéssé dissociált higanyvegyület, a melyben a kéneső a szervekben foglaltatik, e magasabb hőmérséken és az elegendőképen hosszú idő alatt teljesen Hg S-né változik, még pedig nemcsak fehér vagy sárgás higanysulfid-tartalmú kettős sókká, hanem a fekete Hg S-csapadékká, mely górcső alatt jól látható.

Ha a melegitő szekrényben egy hétig tartottuk a szervet, úgy tapasztalásom bizonyítja, hogy a benne foglalt Hg teljességében Hg S-sé változott. A H_2S-vízből kiveszszük a szerveket, destillált vízben többszörösen kimossuk, fokozatosan erősbödő alkoholban vízteleniljük, celloidinba ágyazzuk, s felmetszszük őket. Ajánlatos vastagabb és vékonyabb metszeteket készíteni. Az előbbieken a Hg S elosztódását a szervnek anatomiai elemei között lehet jobban megfigyelni, mivel a vastagabb rétegben a sárgásbarna, sőt egészen fekete szin erősen szembeötlő, a vékony metszeteken ellenben a Hg S-nek elhelyeződését az egyes sejtekben tanulmányozhatjuk, természetesen erősebb nagyitással.

Az alább adandó leirások alapjául a következők szolgálnak: Ajtai tanár úr intézetéből Gyulay és Bender assistens uraknak köszönhetem sublimáttal mérgezett asszony veséjének és vastagbelének részletét, s ugyancsak nekik egy sublimáttal mérgezett leány hullájából: vese, bőr, máj, szív és pancreasrészeket.

Az első asszony néhány 1 gm.-os sublimát-pastillát vett be öngyilkossági szándékkal, s körülbelül 1 hét mulva halt meg peracut bél- és veselobosodás tünetei között az izraelita-kórházban. A második eset 18 éves leány volt, kiről nem tudom, mennyi sublimátot ivott, s ki körülbelül 20 nap alatt halt meg. A kórboncztani diagnosis róla a következő: Ulcera diphtheritica sublingualia mucosae oris et superficialia intestini crassi. Perifolliculitis mercurialis. Pericarditis fibrinosohaemorrhagica (cor villosum). Endocarditis verrucosa valvulae mitralis. Degeneratio adiposa myocardii et parenchymatosa iam ad adiposam vergens hepatis et renum. Haemorrhagiae mucosae bronchorum inferiorum in lobo inferiori pulmonis sinistri.

Állatkisérleteket végeztünk fehér egereken és házinyulakon. A fehéregereknek 0·002 gm. sublimátot fecskendeztem a bőrük alá, a mi elegendő, hogy félóra alatt elhulljanak. Acut Hg-mérgezést nyúlon 0·02—0·02 gm. Hg befecskendésével idéztem elő, mi az állatot negyednapra ölte meg.

Chronikusabb Hg-os mérgezést pedig naponként 0·004 $HgCl_2$ bőr alá való befecskendésével okoztam.

A vizsgálati anyag átnézete.

1. Több gm. sublimát belső bevétele után egy hét mulva meghalt asszony veséje és vastagbelének fekélyes része.

2. ? sublimát bevétele után 20 napra meghalt leányból vese, szív, pancreas, máj és bőr.

3. 0·002 cm^3 sublimát bőr alá befecskendése után peracut elhalt fehéregér.

4. Nyúl szervei, mely 3 egymásután való nap kapott 0·02 cm^3 $HgCl_2$-t bőr alá.

5. Három kilogrammos fehér nyúl kapott 29 napon egymás után 0·004 cm^3 $HgCl_2$-t bőr alá, 1 kgm.-mal lefogyott és chloroformmal öletett meg.

A főbb szervekben található leletek.

Vese. A vastag metszeteken a szürkéssárga diffus színeződés jól szembeötlő, különösen ha fehér lapra állitjuk őket. Az 5. számból származó metszeteken közepes nagyitással látható, hogy ez a szürkés színeződés egészen finom, pontszerü lerakódásokból származik, a melyek jóformán az egész kéregállomány epitheljeiben találhatók. Legkevésbé a glomerulus hámján látjuk őket, legjobban a tubuli contorti I. ordinisban. Még sokkal bővebben és nagyobb szemcsékben láthatók a lerakódások az egyenes csatornákban, hol jóval feketébbek és distinctebbek is. Már a gyüjtőcsatornácskák hámján jól megkülönböztethető, hogy a szemcsék, különösen a sejtnek a csatorna lumene felé eső részén, sürübbek és nagyobbak. A lerakódásokat mutató sejtek magvai szemcséket nem tartalmaznak, és haemalaunnal normálisan festődnek.

A 2. szám veséjében sokkal több és feketébb a lerakódás, a glomerulusok nagy száma részben vagy egészben fekete. A tubuli contorti hámja nem festődik, hanem sok helyen a sejtekhez hasonló alakot adó finomabb vagy durvább szemcsetömegek helyettesitik ezeket. Az egyenes csatornácskák körülbelül olyanok, mint a 4. számnál. Erősebb nagyitással a glomerulusok még aránylag jól festődő maggal biró epitheljében számtalan feketés-sárgás fényes szemcse látható. A tubuli contorti sejtjei már nagyobbrészt szemcsetömegekké változtak. Igen sok mag halványan, számos egyáltalán nem festődik. Inkább maradtak épségben az egyenes csatornák alakelemei, bár a sejtek szintén fekete szemcsékkel tömvék, némely csatornácska lumene fénylő fehéres tömegben sárgásbarna rögöket mutat.

A véredények sárgásbarna, egész fekete sávok gyanánt látszanak, bennük sok szénfekete leukocyta. A leukocyták, a melyek fekete jellegzetes alakú rögök gyanánt ismerhetők fel, már a szövetközökben is kisebb-nagyobb csoportokban mutatkoznak. Az 1. szám veséjében a leirtak még jelentékenyen fokozódnak, a kéreg már szabad szemmel is feketésbarna sávnak tünik, haemalaunnal nem festődik. Erősebb nagyitással nézve: majdnem minden hámsejt fekete, vagy egymástól jól elkülöníthető röggé változott, csak az alak adja meg a sejtet. A mag legtöbbnyire egyáltalán nem festődik, a szemcsék az egész sejt területét, tehát a magot is ép úgy borítják, mint a plasmát. Az egész látótér fekete rögökből alkotott sejtalakokkal van tele. Az egyenes és gyüjtőcsatornácska hámja még valamivel épebb, de szintén sürün feketén behintett. Ezen felül a csatornácskákat fekete leukocytákból alkotott hüvely keriti be, a mely számos helyütt az egész szövetszerkezetet elfedi.

Máj. 4. szám. A lebenyecskék közepén a kerek nagy vena centralis sárgásbarna, éles határú körnek tünik, melyből számos sugáralakú, sárgásbarna kiágazódás indul ki. A vékonyfalú vena lumenét kitöltik a sárgásbarna, feketés vérsejtek, a melyek között éles fekete pontok és foltok alakjában látszanak a leukocyták. A capillarisokban hasonló leukocyták láthatók. A májsejtek magvai jól festődnek, protoplasmájuk szürkésnek látszik. Erősebb nagyitással a sejtek finom szürke porral behintettnek látszanak, a mely behintés csak itt-ott erősödik erős fénytörésü, fekete, épen megláthatő szemcsékké. Legerősebb nagyitással látható, hogy a mag e szemcséktől szabad, ellenben a plasmát igen sürün borítják. Míg a vena elágazódásai Hg S-nel teltek, az arteriák aránylag keveset tartalmaznak, az epeutak pedig üresek. A 2. szám májában a vena centralis nem ötlik úgy szembe, sem pedig a capil-

larisok barnás injectioja nem látható; elszórva a lobulusokban néhány szénfekete leukocyta. Ellenben a májsejtekben a fekete, erősfényű szemcsék jóval nagyobbak; magjuk láthatólag ép.

Az 1. számban a nagy epeutakban igen finom szénfekete szemcsékből áll az azt kitöltő tartalom. Az epeút falát borító magas epithel épnek látszik és nem tartalmaz Hg S-t.

Bélhuzam. A vékonybélmetszeteken a legtöbb Hg S a peritonealis lemezen látható, a hol az alaktalan csapadék vékony, összefüggő, sárgásbarna lemezt képez; a muscularis finom, egyenletes, apró szemcsékkel van telerakódva, a bolyhokban elszórva látható itt-ott egy szemcse. Az epithelsejtek sárgásbarnásak, de csupán a bolyhok legcsúcsán van több sulfid az ott székelő epithelben és még inkább a centralis edényben.

Egészen más a vastagbél, de különösen a vakbél képe; a haustrum csúcsa sárgásbarna tömeggé változott, a melyben úgy, mint azt a vesében leirtuk, a Hg S-rögök utánozzák a sejtek alakját.

A bél lumenét az ilyen levált sejtekből álló feketés massa tölti ki nagyrészben. A bélfal maga tele van feketésen kirakott edényekkel, számos helyütt a structura eltünt, a hol még megmaradt, ott tisztára látható, hogy az epithelsejtek telve vannak Hg S-szemcsékkel, a melyek a magvat szabadon hagyják, de különösen sürün töltik be a sejtnek a bélhuzam felé eső részét.

Az 5. készítményben a vékonybélben több a Hg S úgy a bolyhok felületén, valamint a mirigyplaqueokban is. A legjellegzetesebb képet itt is a vastagbél adja: a hám sürün van megrakva, a lymphocyták majdnem kivétel nélkül csillogó Hg S-sel megrakódott, jól festődő magvú kerek sejtek gyanánt mutatkoznak. A muscularisban foglalt pontszerü lerakódás feketébb és nagyobb, mint a 4. számúnál. A haustrumok teteje pedig már szabad szemmel látható sárgásbarnás sapkát visel.

Szív. A szívizmokból a 2. számú mérgezési esetből állott rendelkezésemre néhány metszet, melyekről röviden csak annyit, hogy az izomrostok sürün tartalmaznak sárgásfekete, egyenletes, pontszerü, fényes lerakódásokat. A szív üregében és a szívfal edényeiben foglalt vérben világossárgás-barnásak a különben elszintelenedett vértestecsek, míg a fehér testecsek jellegzetes fekete rögökké változtak, s jórészben már haemalaunnal nem festődnek, míg a szívizomzat magvai igen jól festődnek.

Tüdő. A tüdőt illetőleg csak a 4. és 5. számú állatból nyert készítményeket vizsgálhattam. Az alveolusokat körülvevő capillarisokban meglehetős sok a Hg S, a magvak jól festődnek, a bronchusok epithelje Hg S-től mentes.

Bőr. A 2. számú mérgezésből egy bőrdarab állott rendelkezésemre. A subcutan szövet nyirokréseiben van igen kevés szemcse; az edényekben jól látható fekete lerakódás; a cutisban alig van, míg az epithelsejtek és különösen közeik egyenletesen lerakódott pontokat tartalmaznak. Még nagyobb és több szemcse van a szarúrétegben, mely barnásnak látszik. Legtöbb a verejtékmirigyekben, melyek sejtjei a vesecsatornácskák hámjához hasonló képeket adnak, végül jól észlelhető nagyobbacska rögcsék a fagygyúmirigyekben, részben már a sejteken kivül.

A Hg S a sejtekben. Miután a Hg S-nek a szervekben való elosztódását néhány organum leirásával igyekeztünk bemutatni, röviden még az egyes sejtekben való elhelyeződéséről kell megemlékeznünk. Mivel a Hg t protoplasmaméregnek tekintik a pharmakologusok, előre látható, hogy minden sejt felveszi, bár szintén előre mondható, hogy nem egyenlő mértékkel. Hogy a különböző szövetek sejtjei mennyit vesznek fel, az természetesen első sorban attól függ: mennyi Hg jut hozzájuk a keringés révén. Valószinüleg oly szervek, melyek vérkeringése bővebben hozza a sejteket a vérárammal érintkezésbe, többet vesznek fel, mint azok, melyeknek vérárama physiologice is kisebb. Ezenfelül hatással kell birnia a Hg kiválasztásának is. Mentől könnyebben szabadul a sejt a Hg-től a venák és nyirokerek útján, vagy pedig különösen mentől hamarább képes azt ő maga kiválasztani, annál gyorsabban léphet újra vegyi összeköttetésbe újabb Hg-mennyiségekkel. Legszembeötlőbb ezeknek a physikai és vegyi körülményeknek — a keringés által való odahozatalnak és elvitelnek, meg a sejt elválasztó képességének — az összejátszása a vesében. Bő vérpálya, tágabb elvezető utak, vékony sejtrétegek müködnek itt egybe, hogy a különben is kiválasztásra berendezett hámsejtek sok Hg-t vehessenek fel és adhassanak le. Hasonló viszonyokat találunk a vastag- és vakbélben, ellentétben a bélhuzam felső részével, mely inkább a resorptionak szolgál. A bőrben Hg S számbavehető mennyiségét a verejtékmirigyekben és fagygyúmirigyekben leljük, továbbá a hámrétegben, és pedig legtöbbet a szarúrétegben. Mindmegannyi bizonyíték a bőr felülete felé törekvő kiválasztásnak. Sokat találunk a májban, chronikusabb mérgezés eseteiben az epeutakban, a bél felé való kiürítés előkészítő stadiumában és útján. Ellenben kevés van a tüdőben; a bronchusokban egyáltalában alig van, jele annak, hogy ez úton nem igen történik kiválasztása.

A mondott körülmények mellett van még egy, melyet figyelmen kivül hagyni nem szabad: némely sejtfajtának kiváló rokonsága a Hg iránt. Első sorban tünnek fel a fehérvérsejtek. Bár ezeknél mechanikus felvételről is lehet szó protoplasmájuk mozgása folytán, mégsem képzelhető, hogy a leukocyták a szervezetbe jutott Hg-oldatot ily módon vennék fel, hanem azt kell feltennünk, hogy a keringés közben oldatban levő Hg-sókat protoplasmájuk vegyi összetételénél fogva tudják megkötni, magukban concentrálni. Még inkább így áll ez az oly bőséges Hg S-tartalmat mutató vörös tekecsekre nézve. Már *Kobert* kimutatta a veres testecsek fémmegkötő tulajdonságait. Ha sublimát-oldatot fölös vérrel rázunk, ez quantitative megköti a Hg-t. Hasonló eredményeket kaptam magam is, mikor a Hg-nak a vérre való hatásával foglalkoztam. Ha sublimát-oldatot friss vérrel centrifugálok, minden Hg a vörös és fehér tekecsekben lesz vegyi úton feltalálható, a plasmában semmi.

Másik sejtfaj, melyben mindenkor igen sok Hg S-t lehet találnunk, az izomrost. Ugy a sima izomrostokban (véredény, bélfal, bőr stb.), mint a szívben, akaratlagos izmokban bőséges a Hg-tartalom. Minden bizonynyal itt a vegyi összetételben rejlik a Hg-hez való különös rokonság oka.

Végezetül vizsgáljuk a Hg S megjelenési módját az egyes sejtben. Tudvalevő, hogy a Hg S csapadék, melyet H_2S bevezetésekor Hg-tartalmú oldatokból nyerünk, nem nyomban képződik, hanem előbb fehér, utóbb sárgás, végül barnás és fekete csapadék áll elő. Természetesen e színskála fokait a sejtek festődésében is megleljük. Vannak szénfekete szemcsékkel megrakott plasmájúak, pl. a veseepithel a kanyargós II-odrendü csatornácskákban, más sejtek sárgásbarnásak, pl. a bélhámsejtek a vakbélben, némelyek csak szürkék, igen finoman elosztott csapadéktól, pl. a májsejtek.

A csapadék első sorban a plasmában van elosztva, a mag szabad és jól festődik. Hol igen sok, ott a mag kevésbé vagy egyáltalán nem festődik, és végül még a mag is tele van velük, és többé nem festődik. E háromféle fokozatot igen jól észlelhetni a vesében és a vastagbél-haustrumokon. A legjobban megtámadott sejtek helyein csak a sejtalakot utánzó elrendeződésben fekvő sárgásfekete szemcsék és rögök találhatók.

Végül teljesen feketének, még pedig a szinhigany cseppjeihez hasonlóan csillogó feketének mutatkoznak sok helyütt a fehér testecsek; természetesen absolute festhetlenek is. Lehetséges, hogy ez a feketeség valósággal szinhigany is, mivel tudvalevőleg a mercurovegyületek H_2S-nel szinhigany és Hg S keverékéből álló csapadékot adnak, ha tehát a leukocytákban mercurovegyület is volt jelen, mi igen valószinü, úgy ez a csapadék bizonyára létre is jöhetett.

Közlemény a kolozsvári egyetem kórboncztani intézetéből.

Szövettani és bakteriologiai vizsgálatok üszkös száj- és garatgyuladásoknál.

Irta: *Buday Kálmán* dr. egyetemi tanár.

(Vége.)

Miután ezekben számot adtunk arról, hogy vizsgálataink alapján miféle nézeteket alkothatunk magunknak a bakteriumoknak a szövetekre gyakorolt hatására nézve, legyen szabad még reflektálnunk a talált bakteriumalakok összetartozóságának kérdésére is. Mint már ezen közlemény bevezető részében említettük,

újabban az a nézet merült fel, hogy a nomás elhalás határán található különböző bakteriumalakok, nevezetesen a vastagabb és a vékonyabb fonalak, orsóalakú bacillusok, spirillumok, voltaképen nem egymástól különböző bakteriumfajok, hanem egy és ugyanazon magasabbrendü bakteriumfajnak, valamely streptothrixnek különböző fejlődési stadiumai volnának csupán. Megkisértem ezen felfogással szemben a saját álláspontomat kifejteni, bár itt mindjárt meg kell jegyeznem, hogy az a körülmény, hogy ezeket a különböző alakokat sem állatokra állandó sikerrel átoltani, sem mesterségesen több ivadékon át tenyészteni nem sikerült, nagyon megnehezíti a kérdés eldöntését, mert tisztán morphologiai alapon az egyes önállóknak vélt fajok biologiai sajátságainak behatóbb ismerete nélkül meglehetős hézagos lehet csak akármely irányban a bizonyítás.

Ha a mi öt esetünkből előállított fedőlemezkészítményeket, metszeteket a felvetett kérdés szempontjából veszszük vizsgálat alá, szükséges lesz a talált vitás alakokat valamivel tüzetesebben szemügyre venni, mert eddig inkább csak a szövetekkel szemben való viszonyukra fektettünk súlyt.

A *spirillumok*, a melyeknek az üszkösödés terjedésénél olyan nagy fontosságot tulajdonítottunk, legtöbbször igen finomak, hajszálvékonyak, vastagságuk alig 1—2 tized μ, tehát a legfinomabb bakteriumok közé tartoznak, a melyeket egyáltalában ismerünk. Ezért van, hogy czélszerütlenül festett, vastag metszetben, vagy a hol egyéb bakteriumok is nagyobb mennyiségben vannak, a spirillumok nem láthatók meg jól. Ezek finomságuk, továbbá számos rövid csavarmenetük s azonkivül hosszuk által is teljesen megfelelnek annak a bakteriumalaknak, mely már régóta mint a szájüregnek, különösen a foglepedéknek állandó lakója *spirochaeta denticula* néven ismeretes. Azok az alaki tulajdonságok, a melyeket Miller „Die Mikroorganismen der Mundhöhle“ czímü könyvében a spirochaeta denticulára nézve felsorol, teljesen megfelelnek a mi spirillumunknak. A spirillumkacsok nem mindig egy irányban haladnak, néha hirtelen ostorszerüleg visszagörbülnek, máskor repülő madár szárnyaihoz hasonló alakot látunk, a mely nyilván úgy keletkezik, hogy a csavarulatokat vetületben látjuk a górcső alatt. Némi alaki különbségek egyes eseteinkben mégis voltak, így pl. a III. és IV. számú esetben a spirillumok jóval finomabbak s aránylag rövidebbek, mint a többi esetben, úgyszintén a csavarmenetek is egyik esetben valamivel sürübben, tömöttebben állottak, mint másoknál. Említettem a leirásokban, hogy elég hosszú fonalakká is kinőhetnek a spirillumok, de ekkor is megtartják csavarulatos lefutásukat. Mindezen alaki különbségek azonban nem olyanok, hogy azok alapján többféle spirillumfajnak a felvételére volnánk kényszerítve, hiszen tudvalevő, hogy más pathogen bakteriumok alakja és nagysága is bizonyos határok között változhatik. Közös vonásuk volt a mi spirillumainknak az, hogy minden esetben nehezen festődtek és a Weigert-Gram féle festéseknél teljesen elszintelenedtek.

A *bacillus fusiformis*-ról alaki tekintetben talán más helyen lesz még alkalmam bővebben szólani s azért itt csak röviden ismétlem, hogy Weigert-festéssel többnyire jól megfesthettük az orsóalakú bacillusok csoportjait. Már ez is élesen megkülönbözteti őket a spirillumtól. Alakja a felületen valamivel merevebb, míg a szövetek mélyében inkább hajlott, meglehetős csekély görbülettel. A hol két bac. fusiformis van egymás végtében, ott azok vagy egyenes vonalat, vagy gyengén ívelt S alakot képeznek. Hosszabb fonalakká ritkán nő ki, különösen a szövetek mélyében; még inkább akad a felületesebb részekben fusiformis-fonál, de ezek sem túlságosan hosszúak s a végeiken hegyezettek. Egyenetlen festődésük több helyen feltünt, a régebben elhalt helyeken a b. fusiformis szélei szemcsésekké válnak, s az egész sokkal gyengébben festődik Weigert szerint, mint az elhalás határán, a hol a nagy tömegben levő bacillusok rendesen egymással párhuzamosan, ritkábban sugarasan állnak.

A leptothrix-szerü fonalak, a melyek a régebben elhalt részben találhatók, rendesen többé-kevésbé görbültek, kacsszerü kanyarulataik sokszor az egész látótéren áthúzódnak. Nagyobbrészt nem tagozottak, egyes csoportokban azonban kifejezett tagozottság látszik, s itt inkább merev, egyenesebb, egymással párhuzamosan futó fonalakat látunk. Oly kevés megbizható adatunk van eddig az egyes leptothrix-fajok megkülönböztetésére, felismerésére, hogy ezek alapján nehéz határozottsággal nyilatkozni, csak annyit említek meg, hogy Miller leirásai után a tagozott, merev fonalak leginkább az általa *leptothrix buccalis maxima*-nak elnevezett fajnak felelnének meg, míg a nem tagozott, meglehetős hajlott, kacskaringós lefutású fonalak talán azonosak az úgynevezett *leptothrix innominatával*, a mely névvel Miller a közönséges leptothrix buccalist jelöli. Hangsúlyoznom kell, hogy valódi elágazódásokat ezen fonalaknál nem láttam, a mi már magában ellene szól a streptothrix-elméletnek.

A kevésbé gyakran és kevésbé nagy tömegben talált *komma-alakú* bakteriumoknak a spirillumtól való különbözősége nyilvánvaló. Nemcsak hogy sokkal vastagabbak és rövidebbek ezek, mint a spirillumok, hanem a mi különösen szembetünő, kitünően festődnek Weigert szerint. A hajlott b. fusiformistól néha már nehezebb őket megkülönböztetni, mindazáltal rövidségük s feltünő erős, egész a félköralakig menő görbületük alapján, továbbá az által, hogy végeik nem hegyesednek ki, mégis legtöbbször lehetséges a megkülönböztetés. Ezen komma-alakok Miller könyvében *spirillum sputigenum* név alatt szerepelnek, s szerinte nem tenyészthetők. Azokat az erősebben görbült alakokat, a melyeket Miller mint két komma egyesüléséből származókat lerajzol, szintén elégszer láttuk; hosszabb spirillumokká azonban ezen bakterium nem fejlődik ki a szövetekben.

Ezen négyféle alaknak egymásba való átmenetéről sehol sem tudtam meggyőződni. Sem szétbontott készítményeken, sem metszeteken nem találtam olyan képet, a hol spirillum-alaknak a bacillus fusiformisból való kinövése vagy a bacillus fusiformisnak leptothrixszerü fonalakká való meghosszabbodása látható lett volna, a mint azt pl. Perthes állítja és rajzokkal is támogatja. Hogy a spirillumok egyenesen a bacillus fusiformisból nőnének ki, tehát úgyszólván annak a nyúlványai volnának, az ellen szól az a nagy távolság is, a melyre az aránylag rövid spirillumok a bacillus fusiformishoz képest a szövetben előre nyomulva találhatók. Több esetünkben megállapíthattuk, hogy 10—12 μ hosszú spirillumok 1—1½ mm-nyivel tovább hatoltak előre a szövetekben, mint a bacillus fusiformis, lehetetlen tehát, hogy ezek a bacillus fusiformisnak kibocsátott s vele még összefüggésben lévő nyúlványai volnának. Ha pedig valaki ez ellen azzal akar érvelni, hogy a spirillumok leszakadhattak az orsóalakú bacillusokról, s önállóan, élénk mozgásképességük által segítve haladtak előre a szövetekben, akkor még mindig nem érthető, miképen lehetséges az, hogy spirillumokat nagy tömegekben találhatunk a szövetekben olyan esetekben is, a melyekben a bac. fusiformis csak igen csekély számban, úgyszólván alig található. Ilyen pl. a mi IV. számú esetünk, a hol stomatitis ulcerosa mellett a szövetben csak igen kevés orsó-alakú bacillust, ellenben igen sok spirillumot találhattunk. Viszont a nem terjedő jellegü üszkösödéseknél, pl. a leirt diphtheria-esetekben, meglehetős sok bac. fusiformis van az álhártya felületén, míg spirillumok nincsenek; már most fel kellene venni, hogy az orsóalakú bacillusok csak bizonyos körülmények közt bocsátanak ki magukból csavarulatos finom nyúlványokat, pedig az eddigi vizsgálatok nem jogosítanak fel arra, hogy ezt feltehessük. Perthesnek azon rajzai, a melyekkel a spirillumoknak a bac. fusiformissal való összefüggését ábrázolja, alighanem csalódáson alapulnak, lehetséges ugyanis, hogy azok a metszetben csak véletlenül kerültek közvetlenül egymás fölé vagy egymás mellé, úgy hogy optikailag összetartozóknak látszanak, de azért tulajdonképen egymással össze nem függnek.

A bac. fusiformisnak a leptothrix alakokkal szemben való önállósága mellett a szöveti vizsgálat alapján fel lehet hozni azt, hogy ezen lepthothrix-fonalak végei nem hegyezettek, hanem ellenkezőleg meglehetős élesen levágottak, továbbá, hogy a hol ez a kétféle alak egymás mellett van, ott átmeneti alakok nem látszanak, sőt ellenkezőleg nyomon lehet követni a bac. fusiformisnak egyre hiányosabb festődését és végül teljes elhalványodását. Különösen Weigert szerint festett készítményeken jól látszik, hogy a bac. fusiformis, a mely a terjedés irányában lévő csoportokban kitünően festődik, a régebben elhalt részeken festődésképességét egyre jobban elveszti, míg a leptothrix-fonalak, a melyek csak itt kezdenek felszaporodni, annál jobban megfesthetők.

A komma alakok önállóságára nézve nemcsak az én IV. számú esetemet hozhatom fel, a hol a kommák aránylag nagy

mennyiségben voltak jelen, hanem pl. Krahn észleletét is, a ki egy noma-eset szövettani vizsgálalatánál az elhalás határán csakis spirillumokat és komma alakokat látott és ez utóbbiakat ő is a spirillum sputigenummal azonosítja és kiemeli Weigert szerint való jó festődésüket.

Tekintve tehát azt, hogy a spirochaete denticola, spirillum sputigenum, bacillus fusiformis és leptothrix-fonalak képe alatt megjelenő bakteriumok nemcsak alakilag, hanem térbeli elhelyezkedésük tekintetében is elég éles különbségeket mutatnak, s hogy átmeneti alakokat én legalább nem tudtam találni, nem tudok csatlakozni azokhoz, a kik ezen különböző alakokat egy ugyanazon bakteriumnak, nevezetesen streptothrix-fajnak különböző fejlődési stádiumai gyanánt tekintik.

Legnehezebb a hajszálfinom egyenes fonalak hovátartozóságáról s a többi alakokhoz való viszonyáról nyilatkozni; megvallom, hogy ezeknek a jelentőségét illetőleg további vizsgálatok megtétele előtt nem merek véleményt nyilvánítani, lehetséges, hogy ezek a durvább leptothrix fonalaknak az élő szövetek közé bocsátott finomabb nyúlványai, de erre nézve bizonyítékaim nincsenek. Annyit mondhatni, hogy hosszabb fonalak nem épen kizárólagosan csak a nománál találhatók, mert IV. számú esetünkben egyszerü stomatitis gangraenosánál is elég sok fonálszerü bakteriumot találtunk.

A mi vizsgálataink tehát arra az eredményre vezettek, hogy a gyermekkori terjedő jellegü szájgarati üszkösödések az úgynevezett infectiós gangraenák közé számítandók, s nem egyetlenegy, hanem többféle szájbakterium által, és pedig legtöbbször a spirillum és bac. fusiformis symbiosisa által idéztetnek elő. A nomáról megjelent újabb közlemények szerzői közül tehát a Krahn felfogása áll legközelebb a mienkhez. A cladothrix-, illetőleg streptothrix-elméletre nézve döntő bizonyítékok eddig nincsenek, hangsúlyoznom kell azonban, hogy az én eseteim szöveti képe annyira hasonlít a Pertheséhez, hogy csakis ezen képek magyarázatában lehet eltérés, az ellenben nagyon valószinü ezekből, hogy a nomának megvan a maga egységes, jellemzetes szöveti és bakteriologiai lelete.

A prophylaxisra nézve csak annyit akarok megjegyezni, hogy a száj és garat gondozása súlyosan beteg gyermekeknél az általános erőbeli állapot lehető fentartása mellett kétségkivül segithet valamit az üszkös gyuladások megelőzésére nézve, hiszen a szájbakteriumok felszaporodását a jó szájhygiene már magában véve is bizonyos mértékig korlátok közt tarthatja. A kezelést illetőleg pedig az üszkös szövetek erélyes elpusztítása adott esetekben épen a bakteriologiai vizsgálatok szerint is észszerünek látszik, miután a üszkösödést bakteriumoknak a szövetekben való előnyomulása idéz elő, önkéntes elhatárolódásra pedig az esetek többségében számítani nem lehet. Ehhez csak azt kivánom hozzátenni, hogy bizonyos alkalmas esetekben talán az üszkös garat-, illetőleg tonsilla-gyuladásoknál is igénybe lehetne venni az erélyes sebészi kezelést, itt ugyan a nehézségek jóval nagyobbak, de nem elháríthatlanok.

* * *

Dolgozatom már be volt fejezve, a mikor intézetünkben egy újabb, kiválóan érdekes fusospirillumos fertőzés került boncolásra. Ezen esetből állatoltások és mesterséges tenyésztések nagy számmal történtek; a vizsgálatok míg folynak, de a mennyit eddig láttam, az inkább a bac. fusiformisnak és spirillumnak fajbeli önállóságára vall, s egyelőre nincsen okom megváltoztatni fentebb kifejtett álláspontomat, hogy ezek életfeltételeikben ugyan egymásra utalt, de genetikailag össze nem tartozó fajok, nevezetesen nem valamely magasabbrendü bakteriumnak különböző fejlődési alakjai.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskereken.

Gondatlanságból okozott emberölés vétsége.

V. dr. t . . . i községi orvos 1899. évi julius hó 7-dikén azon irásbeli jelentést tette a község elöljáróságának, hogy K . . . B . . . t . . . i lakosnak vele vadházasságban élő neje az nap „hajnalban 1/2 3 órakor egészséges fiúgyermeket szült, de utána 4 órakor meghalt". A jelentést tevő orvos vizsgálata szerint „a hulla minden külerőszaki nyom nélkül, feltünően sápadt, sárgásfehér szinü. A méh egyenetlenül összehúzódott állapotban van. A szeméremrésből barnás-vörös folyadék ömlik ki. A méhlepény egész terjedelmében eltávozott". A halál okául a jelentést tevő orvos az elvérzést jelzi s ezek kapcsán véleményében kifejti, hogy a halál azon mulasztás folytán állott be, hogy a szülés és a 1 1/2 órára reá beállott halál közt levő időközben orvosi segély igénybe nem vétetett.

Ezen orvosi jelentésnek a hosszadalmas, irásos hivatalos úton a nb-i kir. ügyészséghez való jutása után, a halál után 3 napra vezetésem alatt eszközöltetett a boncolás, a melyről felvett jegyzőkönyvből a következőket emelem ki:

A) Külvizsgálat.

1. A 38 éves női hulla 137 cm. hosszú, rosszul táplált, sovány, gyengébb testalkatú, bőre igen halvány, helyenként zöldesen elszínesedett, véredénycsikok vastag zöld hálózat alakjában jól kivehetők. A felhám részint nagy hólyagban felemelt, részint nagy czafatokban lelógó. A háton kiterjedt szederjes hullafoltok.

4. A has rendkivül nagyra, dobszerüleg puffadt, rajta régi és friss terhességi hegek láthatók.

5. A szétnyújtott lábak között van egy férfifejnél nagyobb, feszült, részint élénkpiros, részint zöldesen elszínesedett, gömbalakú, dobszerüen feszült képlet, mely a hüvelybe visszanyomható.

B) Belvizsgálat.

13. A hasürben, az ott levő körülbelül 2 deciliter zavaros, vörhenyes rothadási savótól eltekintve, egyéb idegen test nincsen. A hashártyának úgy zsigeri, mint fedőlemeze sima, fénylő, halvány.

18. A kismedenczéből a méh és petefészkek hiányoznak és ezek a szeméremrésen keresztül kifordultak és a boncjegyzőkönyv 5. pontja alatt leirt képletet képezik.

19. A méh és függelékei, a húgyhólyag, a végbél alsó része és a külső ivarszervek szabályszerüleg kivétettek együttesen és külön-külön megvizsgáltattak:

a) A kifordult méh rendes állapotba helyezve nagy, üres, petyhüdt, vastagfalú zsákot képez, hossza a méhszájtól kezdve 35 cm., szélessége 20 cm., a méhszáj nyitott, körüskörül barnavörös puha lécz alakjában emelkedik ki s rajta frissebb szakadás vagy egyéb sérülés nem látható. A méh üregében idegen test sehol sem találtatott, úgy a lepény, mint a magzatburkok részletei vissza nem maradtak. A méhlepény odatapadási helye hátul, fent baloldalt tenyérnyi terjedelmü. A méhfalzat vastagsága a méh domborulatán 4 cm.; a méh falzatában haladó erek és nyirkedények üresek.

b) A hüvely nyákhártyája halvány, harántul ránczos.

c) A hüvelybemenetben a fék szakadást nem mutat.

d) A méhkürtök lúdtollnál alig vastagabbak, nyákhártyájuk halvány; a petefészkek középnagyok, petyhüdtek, a jobb petefészekben egy valódi sárga testecs.

e) A húgyhólyag kissé összehúzódott, nyákhártyája halvány, ürében kevés sárgás vizelet.

f) A végbél nyákhártyája halvány.

C) Kórisme:

Szülés utáni állapot, a méhnek rothadás folytán való kifordulása, az összes belső szervek és a bőr nagyfokú vérszegénysége; elvérzés a méhből.

Vélemény.

Az emlők korateje, a has falazatán levő régi, de különösen friss terhességi hegek, a nagyfokban megnagyobbodott illetve kitágított és a méhlepény odatapadási helyét mutató üres, zsákszerü, petyhüdt méh szájának tökéletesen nyitott volta és a jobb petefészekben levő sárga testecs szerint az elhalt nemcsak terhes volt, hanem szült is és a szülés igen rövid idővel a halál előtt folyt le.

A megvizsgált nő halála a bőr és az összes belső szerveknek rendkivül nagyfokú, majdnem vértelenségnek nevezhető vérszegénysége szerint elvérzés folytán állott be. Ezen elvérzés a méhnek a hullában talált állapota szerint nyilvánvalóan a méhből

*

eredt, mert a szülés után a méh össze nem húzódott, hanem a tartalmát kiürített méh a terhesség alatt elért nagyságát megtartotta s így következményileg vérzett a méh mindaddig, míg a nő összes szervei vértelenné nem váltak, azaz míg a nő vére ki nem folyt, míg a nő el nem vérzett, illetve meg nem halt.

A bonczvizsgálat arra semmi adatot sem nyujt, hogy maga a szülés rendellenes lett volna, sőt ellenkezőleg a terhesség folytán kitágított méhnek és környékének ép, sértetlen volta, a pete burkoknak és méhlepénynek a méhből való teljes eltávolodása, a szülési időnek többször szülőknél megszokott 3—4 órai tartama arra mutatnak, hogy a szülés rendes volt.

Ezek szerint a nő elvérzése csakis onnan eredt, hogy a szülés után a méh össze nem húzódott, hanem megtartotta a bonczvizsgálat szerint azon nagyságát, a mennyire a terhesség folytán ki volt tágítva.

Tehát adott esetben a szülés után bekövetkezendő méhösszehúzódás kimaradt, azaz a méh atonikussá (atonia uteri) vált.

A szülés alkalmával a méh mindig nagyfokú erőltetett összehúzódása folytán üríti ki a tartalmát s így természetes dolog, hogy a szülés befejeztével nemcsak a méh, hanem a szülőnő egészben is kifárad, elerőtlenedik s ennélfogva pihenésre van szüksége nemcsak a szülőnőnek, hanem különösen a méhnek.

S ily értelemben a szülés után minden szülőnő, illetve különösen annak a méhe közvetlenül a szülés után addig, míg ereje újból vissza nem tér, kifáradt, ellankadt, atonikus.

Méhatonia alatt ezek szerint a kitágult méhnek elerőtlenedése, kifáradása folytán beálló összehúzódási képtelenségét értjük.

A szülés után beálló s rövidebb hosszabb ideig tartó méhatonia tulajdonképen physiologikus, csakis kifáradási tünet s az erők visszatértével, a fáradság megszüntével csakhamar minden következmény és vészes tünet nélkül elmulik, megszünik s a méh összehúzódik, sorvad és végül normálissá válik.

Hogy ezen atonia alatt a méh folyton vérzik, az természetes, mert hiszen a kitágított méh véredényei, különösen a méhlepény odatapadási helyén tátonganak és épen ezért, hogy a tátongó véredények révén az elvérzés be ne álljon, a méhatonia ellen, kivált ha az hosszabb tartamu, erélyesen küzdeni kell s erre többféle szakeljárás van. S épen a méhvérzés *egyik* jele a méhatoniának.

Hogy adott esetben ezen méhatonia miért vált oly nagy fokúvá és a halált okozó vérzést előidézővé, biztosan megállapítani nem tudjuk, de tekintve, hogy a megvizsgált nő rosszul táplált, kicsi termetű, gyenge volt (bonczolási jegyzőkönyv 1. p.); másrészt a gyermek, a mint annak megvizsgálása mutatja, rendkivül nagy és jól fejlett s különösen koponyája nagy volt, úgy ezen magzat megszületése jobban elővette a nöt és jobban elerőtlenítette s nála nyilvánvalólag a physiologikus méhatonia is a szülés után nagyobb volt mint rendesen.

S így a hiba az volt hogy ezen atonia akár a fel nem ismerés, akár a járatlanság folytán kellőleg nem kezeltetett és ennélfogva a nő ennek tartama alatt vérzett, elvérzett.

Kétségtelen, hogy az elvérzési halál gyors (1—1½ órai) beállta adott esetben arra mutat, hogy a méhatonia igen nagy fokú lehetett (paralysis uteri) s így könnyen vezethetett az amúgy is gyenge nő halálához.

* * *

A bonczolás alkalmával az elhalt nő csecsemője is megvizsgáltatott s arról az alábbi jegyzőkönyv vétetett fel:

Bonczvizsgálat után a K. K. által folyó hó 7-dikén éjjel szült és életben lévő fiúgyermek megszemléltetett, a kir. törvényszéki orvos által megvizsgáltatott és következő fejlettségünek találtatott:

A 2 napos fiúcsecsemő testhossza 53 cm., sulya 3500 gramm, fejkörülete 38 cm., az orr és fül nem csontos részei porczosak, a herék a borékban vannak. Böre halvány, zsirral alápárnázott, a test egyes részei gömbölydedek, a fej hajzata 1½ cm. hosszú, a körmök tömött porczlemezeket képeznek, az ujjak végét túlhaladják. A köldökzsinór szabályszerüleg alá van kötve. A belső szervek épek.

Kórisme:

Érettség, életképesség.

Vélemény:

A fenti vizsgálati adatok szerint a fiúcsecsemő jól fejlett, erős testalkatú, sőt nagysága, méretei és súlya szerint a közepes fejlettségü csecsemőnél erősebb.

* * *

Ugyanekkor a vizsgálóbiró a bünügyben nyomozatot is tartott, mely megállapította, hogy az elhalt B. M. né szül. K. K. szülése alkalmával özv. K. F.-né szül. B. R. segédkezett, ki a községben „bába“ minőségben szerepel. A nyomozás megállapította azt is, hogy az elhalt B. M. né az ágy előtt és mellett egy zsámolyalacsonyságú kis széken ülő állapotban szült. A szülés után B. M.-nét az ágyra fektették és ott halt meg.

Továbbá megállapította a nyomozás, hogy az ágy szalmája között a fekhelynek megfelelő középtáján, két-három tenyérnyi területen a szalmán átszürödött vérnyomok voltak, mely vérnyomok egész az ágy alatti földterületre vezettek, a hol a földön 3—4 férfitenyérnyi terjedelemben már beivódott és beszáradt vérfoltok észleltettek.

Ezek után özv. K. F.-né szül. B. R. ellen a gondatlanságból okozott emberölés vétsége miatt a vizsgálat megindult.

Özv. K. F.-né szül. B. R. 73 éves, irni, olvasni nem tudó „szülésznő“ a vizsgálat folyamán való kihallgatásakor előadta, hogy ő már 36 éve végez szülésznői teendőket s mintegy 20—25 év előtt a megyei főorvostól kapott irást, mely szerint „a szülésznői teendőkre képesítve lett“ és „ezek gyakorlása megengedtetett“ neki. Ezen irás vagy elveszett vagy oda égett, de a község is tud ezen irásról, mert „meg van választva községi helyettes szülésznőnek“ s már valami 1000 gyermeket segített a világra s soha baj vagy kellemetlenség nem történt. Az esetre vonatkozólag előadta, hogy a szülést megelőző este hivták őt az elhalt B. M.-néhez, ki épnek, egészségesnek látszott. Özv. K. F.-né „szokása szerint“ nem engedte a szülőnőt lefeküdni, hanem járatta a szobában, a meddig csak birt.

Előző külső vizsgálatból látta, hogy a gyermek „jól fekszik“ s tudta, hogy a nő máskor rendesen szült. Éjfél után, miután a fájdalmak növekedtek, zsámolyra ültette s ott B. K.-né minden nehézség és rendellenség nélkül egészséges gyermeket szült s a méhlepény is nyomban, a szülőnő ezen helyzetében távozott el. A köldökzsinórt rendesen lekötötte, átvágta. A szülőnőt az ágyba fektette s „szokása szerint“ a hasát a méh táján dörzsölgette, hogy a méh összehúzódjék és a vérzés elálljon, mert bár vérzett, de nem oly szokatlan mennyiségben és rohammal, hogy a miatt aggálya támadhatott volna.

Bár a vérzés mérsékelt volt, mégis eczetet szagoltatott a szülőnővel, hogy a vérzés hamarabb elálljon. Ekkor is semmi rosszat nem gyanítva, a gyermeket fürösztötte, a szülőnő azonban a szülés után 1½ órára minden kínlódás, jajgatás nélkül elhalt. Látta, hogy a lepedő véres és a vékonyrétegü szalmán a vizeletes kinézésü vér a földre átcsurgott, de azért szerinte a vérzés nem volt oly mennyiségü, hogy akár gyanúra is okot szolgáltatott volna, még kevésbé, hogy orvosi segély igénybevételét szükségesnek mutatta volna.

Özv. K. I.-né szül. Ö. A., az elhalt édesanyja, ki az egész idő alatt jelen volt, ép így vallott, a halálesetet a véletlennek tudja be, mert bár a lánya tényleg vérzett s a vér a lepedőn és az ágyban volt vékonyrétegü szalmán a földre is csepegett, de mindamellett azt oly mennyiségünek tartotta, mint a mennyi rendes szülésnél szokott eltávozni s egyébként is az egész szerencsétlenség 1 órai rövid idő alatt folyt le s ezen rövid idő alatt orvosi segélyre gondolni s ilyent igénybe venni idő sem volt.

Ő látta, hogy özv. K. F.-né szül. B. R. az elhaltnak hasát a szülés után dörzsölgette.

K. P.-né szül. F. E. szintén jelen volt a szülés ideje alatt. Rendellenes dolgot észre nem vett, „rendesnél egy cseppet sem vérzett jobban“, sőt jól érezte magát a szülés után a szülőnő s neki a segédkezést meg is köszönte, s midőn elment, semmi baj sem volt, így csudálkozott, midőn hallotta, hogy a szülőnő elhalt.

Az ezzel befejezettnek jelzett vizsgálat után az ügyész indítványa értelmében a kir. törvényszék a további eljárást megszüntette, „mert a bonczoló orvosok véleménye szerint a halál a szülés

után fellépő külső elvérzés, azaz a méh össze nem húzódása folytán jött létre".

„A vizsgálat a véleményt támogatja s miután nem állapítható meg, hogy a halál másnak cselekménye vagy a terhelt bába, ki a szülésnél közben járt, gondatlansága folytán[1] keletkezett, az eljárást meg kellett szüntetni."

1. Btkv. 290. §-a: a ki gondatlansága által embernek halálát okozta: az emberölés vétségét követi el és három évig terjedhető fogházzal büntetendő.

Halált okozó súlyos testi sértés bűntette.

190 . évi márczius hó 1-én a n.-b.-i rendőrkapitányságnál G. A. n.-b.-i lakos mint kiskorú G. M. atyja azon jelentést tette, hogy hét éves fiát az előző hó 20-dikán Sch. H. n.-b.-i lakos ostorral úgy ütötte meg, hogy ennek folytán 6 napig az iskolába nem járhatott. A n.-b.-i járásbirósághoz áttett ügynek márczius hó 15-dikén megtartott tárgyalása alkalmával főmagánvádló panaszát visszavonta, mire a bíróság a bűnvádi perrendtartás 323. §-a alapján a további eljárást megszüntette.

190 . évi márczius hó 15-dikén M. I. dr. városi orvos halottkém az n.-b.-i rendőrkapitánysághoz azon jelentést tette, hogy „G. M. hét éves fiú folyó év február 21-dikén könnyű testi sértést szenvedett és folyó hó 14-dikén éjjel 9 órakor *dermedet* következtében elhalt, ennélfogva a hulla az erőszakos halál gyanuokait mutatja". Ezen jelentés folytán G. M. hulláját a kir. törvényszék felboncoltatta.

A vezetésem alatt eszközölt boncolat jegyzőkönyvéből kiemelendők a következők:

A) Külvizsgálat.

1. A 7 éves fiú hullája 110 cm. hosszú, igen lesoványodott, igen rosszul táplált, bőre igen halvány, sápadt, vérszegény, a háton kevés szederjes hullafoltokkal ellátott.

4. A bal arczfélen a bal szem belső szemzuga alatt van egy fillérnyi kékeszöldesen elszínesedett nem dagadt terület, melynek közepén van egy fél lencsényi, a bőr többi felszine alatt levő, hámmal borított, vékony, a bőr legfelsőbb rétegeiben elhelyezett heg. Az elszínesedés helyén bemetszve, a bőrben s böralatti kötőszövetben kékeszöldes, széteső vérömleny találtatott.

7. A bal kéz háta főleg a mutató s hüvelykujj háti oldalán több apró, vékony, száraz, barnavörös, pörkkel fedett felhám lehorzsolást mutat.

B) Belvizsgálat.

10. A lágy agyburkok vérdúsak, a nagyobb véredények mentén kissé elhomályosodottak, könnyen levonhatók, sehol sem a domborulaton, sem az agyalapon, főleg a fossa Sylvii táján sem mutat szemcsézettséget vagy apró gümőket.

11. Az agy, kisagy s nyúltagy kissé vérdús, közép nedvtartalmú, tésztatapintatú, sem az agygyomrocsokban, sem az agydúczokban eltérés nincs.

14. Mindkét tüdő szabad, halvány barnavörös, kissé vérszegény, közép nedv- s légtartalmú, csakis az alsó lebenyek hátsó része tömöttebb, vérdúsabb, sötét barnavörös, légszegény.

17. A hashártyának úgy zsigeri, mint fali lemeze mindenütt sima fénylő, sehol megvastagodást, genylerakodást vagy gümőket nem mutat.

C) Kórisme.

Vérbőség a lágy agyburkokban s az agyban, a lágy agyburkok elhomályosodása, gyógyult felhámlehorzsolás s bőr alatti vérömleny az arczon.

Vélemény.

A megvizsgált egyént M. I. dr. kezelő orvosnak előttünk magán úton tett nyilatkozata szerint folyó évi február hó 21-dikén ostorral arczul ütötték, a minek következtében vérömlenyes környékü felhámlehorzsolásos tompa zúzódást szenvedett el a bal arczfélen s az ennek megfelelő nyom a boncolás alkalmával a bonczjegyzőkönyv 4. p. a. leirt elváltozás alakjában volt látható. A megvizsgáltnak ezen arczsérülése a kezelő orvos nyilatkozata szerint kellőleg fertőtleníttetett és a sérülés nehány nap mulva, nyolcz napon belül, zavartalanul gyógyult minden következmény nélkül s a megvizsgált úgy a sérülés gyógytartama alatt, mint azután teljesen egészséges volt s rendes teendőit fennakadás nélkül végezte.

A kezelő orvos nyilatkozata szerint folyó hó 7-dikén a megvizsgáltnak bal arczfele hirtelen minden kimutatható ok nélkül, s főleg a nélkül, hogy a már begyógyult arczsérülése talán gyuladási tünetet mutatott volna, hüdött lett s ezen bal arczféli hüdéshez csakhamar, eleinte csak a felső végtagokra, de később az alsó végtagokra is átterjedő clonikus görcsök csatlakoztak s a megvizsgált állapota fokozatosan súlyosbodott olyannyira, hogy a görcsei állandósultak s a megvizsgált megdermedt, azaz állgörcsbe és dermedésbe (trismus vagy tetanus) esett s e mellett ép eszméletnél volt, sőt víziszonyszerű tünetek is léptek fel nála s a tünetek fokozódásával folyó hó 14-dikén elhalt.

A bonczolás a halálok tekintetében positiv leletet nem nyujtott s csakis arra szolgáltatott támpontot, hogy a pupillák egyenetlen tágultsága, az agy, kisagy és nyúltagy vérbősége, az agyhártyák (lágy agyburkok) a véredények mentén való kisebbfokú elhomályosodottsága, megvastagodottsága szerint a halált előidéző bántalom az agy és burkainak vérbőségét okozta.

Tekintve, hogy a trismus és tetanusnak (dermedés) elnevezett megbetegedésben elhaltaknál is találtattak elég gyakran a fent jelzett kórboncztani elváltozások, úgy a bonczolás adatai támogatják azt, hogy a megvizsgáltnak halálát megelőző, orvosilag észlelt megbetegedés, azaz a trismus és tetanus lehetett a halál oka. E mellett még az is szól, hogy a megvizsgált rendkivül le volt soványodva, gyomra és belei teljesen üresek voltak s igy oly betegségben szenvedett, melynek utolsó napjaiban nem táplálkozott, koplalt s csakis saját zsírjából élt. Ezen nemtáplálkozás természetes egy állandóan görcsös állapotnál.

A dermedés (trismus és tetanus) az újabb orvostudományi vizsgálatok szerint fertőző bántalom, a melyet fajlagos specifikus bacillus (bacillus tetani) okoz. A dermedés rendszerint sebzésekhez csatlakozik, vagyis nyilt sebek képezik azon kaput, a melyen át a szervezetbe jut a méreg. Szóval a dermedés rendszerint a sebfertőzés egyik eshetősége, azaz a sebzések egyik esetleges járulékos megbetegedése.

Néha azonban a dermedés kimutatható ok nélkül támad, azaz nem sikerül azon kaput megtalálni, a melyen át a fertőzés történt s akkor idiopathikusnak nevezzük a dermedést.

Hogy adott esetben minő úton jutott a szervezetbe ezen nem mindig halállal végződő s fertőzés útján létrejövő megbetegedés mérge, a bonczolat kideríteni nem birta mert az arcz sérülése, mely három héttel a halált megelőzőleg ejtetett, már teljesen begyógyulva volt, a betegséget megelőzőleg egy hétig, s a sérülés helye a bonczolás alkalmával a mélyben sem mutatott semminemü lobosodási vagy reactiós tünetet. Másrészt a sérülés után hátramaradt nyom szerint az eredeti sérülés egy nyolcz napon belül gyógyuló tompa zúzódásban állott, a mi egyezik a kezelő orvos észleletével s a kezelő orvos azon nyilatkozatával, hogy ő az igen jelentéktelen sérülést a keletkezés után igen rövid időre — egy óra mulva — már kellőleg fertőtlenitette és hogy a gyógylefolyás zavartalan volt.

Igaz ugyan, hogy észleltettek oly sebtetanus-esetek, a melyeknél a sérülés ejtése, illetve a sebfertőzés után 10—14 napra lépett fel a dermedés. A dermedésnek jelen szóban forgó alakja megfelel a dermedés azon alakjának, melyet Rose-féle fejtetanusnak vagy tetanus hydrophobicusnak neveznek s mely tetanus abban áll, hogy az agyidegek elterjedési területén ejtett sérülés kapcsán 6—14 nap mulva, úgy mint adott esetben, az arczideg hüdése áll be s ehhez csatlakozik a víziszonyszerű állapot s végül a dermedés.

A dermedés a lovak körül foglalkozó egyéneknél gyakrabban fordul elő. Adott esetben is a sérülés a lovakkal sürün érintkezésbe jövő ostornak csapása által idéztetett elő, szóval a dermedés jelen esetének körülményei és lefolyása hasonlítanak a Rose-féle fejtetanushoz, mindazonáltal kórboncztanilag a fertőzés fentjelzett útját kimutatni nem lehetett, mert az eredetileg jelentéktelen s minden zavar nélkül néhány nap alatt gyógyult felületes sérülés rögtön kellőleg desinficiálva lett s a bonczolat alkalmával a mélyben sem mutatott reactiós tünetet, másrészt pedig a tetanusfertőzés, daczára annak, hogy a bonczolásnál egyebütt, mint az

arczon, sérülési nyomot találni nem lehetett, más úton is juthatott a szervezetbe, sőt az eset idiopathikus tetanus is lehetett.

A dermedés halálos kimenetelére, a megvizsgált fiatal korán kivül, rossz tápláltsága is befolyással volt.

A bal kéz hátán levő felhámhorzsolások a kéznek a fájdalmas görcsök közepette való harapdálása következtében támadtak a halál előtt.

A kir. ügyészség a Bp. 101. §. 1. pontja[3] alapján a további nyomozatot megszüntette „mert az elrendelt bonczolás során nem sikerült összefüggést kideríteni a bántalmazás és a halál között" s miután sértett fél a feljelentést visszavonta és új feljelentést nem tett, az iratok az irattárba helyeztettek.

A panaszos G. A., mint pótmagánvádló, a vád képviseletét átvette a büntető törvénykönyv 306. §-ába ütköző és a szerint minősülő, halált okozó súlyos testi sértés büntette miatt s vizsgálat elrendelését kérte, mert szerinte „a bonczolási jegyzőkönyv és az abban előadott orvosi szakvélemény kellő alapot nyujt annak megállapítására, hogy a gyermeke halálát Sch. H. ostorcsapása okozta".

A vizsgálóbiró a vizsgálatot megtagadta, mert „nem volt megállapítható, hogy a halált okozó dermedés mitől és miként jött létre s annak az állítólagos ostorcsapástól eredő arczsérüléssel való okozati összefüggése kimutatható nem volt".

A pótmagánvádló felfolyamodására az ügy a n.-b . . . i törvényszék vádtanácsához került s ott a vizsgálóbiró végzésének megváltoztatására okot nem találtak. A pótmagánvádló újólagos felfolyamodására az ügy a sz . . . . i kir. itélő táblához került. A sz . . . i kir. itélő tábla Sch. H. ellen a halált okozó súlyos testi sértés miatt a vizsgálatot elrendelte, mert a bonczoló orvosoknak az a véleménye, hogy G. M. halálának oka dermedés lehetett; továbbá, hogy a dermedés fertőző bántalom, a melynél a fertőző anyag rendszerint nyilt sebeken keresztül jut a szervezetbe, s végül, hogy a betegség a lovak körül foglalkozó egyéneknél gyakoribb s az adott esetben is a sérülés a lovakkal sűrün érintkezésbe jövő ostornak csapása által idéztethetett elő: nyomatékos a gyanú arra nézve, hogy G. M. halála okozati összefüggésben van azzal az ostorcsapással, melyet G. M. a pótmagánvádló állítása szerint a gyanúsítottól szenvedett, s a mely G. M. arczán nyilt sebet okozott.

Az ezen végzésre megindult vizsgálat során az elhalt fiú atyja előadta a sérülés keletkezését, a mint azt fiától hallotta és a betegség lefolyását, melyet az orvosok halálosnak jeleztek.

Terhelt Sch. H. tagadta, hogy ostorral megütötte volna az elhaltat, ő csak ostorát a gazdája háza előtt játszó gyermekek elkergetése végett a levegőben suhogtatta, mert a házban súlyos beteg volt s a gyermekek lármáztak kint, gazdája pedig ott rendet csinálni kiküldötte.

M. I. dr., városi orvos előadta, hogy a sérült fiut a városi nyilvános rendelés alkalmával a sérülés után közvetlenül látta s nála a bal arczfélen levő 2 cm. hosszú s a bőrön áthatoló zúzódást talált, mely sérülés ostorcsapási nyomnak felelt meg. A sebet sublimáttal fertőtlenítette, bekötözte s sérültet rendszeres gyógykezelésre utasította. A sérülést 8 napon belül gyógyulónak tartotta. A sérült egyébként egészséges volt. A sérülés története után 2 hétre a fiú újból eljött a nyilvános rendelésre, de akkor ő nem volt ott, a helyettes orvos a sebet begyógyulva találta s ekkor a bal arczfélre szorítkozó hüdés és rángások észleltettek a fiúnál és ennélfogva „Chorea et paralysis facialis" diagnosis alatt vezettetett be a fiú és mixtura bromata lett számára rendelve. A fiut halála napján is látta, ekkor már kifejezett trismus és tetanus tünetek voltak nála.

G. I. dr., magánorvos a sérült fiut már csak akkor látta, midőn a sérülés története után 2 hétre a sérülést pörk fedte és a bal arczfél hüdött volt. Ekkor tetanusra még nem gondolt s nyomástól eredőnek tartotta a hüdést és villamozást ajánlott. A fiut halála előtt való nap ismét látta, ekkor már a trismus és tetanus kórképe volt jelen s a fiut elveszettnek jelezte és nem rendelt semmit.

H. L. dr., közkórházi igazgató, a fiut halála előtt pár órával látta, csak a trismus és tetanus kifejezett tüneteivel.

Az ügynek ilyen stadiumában a pótmagánvádló indítványára a törvényszék vádtanácsa az összes iratoknak az igazságügyi orvosi tanácshoz való felterjesztését rendelte el a czélból, hogy „állapittassék meg, hogy mi a halál közvetlen oka és hogy van-e összefüggés az elszenvedett ostorcsapás és az elhalálozás között".

Az igazságügyi orvosi tanács a feltett kérdésekre a következő véleményt adta:

Vélemény.

A tetanus-betegség oly félreismerhetlen kórtünetekkel szokott jelentkezni, hogy egy értelmes nem szakértő által is felismerhető; G. M.-t pedig 4 orvos vizsgálta meg s közöttük — K. dr. az esetre vissza nem emlékezvén — 3 nála tetanus kórismét állapított meg.

Ahhoz tehát kétség nem férhet, hogy G. M. tetanusban szenvedett, mely — mint a legsúlyosabb, kevés kivétellel halálos kimenetü sebfertőzés — az illetőnek halálát is okozta. A bonczjegyzőkönyv ugyan erre nézve semmi támpontot sem szolgáltat, de ép az a jellegzetes a tetanusra nézve, hogy mindeddig a legszorgosabb búvárkodás daczára szemmel látható jellegzetes elváltozások sem az agyban, sem annak burkaiban nem észleltettek. A tetanus az által idéztetik elő, hogy a fajlagos úgynevezett tetanus-bacillus valamely seben behatol a testbe, szervezetbe s azt megfertőzi, és a legsulyosabb sebfertőzési betegség hosszabb rövidebb lappangási idő után rendesen állkapocsgörcscsel — trismus — kezdődik a azután következnek rohamokban a heves, tartós, fájdalmas görcsök a test többi izmaiban, mígnem egy ily görcsroham alatt beáll a halál.

Tapasztalatilag tudva van, hogy a tetanus felléphet a legjelentéktelenebb sebzés után, söt még akkor is, mikor már a sebhely begyógyult. A statistikai adatok szerint ugyanis az esetek felében a tetanus a 2-dik hétben jelentkezik, de jelentkezhetik a sebzést követő napon, söt 4 hétre is. Miután a tetanus-bacillus minden szenyben, a porban, a szemétben feltalálható, az a sebre átvitethetik mindannyiszor, a hányszor piszkos tárgy vagy nem tiszta kéz érintkezik a sebbel, épen azért adott esetben a közvetlen okbeli összefüggés az állítólag ostorral történt arczulcsapástól származott külsértés és a tetanus közt, bár ki nem zárható, de be sem bizonyítható, annyival kevésbé, mert az állítólag ostorcsapás által ejtett seb G. M. a gyermek atya és M. I. dr. vallomása szerint vérzett s igy a vérszivárgással az ostorcsapás folytán esetleg a sebbe jutott s tetanus-bacillust tartalmazó szeny mechanice elmosódhatott s azután mert közvetlen a sérülés után a seb M. I. dr. által sublimat-oldattal kimosatott. És ez volt G. M. sebének egyetlen szakszerü ellátása, mert később a fiú iskolába járt s azontul sebe nem részesült szakszerü kezelésben s mikor atyja újból megjelent fiával a rendelő szobában 14 nap mulva a szenvedett sérülés után, már akkor egy sajátságos jeleség, t. i. arczideghüdés mutatkozott nála, mely nem a közönséges tetanusnak, hanem az úgynevezett arczi, facialis tetanusnak szokott előhirnöke lenni, melyről Rose, ki a tetanus nevezett válfaját először leirta, azt állítja, miszerint a sebzés helye a hüdött arczideg területére esik, a mint tényleg G. M.-nál is a sérülés a bal arczfélen az idegszétágazódásnak területén volt s ugyanezen arczideg bénulásával vette kezdetét a tetanus is.

E szerint az összefüggés a legszabatosabban beigazolva van az elszenvedett sebzés és a tetanus között, azonban a halál okául szereplő betegség mégis nem közvetlen a sérülés által okoztatott, hanem a sérüléshez járuló sebfertőzés következtében állott elő, úgy, hogy G. M. halálának oka, a tetanus, csak másodlagos következménye volt az állítólag Sch. H. által korbácsütés folytán keletkezett külsérülésnek, miután a sebfertőzés nem szükségkép a külsértés létrejövetelének alkalmával azonnal, hanem előállhatott véletlenül az elhanyagolt sebkezelés mellett később is. Maga a sérülés 8 napon belül gyógyuló külsértésnek minősíthető és G. M sebe, a mint az az ügyiratokból kivehető, tényleg 8 napon belül gyógyult is.

Ezek után a pótmagánvádló vádiratot nyujtott be, melynek folytán a kir. törvényszék vádtanácsa Sch. H., 67 éves, nb.-i lakost, a Btkv. 306. §-ában[4] meghatározott halált okozó súlyos testi sértés büntette miatt vád alá helyezte s az ügy tárgyalására a nb . . i esküdtbiróságot mondta ki illetékesnek.

Az 190 . évi február hó 7-dikén megtartott esküdtszéki főtárgyaláson az esküdtszék szabályszerü megalakitása után pót-

magánvádló képviselője a vádat visszavonta, illetve elejtette, „miután az elégtételül szolgál, hogy vádlottat a vádtanács vád alá helyezte s ennek folytán főtárgyalás kitűzve lett s ez által vádlott arról, hogy büntetendő cselekményt követett el, meggyőző dött“ stb.

Minthogy pótmagánvádló képviselőjének ezen előterjesztéséhez hozzájárult, a kir. törvényszék, „miután a kir. ügyész a vád képviseletét át nem vette, pótmagánvádló és képviselője pedig a főtárgyaláson a vádat elejtette, ennélfogva a vádlott ellen“ a B. P. 352. illetve 323 §-a[2] alapján a további eljárást megszüntette.

1. Btkv. 306. §-a. Ha a súlyos testi sértés folytán a megsértett halála következett be: a büntetés 10 évig terjedhető fegyház, ha pedig a tettes szándéka a 303. és 304. §-okban meghatározott következményekre volt irányozva, és a megsértettnek halála következett be: büntetése 5 évtől 10 évig terjedhető fegyház.

2. B. P. 323. §-a. Ha a vádló a vádat a főtárgyaláson ejtette el, s azok a sértettek, kik a feljelentést tették, valamint azok is, kik igényüket bejelentették, a főtárgyalásra meg voltak idézve, de meg nem jelentek, vagy ha a megjelent sértettek közül a vád képviseletét felszólítás daczára egyik sem vette át (42. §), a bíróság, indokolásul e körülményekre hivatkozva, végzéssel megszünteti az eljárást.

Ezen, és a 301. §. végső bekezdésében említett eseten kivül a bíróság az ügy érdemében ítélettel dönt.

352. §. A vádlott elhalálozása, vagy a vád elejtése esetében a bíróság az esküdtek meghallgatása nélkül a 301. §. végső, illetőleg a 323. §. első bekezdése szerint végzéssel megszünteti az eljárást.

3. B. P. 101. §. 1. pontja. A nyomozás megszüntetendő, ha bűncselekmény nem forog fenn.

Tárcza.

Az Egyesült-Államokba vándorló idegenek orvosi ellenőrzése Amerika határán.

(Vége.)

III. alosztály. Elmebetegek.

Elmebaj megállapításánál a következő meghatározás szolgáljon útmutatóul:

Elmebetegség az észbeli tehetségnek zavart, rendellenes állapota, melyet téveszmék, hallucinatiók, rémlátások kisérnek, avagy oly elmezavar, mely gyilkossági vagy öngyilkossági szándékban, állandóan levert kedélyhangulatban, avagy abban nyilvánul, hogy az illető jó és rossz között különbséget tenni képtelen.

Bevándorlóknál, de különösen könnyen hevülő népfajok tudatlan képviselőinél kellően figyelembe veendők a pillanatnyi felhevülés, félelem vagy szomorúság nyilvánulásai, s főként teljes bizonyossággal megállapított állandó levertségre, makacs szótlanságra s ételek állhatatos visszautasítására kell támaszkodni.

Delirium tremens heveny rohamaiban szenvedők elmebetegeknek nyilvánítandók. Oly egyének, kiknél az alkoholismus kevésbé nyilvánul heveny tünetekben, azon egyének rovatába sorolandók, a kiknél annak veszélye forog fenn, hogy eltartásukról az állam kellene hogy gondoskodjék, ugyanide sorolandók egyszerű epilepsia vagy hysteria esetei is.

Elmebetegségi bizonyítvány kiállításánál legalább két egészségügyi tisztviselő müködjék közre, ha pedig ez nem volna lehetséges, úgy a hatósági orvos tegyen előterjesztést egy helybeli jónevű orvos igénybevételére s a bizonyítványt ezzel együttesen állítsák ki.

A megfigyelési napló, melynek alapján az elmebetegségi bizonyítvány kiállíttatott, maradandó okiratként őrzendő meg. Ezen okiratnak a mellékkörülményeken kivül tartalmaznia kell a tárgyilagos tüneteket, a hallucinatiók jellegét, a levertségi vagy izgalmi tüneteket s azon különleges körülmények rövid vázlatát, a melyek miatt az eset megfigyelés tárgyává tétetett.

IV. alosztály. Hülyeség.

Hülyeség megállapításánál a következő meghatározás szolgáljon útmutatóul:

Hülyének nevezendő oly egyén, a ki akár öröklött, akár a korábbi életkorban fejlődött olyfokú elmegyengeségben szenved, a mely képtelenné teszi arra, hogy megélhetéséről, egyéni szükségleteiről s érdekeinek megóvásáról önmaga gondoskodjék. (Richardson.)

A hülyeség oly elmebeli fogyatékosság, mely vagy veleszületik az egyénnel, vagy pedig oly okokból származik, melyek a korai életévekben az értelmiség kifejlődését meggátolják; az egyes egyéneknél különböző fokban jelentkezik. (Maudsley, Standard Dictionary; elmebetegek beszámithatósága, 3. fejezet, 66. old.)

Oly elmebajban szenvedő egyénekről, a kikre a „hülyeség“ és „elmebetegség“ fenti definitioi nem alkalmazhatók, a bizonyítvány oly kifejezésekkel szerkesztendő, a melyek minden egyes esetben a lehető legvilágosabb tájékozást nyujthatják a fogyatékosság fokáról.

B) osztály. Kizárandók oly idegenek, a kiknél annak veszélye forog fenn, hogy eltartásukról az államnak kellene gondoskodni.

Ezen rovatba sorolandók mindazon betegségek és fogyatékosságok, a melyek az egyént alkalmatlanná tehetik arra, hogy önfenntartásáról maga gondoskodjék. A kiállítandó bizonyítvány minden egyes esetben oly világos legyen, hogy a biztos, a ki a végérvényes itélet kimondására van hivatva, tisztán megitélhesse azt, hogy mily mérvben válhatik a betegség vagy fogyatékosság a bevándorló önfenntartásának akadályává.

Hogy a *B*) rovatba sorolandó bizonyítványoknak miért kell igen világosaknak lenniök, az könnyebben érthetővé válik annak kiemelésével, hogy a felülvizsgáló bizottságnak az eléje terjesztett bizonyítványok alapján kell véleményt mondania, s e vélemény lesz leginkább mérvadó annak eldöntésénél, hogy a bejelentett bevándorló visszautasíttassék-e, avagy csak bizonyos feltételek mellett, vagy feltételek nélkül bocsáttassék-e be.

Megjegyzendő, hogy a felülvizsgáló bizottság, melynek tagjai nem orvosok, gyakran kizárólag az orvosi bizonyítvány alapján dönt az iránt, hogy a szóban forgó bevándorló a kizárandó rovatok valamelyikébe tartozik-e vagy sem; kiemelendő továbbá, hogy a kiadott orvosi bizonyítvány az államkincstárnál állandóan megőriztetik, felebbezési esetekben a törvényes eljárás és hivatalos vizsgálat alapját képezi s oly okmány, mely irányadóul szolgál minden „habeas corpus“ ügynél (eljárásnál), vétségeknél vagy egyéb bűnügyi és polgári törvényes eljárásoknál.

Ép ezért, valahányszor valakit azért utasítanak vissza, mert annak veszélye forog fenn, hogy eltartása az állam terhére eshetik, a legnagyobbb figyelem fordítandó arra, hogy:

Először: Mindenkor, a mikor csak lehetséges, a betegség hivatalos elnevezése után a szakszerű elnevezés kitétessék.

Másodszor: Ezen meghatározáshoz kiegészítésül oly világos nyelvezettel irt magyarázat vagy megjegyzés füzessék, a milyen szükségesnek mutatkozik arra, hogy a felülvizsgáló bizottság az illető idegen fogyatékosságának horderejéről és mértékéről magának tiszta véleményt alkothasson.

Ha az egészségügyi tisztviselő kivánatosnak tartja a kiállított bizonyítványnak további irásbeli vagy szóbeli magyarázatokkal való kiegészítését, gondoskodjék arról is, hogy e pótlások az eset ügyiratába szabályszerűen fel is vétessenek.

Az ügy természetéből kifolyólag világos, hogy mindazon betegségeket és fogyatékosságokat, melyek ezen rovatba tartozhatnak, felsorolni lehetetlen. A leggyakoribb esetek azonban a következők:

1. Sérv. Sérves egyénekről kiállítandó bizonyítványoknál a következő pontokra kell figyelni: *a*) Az egyén foglalkozására s arra, hogy mily mérvben akadályozhatja esetleg a sérv az illetőt kenyérkeresetében. *b*) Vajjon nem állhat-e be egyhamar műtét szüksége; ha igen, úgy a gyógykezelés minden valószinűség szerint közkórházban volna végrehajtandó, miáltal az illető eltartása legalább is nehány hónapig az állam terhére esnék.

2. Szivbillentyűbántalom. Kifejezett szivbántalmak rendszerint már a tájékoztató szemlénél felfedezhetők erősen domborodó körmök, a fülczimpák s az orrszárnyak körül található kóros elváltozások, ezen testrészek körvonalainak elmosódottsága, nehézlégzés s szivbajosokra nézve jellemző különös halványság által. Oly egyének szive, a kiknek arcza, nyaka vagy végtagjai táplálkozási zavarok tüneteit mutatják, mindenesetre megvizsgálandó. Gyakorlati szempontból czélszerű mindazon egyének szivét megvizsgálni, kiket másodszori vizsgálat czéljából tartatnak vissza. Szivbajosokról kiállítandó bizonyítványoknál mindig szem előtt tartandó azon körülmény, hogy e betegség rosszabbodásra szerfelett hajlamos s ez esetben az illető betegek könnyen válhatnak közkórházak vagy jótékony intézetek állandó lakóivá, a hol minden valószinűség szerint hosszú időn át esnek az állam terhére.

3. Terhesség. Minden terhes nő másodszori vizsgálatnak vetendő alá s megállapítandó, hogy körülbelül hány hónapos terhes; e körülmény közlendő az ellenőrző bevándorlási felügyelővel, a kinek kötelessége a terhesség törvényességét megállapitani. Ha a nő törvénytelenül terhes, úgy róla egészségi állapotát feltüntető bizonyítvány állítandó ki.

Ha a terhesség annyira előrehaladott, hogy a továbbutazás komoly veszélylyel járna, a nő visszatartandó s a bevándorlási felügyelőnek határozathozatal végett bejelentendő.

4. Gyenge testalkat. E rovatba sorolandók oly egyének, kiknek testalkata folytán nyilvánvaló, hogy képtelenek lesznek kenyerüket kezük munkájával megkeresni. Az úgynevezett „tyukmellű“ emberek, s különösen oly egyének, kiknél a tüdőgümőkór némely physikális tünetei megvannak ugyan, de bacillusok a köpetben ki nem mutathatók, szintén ezen rovat alatt jelentendők be.

5. Idült csúz. Ily esetek bejelentésénél tartsa a vizsgálatot végző orvos szem előtt azon egyének nagy számát, a kik ezen okból képezik kórházaknak, gyógyíthatlan betegek menhelyeinek stb. lakóit.

6. Idegbajok. A vizsgálatot végző orvos legyen különös tekintettel oly egyének nagy számára, a kik ataxia locomotoria, paraplegia spastica vagy egyéb gyógyíthatlan idegbaj miatt szorulnak közjótékonysági intézetekre. A tájékoztató szemle alkalmával követelje a vizsgálatot végző orvos meg, hogy kézen hordott gyermekek a földre állíttassanak s győződjék meg, hogy járni képesek-e. Gyermekkori hűdésnek számos esete lett ily módon felfedezve.

7. Rosszindulatú álképletek. E rovatba sorolandók carcinomások, sarkomások stb., oly egyének, a kik az „undorító“ betegségek rovatába nem sorolhatók ugyan, de a kiknek bizonyítványában a betegség gyógyíthatlanságát nem lehet elég nyomatékkal hangsúlyozni.

8. Testi hibák. Mindazon esetek, a hol oly testi hibák találtatnak, melyek az illetőt kenyérkeresetében akadályozhatják, bejelentendők s a fogyatékosság foka minden egyes esetben kitüntetendő. Gyakrabban előforduló hibák a kyphosis, scoliosis, a végtagok csonkasága stb.

9. *Elaggottság és gyengeség.* Elaggott egyének, kik aligha lesznek képesek önmagukról gondoskodni, bejelentendők. Oly nagymérvű elgyengülés esetei, melyek nyilvánvalóan még kórházi ápolás által is aligha javulhatnak, bejelentendők s a prognosis minden egyes esetben kitüntetendő.

10. *Visszértágulatok.* Ha valamely bevándorlónál kifejezett visszértágulatok találtatnak, s főként ha ezek az alsó végtagokon vannak, az eset bejelentendő. Kiemelendő ezeknél a fekélyképződésre való hajlam s különös nyomaték helyezendő azon körülményre, hogy ily esetek gyakran igényelnek hónapokig tartó kórházi kezelést.

11. *Látóképesség.* A látóképesség komoly zavarai, beleértve a szem fénytörésének nagyfokú hibáit, a látóidegsorvadást, chorioiditist, retinitis pigmentosát stb., bejelentendők. Valahányszor a tiszta látás hiányossága a távolságtól függetlennek tünik fel, a szemek szemtükörrel vizsgálandók meg.

12. *Általános észrevételek.* Minden oly betegség vagy fogyatékosság, mely a fenti rovatok egyikébe sem sorolható, de a bevándorlót kenyérkeresetében gátolhatja, bejelentendő. E rovatba sorolandók a szemen lefolyt lobos folyamatok oly utókövetkezményei, a melyek a „veszélyes fertőző betegségek" osztályzatába be nem illeszthetők. Ilyenek pl. a conjunctiva hegei, entropium, a szarúhártya beszűrődései stb. Valahányszor a vizsgáló orvosnak kételyei vannak az iránt, vajjon fennforog-e valamely egyénnél annak lehetősége, hogy betegsége vagy fogyatékossága folytán eltartása az állam terhére eshetnék, állítson ki az esetről bizonyítványt, mert ily esetekben az intézkedésekért a felülvizsgáló bizottság van hivatva a felelősséget elvállalni.

Kórházi esetek.

Minden oly esetben javaslatba hozandó a kórházi kezelés, a melyben a vizsgáló orvos azon nézeten van, hogy:

Először. A kórisme teljes megállapítására behatóbb vizsgálatra volna szükség annál, mint a milyen a szemle alkalmával teljesíthető.

Másodszor. A bevándorló, elmebeli vagy testi állapota miatt, útját tovább nem folytathatná.

Ajánlatos továbbá, hogy a vizsgáló orvos a kivándorlási biztosnak minden oly bevándorlót, a ki valamely betegség folytán közjótékonysági intézetre szorulhat, kórházban való visszatartásra hozzon javaslatba.

Ragályos betegségeknél arra kell minden lehető módon törekedni, hogy az eljárás az Egyesült-Államok vesztegzári törvényeinek és utasításainak, valamint az illető állomáshely törvényeinek és utasításainak megfeleljen."

* * *

A mondottakból világosan kitünik, hogy az Egyesült-Államoknak ezen utasítással az a főczélja, hogy bárkit visszautasíthasson, ha más czimen nem lehet, úgy azon, hogy az illetőt egy vagy más, esetleg igen jelentéktelen fogyatékosság alapján besorozza azok közé, a kiknél annak veszélye vagy eshetősége állhat be, hogy az államnak kellene eltartásáról gondoskodnia. E rovat czíme angolul: „likely to become a public charge." Az idesorozás felett nem orvosok itélnek, hanem laikusok, tisztviselők, a kiknek minden esetben hatalmukban van úgy dönteni, a hogy épen az állam érdekei megkivánják. Ha több munkásra van Amerikának szüksége, enyhén itélnek, ha nincs szüksége, úgy e czimen, ha akarják, akár egész hajószállítmányokat is visszautasíthatnak.

A mi e szabályzat tisztán orvosi részét illeti, gyakorlatból tudjuk, hogy ez idő szerint a fősúlyt a szemvizsgálatra fektetik. El nem mulasztható azonban annak kiemelése és hangsulyozása, hogy a „trachoma" rovat, mint látható, nemcsak igazi trachoma megjelölésére szolgál, hanem bármely lobos szembántalomra is alkalmazható, secundum ingenium doctorum, s a szerint, hogy Amerikának több vagy kevesebb emberre van-e szüksége. Hogy az utóbb emlitett két körülmény játszsza a szemvizsgálatnál a főszerepet, azt minden két hétben van alkalmunk Fiumében is tapasztalni, de világosan kitünik magából a trachoma-fejezet szövegéből is, valamint az előbb emlitett osztályzatnak, a „likely to become a public charge"-nak nagyon erős és gyakori hangsúlyozásból.

Igen praktikus mód ez a bevándorlás mértékének mindenkori irányitására, korlátozására vagy emelésére a hygiene segitségével. Absolut szabad kezet nyujt a B. osztályzat mikénti alkalmazása az Egyesült-Államoknak abban, hogy nemzetgazdászati érdekeit mindenkor védelmezhesse, de egyszersmint oly példáját adja az egészségügy fontos szerepének a közgazdaság terén, a mely kivánatossá teszi, hogy kivándorlási kérdéseink további fejlődésében, valamint a visszavándorlás nehéz problemájának megoldásában nálunk is követésre találjon. Hasonló elvekkel mi is erős gátakat teremthetünk egyes vidékeink elnéptelenedése ellen, mert útmutatást nyertünk arra, hogy mely nyomon érhetjük el kivándorlásunk helyes mederbe való terelődését s mily eszközök segitségével mozdíthatjuk elő kivándorlóink rendszeres visszavándorlását. Kétségtelen, hogy már magának az amerikai egészségügyi utasításnak minél szélesebb körökben való megismerése érezhető befolyást fog gyakorolni azon kivándorolni szándékozók számának csökkenésére, a kik Budapestnél, Fiuménál vagy Hamburgnál tovább amúgy sem jutnak.

Tauffer Emil dr. m., kir. tengerészeti hatósági és fiumei kormányzósági orvos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

L. Nattan-Larrier: Les médications préventives. Sérothérapie et bactériothérapie. Paris, Baillière et fils. 1905.

Eltekintve a nagyobb bakteriologiai tan- és kézikönyvektől, melyek a fertőző betegségek megelőzésére ajánlott praeventiv eljárásokkal is foglalkoznak: az utóbbi időben már több oly munka áll rendelkezésünkre, a mely kizárólag a modern bakteriologiai ismereteken alapuló védoltó eljárásokat tárgyalja, kapcsolatban a bakteriologiai gyógyitó módok leirásával. Ezek a munkák azonban behatóan ismertetik ezen eljárások tudományos megokolását is és nagyon bőven foglalkoznak az immunitás problemáinak fejtegetésével, e miatt azután túlságosan terjedelmesek arra, hogy az idővel csak szűkesen rendelkező gyakorló orvosok által való tanulmányoztatásra számot tarthatnának. Nagyon helyesen cselekedett tehát az „Actualités médicales" czímű vállalat kiadója, a mikor egy oly kisebb terjedelmű munka elkészítését határozta el, a mely a gyakorlat igényeinek szemmeltartásával foglalja egybe mindazt, a mit úgy a módositott bakteriumokkal avagy a bakteriumtermékekkel elérhető activ immunizálás, mint az immunserumokkal való passiv immunizálás terén eddig tudunk. A nagyon ügyesen összeállitott, összesen 96 lapra terjedő munka a diphtheria ellenes védoltás ismertetésével kezdődik, kimeritően leirva mindazt, a mire a diphtheria-ellenes serumnak védoltó anyagként alkalmazásakor szükség lehet. A diphtheriáról szóló ezen legnagyobb fejezetet a tetanus, a streptococcus-fertőzés, a pestis, a cholera, a typhus és végül a sárgaláz-ellenes védoltásokat felölelő fejezetek követik. A kis munka, melynek ára is nagyon mérsékelt (kötve 1½ frank), mindenesetre jó szolgálatot fog tenni abban az irányban, hogy az újabb bakteriologiai védoltó módszerek ismerete az orvosok körében lehetőleg elterjedjen, a mi nagyon kivánatos is. Még kivánatosabb azonban az, hogy a módszerek tökéletesedjenek és hogy valamennyi fertőző betegségre megtaláljuk a biztos, könnyen kivihető és ártalmatlan védoltó eljárásokat. Reméljük, hogy újabb kiadásában a munka már tetemes haladásról fog beszámolhatni.

Pesti Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és czímtára. Budapest, 1905. A „Petőfi"-vállalat kiadása.

Pesti Alfréd, a Szt.-Lukácsfürdő részvénytársaság főtitkára, az idén már tizenötödik évfolyamát adta ki ezen hézagpótló, közhasznú munkájának, a melyet a magyar orvosi közönség évről évre szivesebben fogad, mert igazán nélkülözhetetlen segédkönyvének tekinti és mert az ügybuzgó szerkesztő évről évre javitja, kibővíti és tökéletesbíti az évkönyvet. Megtaláljuk e műben a székes főváros és az összes magyar vármegyék, továbbá Horvát-Szlavonország és Bosznia meg Herczegovina orvosainak teljes névsorát, azután az 1904. évben elhunyt orvosok névjegyzékét, szintúgy az egyetemek, nyilvános meg magánkórházak és egyéb orvosi intézetek személyzetének, valamint a különböző hatósági orvosoknak névjegyzékét.

Megelégedéssel kell elismernünk, hogy az évkönyvben foglalt nagyszámú személyi adatok — hála a szerkesztő fáradhatatlan ügyszeretetének — igen megbizhatók és pontosak; az óriási adatgyüjteményben elenyészően csekély az elkerülhetetlen tévedések száma.

Az évkönyv bő és érdekes tartalmából kiemeljük, hogy az idén is közli a lefolyt évben a közegészségügyre vonatkozólag kibocsátott ministeri rendeleteket és elvi jelentőségű határozatokat, továbbá az összes magyar gyógyhelyek és gyógyforrások betűsoros lajstromát és rövid ismertetését.

Az évkönyvben a magyar orvosi bibliographiát az 1904. évre folytatólag *Schulhof Vilmos* dr. állította össze gondos figyelemmel és ügyesen.

Az évkönyv előfizetői ingyenes mellékletekül kapják a *Thim József* dr. által szerkesztett tanulságos „Magyar orvosi útmutató"-t, továbbá a napi jegyzetek számára szolgáló és közkedveltségnek örvendő négyrészű zsebnaptárt. *Tihanyi Mór* dr.

Uj könyvek. *G. Mense:* Handbuch der Tropenkrankheiten. I. Band. Leipzig, A. Barth. — *P. Bessow*: Das Radium und die Radioactivität. Leipzig, A. Barth. — *L. Hirschlaff*: Hypnotismus und Suggestiv-Therapie. Leipzig, A. Barth. — *F. Kirstein:* Leitfaden für Desinfektoren. II. Auflage. Berlin, J. Springer. — *Ch. Achard:* Le role du sel en thérapeutique. Paris, Masson et comp. — *H. Roger:* Introduction a l'étude de la médecine. Deuxième édition. Paris, Masson et comp. — *H. Triboulet, F. Mathieu* et *R. Mignot:* Traité de l'alcoolisme. Paris, Masson et comp. — *P. Bonnier:* Le vertige. Deuxième édition. Paris, Masson et comp. — *G. Weiss:* Précis de physique biologique. Paris, Masson et comp. — *Dagron*: Massage des membres. Paris, G. Steinheil.-*W. J. Stewart Mc Kay:* The preparation and after-treatment of section cases. London, Baillière, Tindall and Cox. — *J. J. Graham Brown*: The treatment of nervous diseases. Edinburgh and London, Green, William and Sons. — *J. Hutchinson*: The surgical treatment of facial neuralgia. London, J. Bale, Sons and Danielsson.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A digitalis-therapia javalatairól és használatmódjáról tartott klinikai előadásában *Eichhorst* tanár sok oly dolgot említ, a melynek emlékezetbe hozása haszonnal járhat a gyakorló orvosra. Mindenekelőtt kiemeli, hogy a digitalis csupán szivizomgyengeség eseteiben teljesen megbizható szer; eddig még nem ismerünk szívizomtonicumot, a mely csak megközelítően is oly gyorsan és biztosan erősitené a kimerült szivizomzatot — legyen ezen kimerülés oka billentyűbántalom, a szívizom megbetegedése, idült légzőszervi betegség, vesezsugorodás, fertőző betegség, általános gyengeség, idült alkohol- és nicotin-mérgezés, psychikus izgalom —, mint a digitalis. Felemliti, hogy tekintélyes szerzők is még mindig különbséget tesznek a digitalis használhatóságát

illetőleg mitralis- és aortabillentyű-bajok között, ut óbbiaknál ellenjavaltnak mondván a digitalist; szerinte ez nem áll: a digitalis egyformán jó eredményeket ad a szív erősítése tekintetében, akár mitralis-, akár aortabillentyű-baj vezetett a szivizomgyengeséghez. Nagyon kérdésesnek tartja, vajjon a szívidegekre képes-e a digitalis lényegesebb befolyást gyakorolni; azt hiszi, hogy az ideges szívbajokban digitalis után néha mutatkozó javulás olyan módon áll be, hogy a szívidegmegbetegedés következtében a szivizom is bántalmazva lett és ezt befolyásolja kedvezően a digitalis. A mi a használatmódot illeti, most már több mint tiz év óta úgyszólván kizárólagosan por alakban használja a digitalist, többnyire diuretinnal együtt: Rp. Folior. digital. pulverat. 0·1; Diuretini 1·0; Sacchari 0·3. M. f p. D. tal. dos. Nr. X. S. Naponként 3 port bevenni. Ilyen módon a digitalis hatása leggyorsabban, legbiztosabban és legkevesebb kellemetlen mellékhatás kiséretében áll be. Betegei átlag 30 port vesznek be egyhuzamban; néha természetesen kevesebb is elégséges, máskor meg többre is lehet szükség. Ezzel kapcsolatban megemlékezik az idült digitalis-használatról, a melylyel némely szívbajosnál nagyon jó eredményt lehet elérni; úgy jár el, hogy az emlitett digitalis-adagot addig csökkenti, a meddig a betegek subjective jól érzik magukat és a szív ereje objective is kielégítőnek bizonyul. A digitalis cumulativ hatásától azelőtt túlságosan féltek: ebben a tekintetben ma már fordulat állott be. Szerző nem igen emlékszik esetre, melyben — noha nagyon kiterjedt tapasztalatai vannak és elég nagy adagokat használ — cumulativ hatás mutatkozott volna. A digitalis irányában érzékeny némely beteg jobban tűri a szert, ha ostyában adjuk egy órával a főétkezések után és egy korty kávét kevés cognakos vízzel itatunk utána. A digitalist a vázolt módon használva, hatása rendszerint már az első 24 órában mutatkozik. Ha 48 órán belül semmi befolyás sem jelentkezik, akkor nagyon kétséges, vajjon egyáltalában várhatunk-e még eredményt. A kisérletet azonban sohasem szabad nagyon korán abbahagyni, mert a digitalis hatásában olykor nagy szeszélyesség mutatkozik: ugyanannál a betegnél egyszer vagy többször is teljesen hatástalannak mutatkozik, mig egy újabb kisérlet alkalmával gyors és kitünő hatás áll elő. Ezt olyasképen véli magyarázhatónak, hogy szivizomgyengeség sok esetében a szivizom túlságosan kitágult; ha ez a tágulat egy bizonyos mértéket meghaladt, akkor digitalisra nem reagál; a mikor azonban például tartós ágynyugalom mellett a túltágultság visszafejlődik, beáll az az időpont, a mikor a szivizomra való hatás ismét kifejezésre juthat. A szív túlságos kitágulásán kivül vannak még egyéb körülmények is, a melyek között a digitalis diuretinnal együtt nem használ; ilyen a cyanosis és a nehézlégzés; ilyenkor a digitalist excitáló szerekkel kell együtt adni (cognac, erős bor, naponként háromszor bőr alá egy-egy köbcentimeter oleum camphoratum). Fertőző betegségekben a fenyegető szivizomgyengeség ellen a digitalist coffeinnal együtt adja: Rp. Coffeini natrio-salicylici, Glycerini, Aquae destillatae aa 5·0. M D. S. Naponként 1—3 köbcentimetert a bőr alá. Olyankor, a mikor a vizelet mennyisége rohamosan megszaporodik, többször észlelhető delirium, úgynevezett resorptiós delirium, a melynek oka a vizenyő gyors felszívódása folytán a véráram útján az agyhoz is vitt mérgező hatású anyagoknak az agyra gyakorolt hatásában keresendő. Végül még azt a kérdést fejtegeti szerző, hogy mikor kell a digitalis használatát félbeszakitani; ennek szükségessége véleménye szerint akkor áll be, ha a pulsus-szám perczenként 60 alá sülyed. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 2. sz.)

Sebészet.

A scapula osteomyelitisénél követendő műtéti eljárásról számol be *Bockenheimer*. Minthogy a czimben emlitett megbetegedésnél számos fertözött velőür van jelen a csont szélein és nyújtványaiban, a kóros folyamatot nem sikerül egy helyen való felvéséssel megközelíteni. Legészszerűbb tehát az egész scapulát kiirtani, hacsak nem sikerül a kóros folyamatot jókor megkezdett kezeléssel megállapodásra birni. Súlyos esetekben, a melyekben már az általános fertőzés tünetei jelentkeznek, a teljes kiirtás vitalis indicatio alapján végzendő. De könnyebb esetekben is legjobb ezt a módszert választani, mert az utókezelés nagyon egyszerű, a gyógytartam rövid, és a kar functioja később kifogástalan. Szerző részletesen leirja a műtét kivitelét, melynél három dologra kell nagy súlyt fektetni: 1. a scapula exact subperiostalis kihámozására, 2. az izmok tapadási helyeinek, valamint a fontosabb idegtörzseknek kimélésére és 3. a gondos utókezelésre. Teljes kiirtással kezelt két eset kimeritő ismertetése fejezi be a közleményt; mindkét esetben kitünő volt az eredmény, a mit az is bizonyit, hogy a betegek egyike jelenleg képes akrobata mesterségét folytatni. A csontregeneratio a Röntgen-felvételeken jól látható. (Archiv für klinische Chirurgie, 75. kötet, 1. füzet.)

Nagyon lassú narcotizálás czimmel *Effertz* egy mexikói orvos chloroformozásmódját irja le, mely abban áll, hogy az álarczot körülbelül 10 centimeternyi távolságban tartja az elaltatandótól és csak hosszabb időközökben cseppent néhány cseppet reá. Ilyen körülmények között a narcosis ugyan csak 2—3 óra mulva következik be, excitatiós stadium azonban nincsen, még nagy mértékben iszákosoknál sem, úgyszintén hányásinger vagy hányás sem jelentkezik. (Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 51. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Torpid jellegű subchronikus izületi csúz esetében *Boada Calzada* nagyon dicséri a jodoformot 1 centigrammos pilulák alakjában; 6—8 labdacs veendő be. (La semaine médicale, 1904. 51. szám.)

Az eczema kezelésére használt újabb szerek közül *Mayer* nagyon ajánlja a lenigallol-zinkpastát, mint a melylyel a madidans stadiumban eddig legjobbnak tartott Hebra-kenőcs nagyon jól pótolható. A nedvezést 2—3 nap alatt megszünteti, a viszketés úgyszólván rögtön elmulik. A lenigallol-zinkpasta reggel és este alkalmazandó; a régi pasta vaselinnel távolittatik el dörzsölés nélkül. Eleinte 10%-os pastát használunk, de hamar áttérünk 20%-osra. A pasta késfoknyi vastagságban lesz felkenve és vattával befedve, kötéssel rögzitve. A kátránynyal való utókezelésre szerző az újabb szerek közül az anthrasolt ajánlja. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1904. 30. szám.)

Angina lacunaris és diphtheria néhány esetében feltünő jó eredménynyel használta *Justi* az 5%-os vizes collargol-oldatot a kóros részek beecsetelése alakjában. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 49. szám.)

A külsőleg használható salicylkészítményekről közöl czikket *Müller*, sorra véve az idetartozó újabb készitményeket. Egyenlő gyógyitó hatás mellett legtöbb kellemetlenséggel (eczema és erős szag) jár az oleum gaultheriae (salicylsav methylestere) használata; a mesotan még kellő higitás esetén is elég gyakran okoz urticariaszerű küteget; salit (salicylsav bornylestere) alkalmazása után csak nagyon kivételesen észlelhetők börkiütések, a salit szaga is nagyon gyenge; salocreol használata után jelentkezett kellemetlen mellékhatást eddig még nem irtak le. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 37. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1905. 5. szám. *Berczeller Imre:* A méhvérzésről. *Rosenák Miksa* és *Feldmann Ignácz:* Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus.

Budapesti orvosi ujság, 1905. 4. szám. *Szontagh Felix:* Az infantilis gümőkór néhány kérdéséről. *Schaffer Károly:* Megjegyzések az elfajulásról törvényszéki elmekórtani szempontból. *Váradi Zsigmond:* A némaságról és a siketnémák oktatásáról. *Minich Károly:* A gyermekölés vízbefulasztás útján. *Ursziny Gyula:* A fertőző betegségek ellen való harcz kérdéséhez.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 4. szám. *Dirmoser:* Hyperemesis és eklampsia. *Haim:* Pneumococcus-epityphlitis. *Jonas:* Az eumydrin hatása phthisikusok éjjeli izzadása ellen. *Sorgo:* Gégegümőkór kezelése napfénynyel. *Neudörfer:* Intravenosus oxygen-infusio. *Zdarek:* A cholin biologiai hatása.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 5. szám. *Klein:* Az Adria melléke a szemorvos szempontjából. *Hofer:* Adatok az otogen agyhártyalob ismeretéhez. *Herz:* Ritka szülészeti és nőgyógyászati esetek. *Martell:* A kezdődő gümőkór kezelése calomellel. *Ajello, de Meis* és *Parascandolo:* Kryoskopia a májinsufficientia felismerésére.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 5. szám. *Pels-Leusden:* Ficzamodások a talocruralis izületben. *Blumenthal:* Bélrothadás icterus catarrhalisban. *Helmbold:* Császármetszés két rhachitikus törpe nőn. *Neuberg:* Rendellenes erjedő folyamatok rák eseteiben. *Wagener:* Az elsődleges bélgümőkór gyakorisága Berlinben. *Salge:* Csecsemőkori bélbajok.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 4. szám. *Tillmanns:* Kezelés visszeres pangással. *Casper:* A vesegümőkór diagnostikája és therapiája. *Edinger:* Az idegrendszer kopási betegségei. *Barth:* A kétoldali facialis-hűdés tünettana. *Libbertz* és *Ruppel:* Marhák immunizálása gümőkór ellen. *Fischer:* Chorionepithelioma és luteincysták. *Brat:* Fehérjék, peptonok és peptidek befolyása a vérmegalvadásra. *Floret:* Citarin húgysavas diathesis ellen.

La semaine médicale, 1905. 4. szám. *Cheinisse:* A Mikulicz-féle betegség.

The lancet, 1905. I. 4. szám. *V. Warren Low:* A Richter-féle hernia. *C. W. Paget Moffatt:* Myelopathiás albumosuria. *P. Paterson:* Betokolt agytályog esete. *W. Ford Robertson* és *H. Wade:* A rák aetiologiája. *F. C. Wallis:* Paraffin-injectio. *J. W. Russell:* Agyvérzés és atmosphaera-viszonyok közötti összefüggés. *J. H. Dauber:* A ligamentum ovarii és szerepe az ovariumok eltávolitása után keletkező terhességben. *Clayton A. Lane:* Kettéosztott méh és hüvely; terhesség a jobb félben. *Prosper St. Leger Liston:* Bélférgek okozta erős köhögés és súlycsökkenés. *W. Murrell:* Conjunctivalis arthritis esete.

British medical journal, 1905. január 28. *Mayo Collier:* Dysphagia. *W. Milligan:* A homlokürecgenyedés sebészi kezeléséről 40 eset kapcsán. *S. Moritz:* Az orrmelléküregek betegségeinek viszonya az általános betegségekhez, a szem- és idegbajokhoz. *A. Bronner:* Az orrbetegségek viszonya más szervek kóros állapotaihoz. *A. L. Whitehead:* Orrbaj okozta fejfájás. *A. Edmunds:* Rhinitis caseosa. *H. Smurthwaite:* Idült otitis media suppurativa. *J. Ward Cousins:* A postnasalis adenoidok kezelése. *N. F. Mc Hardy:* Urotropin használata paralysisben. *Ch. Mackey:* Az agy és kisagy gümőkórjának esete. *R. C. Nicholl* és *H. F. B. Roberts:* Szívruptura esete.

New-York and Philadelphia medical journal, 80. kötet, 21. szám. *W. H. Thomson:* Belső secretiók. *W. Meyer:* Nephrotomia és ureterotomia beékelt ureterkő eseteiben. *A. S. Wilner:* Elsődleges orrdiphtheria. *H. Boyd Masten:* Szabadban élés tüdőgümőkór eseteiben. *J. A. Blake:* A diffus peritonitis kezelése. *M. K. Elmer:* Fogsor vándorlása a gyomorbélhuzamon át. *L. Lofton:* Varicocele új műtevésmódja. 22

szám. *H. W. Wiley:* A methylalkohol sajátságai és használata. *Milton Franklin:* Radiotherapia. *Ch. A. L. Reed:* Idült dyspepsia egyes eseteinek sebészi kezelése. *Th. R. Pooley:* A csecscsont, a fül és a hangvezető fibromája. *W. M. Bispham* és *I. A. Nydegger:* Alszár varixok kezelése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. február 3.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 3. hetében (1905. január 15-től január 21.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 384 gyermek, elhalt 360 egyén, a születések tehát 24-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 23·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22·4, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 5, meningitis tuberculosa 1, apoplexia cerebri 9, convulsiones 7, paralysis progress. 13, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordi. 17, morbi myocardii 3, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 10, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 7, 5 éven felüli 3, pneum. catarrh. 6, pneumonia 32, pneumonia crouposa 3, tuberc. pulmonum 77, emphysema pulm. 8, pleuritis 3, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 1, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 2, alii occl. intestini 0, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 4, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 3, nephritis 7, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org gen. 0, m. cut. et t. cell. 4, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 17, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 1, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 2, scarlatina 9, pertussis 0, croup laryngis 0, dipht. faucium 0, influenza 11, febris puerperalis 0, lues congenita 2, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 9, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 2. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3795 beteg, szaporodás 907, csökkenés 846, maradt e hét végén 3779 beteg. *b*) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 114 (147), vörheny 79 (61), álh. gége- és roncsoló toroklob 63 (27), hökhurut 8 (9), gyermekágyi láz 0 (1), hasi hagymáz 4 (2), hímlő 0 (0), álhímlő 0 (0), bárányhimlő 22 (26), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 4 (2), trachoma 11 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

⊙ **Kitüntetések.** A király *Polnisch Artur* dr. lőcsei kórházi főorvosnak a közegészségügy és a közügyek terén szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét, *Réthy Sándor* dr. ökörmezei járásorvosnak pedig buzgó szolgálatai elismeréséül a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

♂ **Győry Tibor** dr. egyetemi magántanárt a m. kir. állatorvosi főiskola az állatorvostan történelmének mint kötelező tantárgynak előadására meghivta.

∞ **Magántanári próbaelőadás.** *Beck* Soma dr., a Bródy Adél-gyermekkórház rendelőorvosa a mult héten tartotta meg az orvosi egyetem szemészeti tantermében magántanári próbaelőadását nagyszámú hallgatóság jelenlétében. Az előadás tárgya volt: Gyermekkori bőrbajok összefüggése a belső szervek megbetegedéseivel.

< **Uj orvosegyesület.** Mult hó 14-dikén tartotta alakuló közgyülését a *Pécsi orvosegyesület.* Elnöke lett: Doktor Sándor dr. bábaképző intézeti igazgató tanár, alelnök: Loránt Lipót dr., titkár: Blau Adolf dr., pénztáros: Folly Gyula dr., jegyző: Cholnoky Ferencz dr. A kizáróan tudományos jellegű egyesületnek Pécs vidékéről is számos tagja van. Alapszabályai közé pedig fel van véve, hogy tudományos havi ülésein kivül időnként sorozatos előadásokat is rendez az orvostudomány egyes ágaiból s ezzel a szünidei orvosi cursusok missioját igyekszik majd, a mennyire a helyi viszonyok engedik, előmozditani.

+ **Az olcsó lakások ügyének előmozdítására** eddigelé már hat izben tartottak nemzetközi congressusokat. A hetedik congressus folyó évben augusztus 7-dikétől 10-dikéig *Lüttichben* fog székelni, a hol tudvalevőleg ebben az évben nagy nemzetközi kiállítást is rendeznek. A congressus, melynek elnöke *Smet de Naeyer* pénzügyminister, *Francotte* kereskedelmi minister és *Van der Bruggen* földmivelésügyi minister, a munkáslakások fontos kérdéseinek majdnem minden részletét karolja fel. A congressus napirendjére ugyanis a következő kérdések vannak kitűzve: az állami és városi hatóságok feladata a munkáslakások felállitása körül; az adók és illetékek befolyása a munkásházak keletkezésére, a lakások közegészségi ellenőrzésére; általános szabályozási tervek; közkertek; a munkáslakások külsinje; a lakásügy közegészségi, közgazdasági és társadalmi állapotának statistikai tárgyalása. A tagsági díj 10 frank. Közelebbi értesitések nyerhetők *Körösy József* dr. úrnál, a fővárosi statistikai hivatal igazgatójánál.

⊕ **A tiszti orvosi vizsgára előkészitő cursusok Kolozsvárt** márczius hó 15-dikén kezdődnek. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágositást nyujt Jakabházy Zsigmond dr. gyógyszertani adjunctus Kolozsvárt.

/ **Epileptikusok elhelyezése.** Deczember havában Magyarevics Mladen dr. Budapest székes főváros főorvosa és Almády tanácsnok Balfon jártak a gyógyfürdőben már egy év óta fennálló epileptikus gyógy- és nevelőintézet megtekintése végett, mivel az állam az országos betegápolási alap terhére már nagyobb számú epileptikus beteget helyezett el ezen intézetben és Budapest főváros is ott akarja elhelyeztetni epileptikus betegeit annyival is inkább, mert e betegek mások helyét foglalják el a közkórházakban, de másrészt e betegek nem is valók kórházakba, hanem külön e czélra berendezett intézetekbe.

× **Tátrafüreden** ez évben január 1-je óta 91 vendég tartózkodott.

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

Vízgyógyintézet a **„Fasor"** (Dr. Herczel-féle) **sanatoriumban.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.**

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelése, V., Fürdő-utcza 8. Gyógyitás tárgyát képezik: **Női arczszőrök.** — Szeplők. — Comedo. Acne. Rosacea. — Anyajegyek. (Tűzfoltok.) — Szemölcsök. — Arczránczok. — Az arcz- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegek (a bőr heges bemélyedései). — **Tisztátalan teint** (bőrhámlasztás). — **Hajhullás.** — **Hajfestés** (keleti hajfestékkel). Hajbetegségek stb.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet Budapest, VIII., Muzeum-körút 2, I. emelet. (Lift.) Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamozás. Orvosi felügyelet. Prospektus. Telefon 54—20. Igazgató orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tudományos ülés 1905. január 28-dikán.) 92. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Evzáró és tisztújitó közgyülés 1903. évi január hó 26-dikán.) 93. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai (III. előadás 1905. évi január hó 31-dikén.) 94. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1904. április havi szakülés.) 95. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 96. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1905. január 28-dikán.)

Elnök: **Bókay Árpád**, később **Stern Samu**. Jegyző: **Manninger Vilmos**.

Elnök: Két szomorú esetet kell bejelentenem, *Boleman István*-nak és fiának, *Boleman Bélának* halálát. Boleman István levelező tagunk mint mindnyájan tudtuk, egyik úttörője volt a balneologiai irodalomnak, a kinek tankönyve közkézen forog és kinek értekezései nevét megörökitik. Nálánál a magyar fürdőket jobban senki sem ismerte, senki sem szerette. Évtizedeken volt Vihnye fürdőorvosa és mint ilyen minden gyakorló orvos bizalmát birta, úgy hogy ennek a kis fürdőnek ő volt a lelke.

Fia, Boleman Béla a fiatal orvosnemzedék egyik legszorgalmasabb tagja, apja halálát csak két nappal élte túl. Önkezével vetett véget életének. Halálára már régen készült. Nagy munkásságot fejtett ki csak azért, hogy az életet, mely neki teher volt, kitöltse. Úgy látszik érzékeny lelke — mint egy volt tanára mondotta — „nem e világba való volt".

Mindketten birták sympathiánkat és meg fogjuk őrizni emléküket.

Indítványozza a részvétnek jegyzőkönyvbe való iktatását.

Jelenti, hogy Rottenbiller Ödön betegség miatt nem tarthatja meg előadását. Az elnöklést átveszi *Stern Samu* üléselnök. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Justus Jakab, Hirschler Ágoston és Havas Adolf tagtársakat.

Radiummal gyógyított betegek.

Justus Jakab: Tapasztalatai 18 betegre terjednek, kik közül három naevusos volt. A kisebb naevusok, gyermekek arczán székelő legfeljebb borsónyi edénytágulatok, a radium alkalmazása után lobos udvarral vevődtek körül, mely 2—3 hétig mutatkozott és melynek eltünésével a naevus is elmult. A harmadik esetben körülbelül tenyérnyi, 1—2 cm.-re kiemelkedő vaskos edénytágulatokból összetett tumorral volt dolguk, mely egy hónapon át naponként ismételt radiumfelrakás alatt középütt besüppedt, sima felülettel behegedt. Egészen nem volt a beteg elköltözése miatt a kezelés befejezhető.

Az epitheliomás betegek közül négyet bemutat. 1. 71 éves férfi, kinek jobb fülkagylóját amputálták epithelioma miatt, s kinek bal arczán a szeme alatt felületes hegesedés és egy-két kisebb epithelioma ül. A jobb antithenar háti felületén koronányi, 2 cm.-re a bőr fölé emelkedő, halványvörös, rugalmas, gombaalakú, hám nélküli tumor. Ez a tumor körülbelül 30 radiumrátevés alatt teljesen ellapult úgy, hogy ma csak egész vékony heg van helyén. Hasonló volt az eredmény 2. egy 72 éves férfi jobb orrszárnyán ülő, mogyorónál nagyobb cancroid esetében; 3. 35 éves nő orrtövén ülő borsónyi és 4. 40 éves asszony bal arczán ülő lapszerű, majdnem forintos terjedelmű epithelioma esetében. Legrégibb megfigyelése 14 hónapos, mely idő alatt recidiva nem mutatkozott.

Havas Adolf: Maga is kisérletezett radiummal, egy naevus és egy sarcoma idiopathicum cutis-esetben, mely utóbbi véredénydús volt és radiumhatás alatt a 1·5 cm.-re kiemelkedő mogyorónyi daganat reactio kiséretében visszafejlődött és azon a helyen többé recidiva nem lépett fel. Naevusoknál is kielégitő volt az eredmény. A naevusok határozottan lelapultak, a véredények sorvadtak, tönkrementek. Nagyon hasonlit a hatás ahhoz, a mit a Röntgen-sugarak okoznak. Carcinománál nem alkalmazta, mert annál inkább az excisiót ajánlja, mely biztosabb eredményt ad; csak azoknak, kik a késtől félnek, ajánlja az excochleatiót vagy thermocautert.

Justus esetei szépek, de a recidivát illetőleg tartózkodólag kell nyilatkozni.

Schein Mór: A radiumot ő is több esetben alkalmazta. Gyermeknél naevus teleangiectodes esetben és egy másik esetben, melyben Röntgen-sugarak a mellen levő hypertrichosist megszüntették egy leánynál, de egy fél év mulva számos tágult erecske volt látható, minőt mások is leirtak már Röntgen után. Tehát a beteg egyik bajától megszabadult, de másikat kapott cserébe és kivánta, hogy ezt szóló eltüntesse. Elébb fagyasztással akarta kezelni, de nem sok eredménynyel, azután radiummal próbálta, az egyes erecskék 5—6—8 percznyi expositio után visszafejlődtek.

A radiumpraeparatumok nagyon különböznek egymástól és igy az expositio idejére nézve nem állitható fel szabály, ezt mindenkinek külön ki kell próbálni saját anyagával. Az ő esetében nyolcz percz elég volt. Az illető helyen csak csekély atrophia maradt vissza.

Az epitheliomát nem radiummal, hanem Röntgen-sugárral kezeli. A hatás körülbelül hasonló, hisz a radium is hasonló sugarakat bocsát ki magából, mint a Röntgen. A reactióban is nagy az analogia és a kezelés Röntgen-fénynyel sokkal egyszerűbb, mert ha egy területet elég erős reactiónak tesz ki, 2—4-szeri kezelés ulcus rodensnél elegendő 2—4 hetenként 1/4 óráig és a kezelés be van fejezve. Az epitheliomák, mint már egyszer referálta, teljesen visszafejlődnek és eddig egy sem recidivált.

Dollinger Gyula: Az előadó által bemutatott esetekben sikerült a radium reátevésével apró epitheliomákat eltüntetni s a mennyiben a gyógykezelés látható heget nem hagyott vissza, az eredmény cosmetikai szempontból jó.

E tényből azonban nem szabad azt a következtetést levonnunk, mintha a radiummal való besugárzásban egy olyan gyógyitó beavatkozással rendelkeznénk, a mely a sebészeti műtéti gyógykezelést, a mely a rákbetegség gyógykezelésénél eddig leginkább bevált, helyettesiteni képes volna.

A legtöbb rákos megbetegedésnél, a mikor a beteg gyógykezelésre jelentkezik, már be vannak szűrődve a regionaer nyirokcsomók. Van tehát ekkor a betegnek egy rákos csomója, a mely miatt az orvoshoz fordul és számos más rákos csomója a szomszéd mirigyekben, a melyek létezéséről többnyire semmi tudomása nincsen, mert ezek a mirigyeket körülvevő zsirpárnában el vannak rejtve és csak később válnak feltünővé. Ezen mirigyáttételek csak az illető tájék teljes sebészeti kitárásával találhatók meg és távolithatók el. A haladás, a mely az utolsó időben a rák gyógykezelésében konstatálható, épen azon alapul, hogy ezen mirigyek fekvése gondosan tanulmányoztatott és a sebész egyik főtörekvése a műtét alatt ezen rákosan elfajult mirigyeket minél tökéletesebben eltávolitani. Ennek köszönhetjük, hogy ma sikerül pl. az ajakrákban szenvedő betegek felét, a csecsrákosoknak pedig 40%-át recidiva mentesen meggyógyitani.

Ezen másodlagosan befertőzött mirigyekre a radiumkezelést nem terjeszthetjük ki, mert azok el vannak rejtve. Ha tehát az ilyen esetben sikerülne is az elsődleges rákos góczot a radium reátevésével meggyógyitani, azzal a beteg mégsem gyógyulna meg, mert a mirigyáttételek megmaradnak és ezek terjedvén, a beteget elpusztitják. Eredményeink tehát nem volnának jobbak, mint voltak 30 esztendő előtt, a mikor a mirigyáttételek kiirtására olyan nagy súlyt még nem fektettek. A radiumreátevés tehát nem képes ezen esetekben a sebészeti gyógykezelést pótolni.

A radium kezelés egyik hátránya, hogy többnyire igen sok időt vesz igénybe. A fent emlitett esetekben ez alatt elmulik a legalkalmasabb idő, a mikor a beteget még gyógyulásra való jó kilátással meg lehetett volna operálni.

Azonban újabban szaporodnak azon esetek, a mikor a betegek egészen apró epitheliomákkal jelennek meg az orvosnál, olyanokkal, a melyek nem régóta állanak fenn s melyeknél bizva abban, hogy a szomszéd mirigyekben még nincsenek áttételek, a sebész azokat nem tárja ki és el sem távolitja. Ha ezen apró daganatok a testnek valamely elfedett részén vannak, akkor ezeket is legjobb kimetszeni, mert igy gyógyitjuk meg a beteget leggyorsabban, de ha az arczon vannak, akkor az olyan betegeknél, a kiknél a cosmetikai szempontok is tekintetbe jönnek s a kiknél az, hogy a radiummal való gyógykezelés hosszadalmas, akadályt nem képez, igénybe vehetjük a radiumkezelést. A regionaer mirigyeket azonban az ilyen esetben sokáig igen gondosan ellenőrizni kell.

Justus Jakab: Azt mondotta, új gyógykezelési eljárás kipróbálására alkalmas a dermatologiai terület, de nem mondta, hogy az abból vonható következtetések ipso facto átvihetők egyéb területekre is, mert a mint a bőrön levő tumort el tudjuk távolitani Paquelinnel, úgy ez az eljárás belső szervekbeli daganatoknál nem ér semmit. Ezt külön megmondani nem kell. Hogy még egyszer megmondja ezt, azért teszi, mert nem akarja válogatás nélkül átvinni a sebészeti területre. Az epithelioma régóta jól gyógyitható étető szerekkel vagy Paquelinnal. A czombon levő tenyérni naevust azért próbálta meg radiumozni, mert ilyen piczi csecsemőt nehéz operálni és a radiummal nem ártott neki.

A nagyobb daganat és mirigybeszűrődés, hogy csak sebészileg kezelhető, magától értetődik, erre se radium, se Röntgen nem való. A Röntgen-kezelés külön szakembert kiván.

Hogy az ajkon vagy szájnyálkahártyán nem kellene kisérletezni, ez nagyon kemény itélet. Egy öreg úrnál öt év óta leukoplakia volt az ajkon és nyelven, ugyanitt egy verrucája is volt, de ez öt évig nem nőtt. Tavaly nyáron gyorsan nőtt, kocsányon ült és hátrafelé terjedt. Stiller, Báron is látták. Utóbbi sebészi eljárást ajánlott. Szóló megpróbálta a radiumot, erre kifekélyesedett a verruca, majd a szalonás fekély szép sima heggel gyógyult. Öt hét óta nincs recidiva.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Évzáró és tisztújító közgyülés 1903. évi január hó 26-dikán.)

Elnök: **Havas Adolf.** Jegyző: **Huber Alfréd.**

Az elnöki beszámoló után *Basch Imre* titkár a szakosztály 2 évi sikeres munkásságáról, majd *Deutsch Arthur* pénztáros a pénztár állapotáról tett jelentést. Az évzáró ülést követő tisztújításnak eredménye a következő: Elnök lett *Feleki Hugó*, alelnökök: *Török Lajos* és *Basch Imre*, titkár: *Huber Alfréd*, jegyzők: *Deutsch Arthur* és *Emődi Aladár*, pénztáros pedig *Remete Jenő*. A tisztikar két évre választatott meg.

(Szakülés 1903. évi február hó 23-dikán.)

Elnök: **Feleki Hugó.** Jegyző: **Emődi Aladár.**

Spitzer Gyula: Per vias naturales a hólyagból távozott nagyobb szövetdarabot demonstrál. Az esetet főleg az anamnesis és a kórlefolyás, valamint az a körülmény teszi érdekessé, hogy az eltávozott szövetrészlet feltünően nagy, a mennyiben utóbbi 4 cm. hosszú, ugyanilyen széles és 1/2 cm. vastagságú. A beteg, a kitől a praeparatum származik, 65 éves és 1902. augusztus 12-dikén jelentkezett a poliklinika rendelésén azzal a panaszszal, hogy 2 év óta teljes retentioban szenved és hogy a katheteren át a gyakori inger miatt lebocsátott vizeletnek minden részlete hat hó óta véres. Az anamnesisre vonatkozólag előadja, hogy már négy évvel ezelőtt lépett fel nála gyakori vizelési inger, a mely minden kezeléssel daczolt.

Két év óta állandóan katheterrel vizel, a vizelet másfél éven át teljesen tiszta volt és csak fél év óta zavaros és véres. A katheter tisztántartására nem lévén kioktatva, azt minden antisepsis mellőzésével rendszerint zsebében hordja, a minek következtében az a lehető legrosszabb állapotban van. Az erőteljes és különben egészséges férfi húgycsöve 18 sz. Charrière számára könnyen átjárható, a lebocsátott vizelet véres-genyes, ammoniakális erjedésű. A prostata kis almanagyságú, göbös, kemény tapintatú. A diagnosis prostata-tumorra tétetett. Felvetetvén, a betegnél a kórházban naponta kétszer hólyagmosásokat eszközöltünk. A beteg hőmérséklete állandóan kissé magasabb volt a normálisnál és vizelési ingere elég gyakran jelentkezett. A vizelet a rendszeres mosásokra kissé feltisztult, az erős ammoniakális erjedés megszünt, sőt a vérzés is csillapodott. Szeptember 13-dikán mosás bevégeztével nagyfokú tenesmus lépett fel, a melynek okát kutatva, az orificiumben zöldes palaszürke succulens anyag volt látható, a melyet óvatos húzással el is tudtunk távolitani. Közelebbi vizsgálat után kitünt, hogy a kiürült szövetdarab az orificium vesicae internumnak és környező részeinek felel meg. Górcsővel a szövetdarab izomrostokat is tartalmaz. Az elhalt szövetrész eltávozása után a beteg spontan is ürit kisebb mennyiségü vizeletet, a mely rendszeres mosások alkalmával most már sokkal gyorsabban tisztul. Az október 5-dikén megejtett cystoskopikus vizsgálat megerősitette a diagnosist, a mennyiben erősen trabeculáris hólyag mellett egy a prostatából kiinduló, széles alapon ülő villosus daganat volt látható. A kórlefolyást tekintve, fel kell vennünk, hogy a négy év előtt fellépett gyakori vizelési inger a prostatahypertrophia első tüneteként jelentkezett, mig a 2 év előtt beállott teljes retentio a betegség további lefolyásának képezte egyik tünetét. Az utóbbi időben fellépett cystitis részben a retentionak, részben a katheterezésnek tudandó be. Magának a levált szövetrészletnek keletkezését úgy kell értelmeznünk, hogy a rossz és piszkos katheter a orific. vesic. intern. körül mélyre ható interstitiális gyuladást idézett elő; a gyuladás demarkálódott, a szövetrészlet a rendszeres mosások alkalmazásával eltávozott, az orific. vesic. intern. pedig ily módon szabaddá tétetvén, a beteg a vizeletnek egy részét spontan üritette ki.

Remete: Egy betegéről tesz említést, a kihez azért hivták, mivel nem tudott vizelni. Megvizsgálván az illetőt a Thomson-féle fémkatheterrel, hátul a húgycső vége felé igen érdes tárgyat talált, a melyet hátratolva, a vizelet kiürítése megtörtént. Betegénél ezek után követ diagnostizált és azt hitte, hogy ezt a húgycsőből eltávolitván, ezzel a retentionak véget is vetett. Másnap azonban újból a beteghez hivták, a kinél most ismét complet retentiót talált. Ujabban megvizsgálván, a pars membranaceában ismét megtalálta a kemény tárgyat, a melyet Langenbeck-fogóval sikerült is kihúznia és a mely calcium-oxalat-kőnek bizonyult.

Emődi: Feltünőnek tartja, hogy a retentio a szövetdarab leválása után megszünt. Azt hiszi, hogy ezen hyperplasiánál tulajdonképen valvuláról lehetett szó, a melyet a katherrel félretoltak, mire a vizelés ismét megindult. Azt hiszi, hogy a praeparatumon látható nyilás nem a húgycsőnek felel meg, hanem müvi úton keletkezett a katheterrel való átfúrás következtében.

Meisels: Említi, hogy hasonló eseteket ő is leirt. Ilyen leválások főleg trabeculáris cystitisnél és tumoroknál elég gyakoriak. Azt hiszi, hogy ezen szövetdarab a tumorral összeköttetésben állott, desquamativ folyamat által jött létre és távozott el. *Remete* esete főleg a sebészek rendelésén igen gyakori. Oxalat-köveket többnyire olyan betegeknél észlel gyakran, kik urotropint szedtek.

Spitzer: Nem osztja Emődi nézetét, mivel jelen esetben a cystitis volt oka a leválásnak, tehát a hólyagrészlet, a midőn cystitis még nem volt jelen, nem is szerepelhetett valvula gyanánt.

Remete: megjegyzi Meisels felszólalására, hogy olyan nagyságú követ, mint a milyenről ő tett említést, még nem látott a húgycsövön át spontan eltávozni. Esete egyébként még azért is érdekes, mivel a kövön megvolt a sajátszerű pipaalak.

Remete Jenő: Ujabb urologiai műszerek és ezeknek alkalmazása czimen bemutat 1. egy általa construált *dilatatoriumot*. A készülék sondához hasonlit és főleg az idült kankó kezelésénél nyer alkalmazást. Hivatva van a főleg Ultzmann által inaugurált úgynevezett mechanikai kezelési módszert tökéletesitni, a mely az eddig használatos sondákkal és dilatatiós készülékekkel nem volt pontosan kivihető. A műszer részletes leirása a „Budapesti Orvosi Ujság" 1903. január hó 1-én megjelent Urologia cz. mellékletében közöltetett. Bemutat továbbá 2. egy *kalauzos striktura-sondát*, a mely tulajdonképen a Maisonneuve-Lefort-féle eszközöknek modificatioja. A készülék előnye, hogy a műszer bevezetésekor mindig biztonságot szerezhetünk maguknak a felől, hogy a „bougie conductrice" nem képez-e kacsot avagy nem tört, nem hajolt-e el; előnye továbbá, hogy a bougie azon helyen, a hol a Lefort-féle műszeren fémcsavar van, el nem törhet. (Készülékeit betegeken bemutatja.)

(Szakülés 1903. évi márczius hó 30-dikán.)

Elnök: **Basch Imre.** Jegyző: **Deutsch Arthur.**

Emődi Aladár: Papillomák a húgycsőben czimü esetet demonstrál. Beteg egy 23 éves állatorvos-növendék, kinél az orific. extern.-ot hátrafelé a fossa navicularisig karfiolszerű papillomatosus tömeg tölti ki; a vizelés fájdalom nélkül több sugárban történik; a húgycső többi része ép. Betegnek másfél év előtt gonorrhoeája volt, a melyből teljesen kigyógyult; jelen baja égető érzéssel a húgycsőben kezdődött és mintegy három hó óta áll fenn. A bántalom aetiologiáját illetőleg csatlakozik *Oberländer* és *Güterbock* nézetéhez, de tagadja *Langhans* felfogását, a mely szerint az ilyen esetek tuberculosisra gyanúsak volnának.

Beck Soma: Lichen simplex chronicus 9 éves fiúnál. A laesiók viszonya a Head-féle vonalakhoz a bőrön. A beteg 9 éves, gyengén fejlett fiú, a kinek baja 3 év előtt kezdődött. Azon időben mindkét térdhajlatban erős viszketést érzett és kölesnyi apró, barnás-piros göbecsék léptek fel, a melyek később nagyobb, körülbelül tenyérnyi plaque-ká folytak össze. Később a nyakon, majd a törzsön léptek fel hasonló laesiók.

Status praesens: A nyak mindkét oldalán, körülirt területen, a törzsön, a mellbimbók alatt 2—3 cm.-re futó haránt vonaltól lefelé, a czombok külső felületén és térdhajlatokban a bőr sötétebben pigmentált, rajta hol sürübben, hol ritkábban elszórt, barnás-piros, helyenként kis véres pörkkel fedett, másutt központjukban apró szarúpikkelylyel biró papulákat látunk. A göbcsék a legsürübben a köldök körül és a törzs két oldalán vannak elhelyezve és itt krajczárnyi egész forintnyi száraz, kissé infiltrált barnás plaque-okat képeznek, a melyekben a bőrbarázdák erősebben kifejezettek. Az elmult laesiók helyét sok helyütt kis lencsényi, szabálytalan, fénylő, fehér, de nem heges foltocskák mutatják, jeléül annak, hogy a göbcsék gyakran pigmentatrophia hátrahagyásával gyógyulnak, mig a helyek szélei erősebben pigmentálódnak. A has mindkét oldalán, a spina ossis ilei előtt egy, körülbelül öt koronányi, majdnem teljesen ép bőrrészlet látható, a legsürübben elhelyezett laesiók között. A bőrreflexek feltünően erősbödöttek, a has bőrének felületes érintésére a hasfal peristaltikus mozgásokhoz hasonló izomösszehúzódásokkal reagál. A nyak baloldalán levő plaque a Head féle harmadik és negyedik cervicális zóna területére esik, de mellfelé és a vállak felé nem tölti ki teljesen annak határait. A has és mell laesioinak és főleg a bőr pigmentatiojának felső határa a mellbimbók alatt 2—3 cm.-re futó, meglehetősen éles haránt irányú vonal, a mely a 4. és 5. dorsális zóna határán fut végig. A hason a legsürübben elhelyezett laesiók között mindkét oldalon látható egy-egy öt koronányi ép bőrterület azon helynek felel meg, a melyen a szőrzet vertexet szokott képezni és a mely helyen gyakran látni — mint egyik saját észleletében — verrucosus naevusoknak csigavonalszerű elrendeződését. Egyebütt a laesiók, bár helyenként még symmetrikusan lépnek fel (mint pl. a térdhajlatokban), vonal- vagy zónarendszerekbe be nem illeszthetők, sőt e néhány talán csak látszólagos összetalálkozása a bőrlaesióknak a a Head-féle zónákkal sem elég arra, hogy a betegség ideges eredete mellett döntsön. Valószinüleg több, nagy részt még ismeretlen tényező határozza meg némely dermatosisnak vonalas vagy zónaszerű elrendeződését és ha néha a laesiók be is illeszthetők a *Voigt, Head* vagy *Blaschko*-féle vonalrendszerbe, igen gyakran ezek nem adják elfogadható magyarázatát a bőrelváltozások fellépési helyének.

Balassa Tivadar: Cowperitis esete. A bemutatott tegyénnél négy hét előtt acut kankó lépett fel, mely a betegség harmadik hetében jobboldali elgenyedő cowperitissel lett complikálva. Az abscessus felnyitása után a genyben sem gonococcust, sem tuberculosis-bacillust nem talált.

Emődi: A cowperitis a poliklinikán tett tapasztalatok alapján legtöbbször gümőkóros egyének kankójának complicatióját képezi, úgy hogy e szövődmény legtöbbször a genitaliák tuberculosisának első nyilvánulása.

(Szakülés 1903. évi május hó 25-dikén.)

Elnök: **Feleki Hugó**; jegyző: **Emődi Aladár.**

Feleki Hugó: Aspermatismus esete. (Valódi aspermatismus, azaz normális potent. coëundi mellett az ejaculatio teljes hiánya.) Az egyén

25 éves, soha genitális baja nem volt. Külső nemi szervei teljesen épek és jól fejlettek. Jelentékeny zavarok az idegrendszer részéről a bemutatás tárgyán kivül nem jelentkeztek. Sem felmenő, sem oldalági rokonainál idegbajnak nyoma sincs. Fitestvérei a sexuális sphaerában normálisak. Ő maga számos izben különböző nőszemélyekkel cohabitált, az actust kellőkép erigált penissel addig folytatta, mig ki nem fáradt, de ejaculatio sohasem jelentkezett. Magömlése *állítólag* öt év előtt egyszer volt. Minthogy nem képzelhető, hogy az ejaculatumot szolgáltató valamennyi szerv congenitális anomalia vagy betegség következtében működésre képtelen, csak az tételezhető fel, hogy az erectiós centrum épsége mellett, az ejaculatiós centrum zavarával, illetve képtelenségével állunk szemben; s ezért a kezelés kisérletképen villamozásból, esetleg suggestioból állhat.

Ferenczi: Az esetet ismeri és ideggyógyászati szempontból ő is Feleki álláspontjára helyezkedik. Nem tartja a beteget egészséges idegzetűnek és minthogy állítólag egy izben magömlése volt, ezen incidenst a suggestiv therapia kiindulási pontjának fel lehet használni s ezért ő ezen kezelésre hozzá utalt betegnél a hypnosist fogja megkisérelni.

Weisz: Kérdést intéz az előadóhoz, hogy nem-e a hólyag felé ömlik az ejaculált sperma? Mert ő az esetet nem tudja megmagyarázni másként. Ha ugyanis a betegnél valami idegrendszeri elváltozás volna jelen, akkor valószinűleg a here atrophiája is jelen volna. Tehát kell, hogy legalább valami anatomiai elváltozás legyen jelen, talán a ductus ejaculatorius veleszületett szűkülete. Ajánlja, mielőtt a hypnotizálást mint gyógyító eszközt alkalmaznák, hogy chirurgikus revisiót ejtsenek a betegen.

Feleki: A Ferenczi hozzászólásában jelzett gyógyító eljárással egy véleményen van. Weisznek kijelenti, hogy ő az anatomiai elváltozást kizártnak tartja. Mert ha ilyesféle volna jelen, akkor az ondó nem tudván kiürülni, ez a betegnek iszonyú fájdalmakat okozna, a mi pedig ennél az esetnél nincs. Az meg el sem képzelhető, hogy az összes, mintegy 30 prostatacső eldugulva legyen. Tehát ez a suppositio elejtendő.

Beck Soma: Psoriasis linguae gyermeknél. Hét éves fiúbeteget mutat be, a kinél az elváltozás objectiv képe a következő: a nyelv hátán és szélein szabálytalan alakú, circinált szélű, sima, fénylő, papilláitól megfosztott, szélein fehér hámfelrakodásoktól határolt, lencsényi-krajczárnyi plaque-ok lépnek fel, a melyek alakjukat és kiterjedésüket gyorsan, sokszor pár óra lefolyása alatt változtatják. Az elváltozás tehát megegyezik azzal a kórképpel, a melyet a legkülönbözőbb nevek alatt, mint *eczema linguae, lingua geographica, depapillatio linguae, psoriasis linguae* ismerünk s a mely igen gyakran emésztési zavarokhoz, vérszegénységhez, rhachitishez, néha a köztakaró hasonló megbetegedéseihez (eczema, psoriasis) társul. Bár kétségtelen, hogy aetiologiailag és boncztanilag ez elváltozások különbözők lehetnek, a klinikai kép a legtöbb esetben annyira egyforma, hogy differentiális diagnosis alig tehető. Bemutató esetét azért tartja valódi psoriasis linguaenak, mert a gyermeknél nemcsak emésztési zavarok vagy egyéb constitutiobeli elváltozások (a melyekkel e baj összefüggésbe hozható lett volna) nem voltak megállapithatók, hanem a köztakaróján, a háton körülbelül tenyérnyi területen 8—10 lencsényi-fillérnyi typusos psoriasis efflorescentia található. A nyelven levő plaque-ok gyors alakváltozását bemutató abból véli magyarázhatónak, hogy a psoriasisra jellegző hyperkeratosis a nyál maceráló befolyása alatt gyorsan lekopik s excentrice újból képződik. Górcsövi vizsgálat, mely e feltevést megerősithette volna, nem volt eszközölhető.

Török: Azt a kérdést intézi a bemutatóhoz, hogy következtetéseit csak a coincidentia folytán vonta-e le, tehát ezek csak jelen esetben állanak-e fenn? Mert neki is volt egy esete, melynél psoriasis mellett a nyelven is voltak hasonló bőrlaesiók, ezek azonban némileg különböztek bemutatóétól. A betegnek a fején volt psoriasisa, azonkivül a nyelvén laesio, a hol a plaqueok szélén meg volt vastagodva a szarúréteg.

Beck: Kijelenti, hogy csak ezt az esetet tartja psoriasisnak és lehetséges, hogyha a betegnek eczemája lett volna, akkor a nyelven levő elváltozást is annak tartaná. Mert a differential-diagnosist épen a bőrön található elváltozás adja meg.

Drucker Viktor: Ichthyosis két esetét mutatja be.

A két testvér folyó évi márczius hó 5-én jelentkezett a Charité bőrgyógyászati rendelésén. Subjectiv tünetek nincsenek, édesanyjok csak azért hozta el a rendelésre, mert feltünt neki, hogy öt élő gyermeke közül jelenlevő kettő nem ép bőrű. A bántalom mindkét esetben az első életévek óta áll fenn, a bőr piszkos-szürkés színü, száraz, érdes tapintatú, apró vékony pikkelyekkel fedett. — Az idősebb fiúnál a kór typikusabban észlelhető. A kórkép mindkét esetben egyébként annyira kifejezett, hogy a diagnosishoz kétség nem fér.

A bemutatott betegek főleg azért érdekesek, mert:

1. Öt édestestvér közül a három leánygyermek ép bőrű, mig a jelenlevő két fiúnál fennáll a kór.

2. Mindkét szülő ichthyosismentes és nem is emlékeznek arra, hogy családjukban ezen bántalom fennállott volna. Közvetlen öröködést tehát nem lehet kimutatni.

Drucker Viktor: Ivarszervi fejlődési rendellenességet mutat be:

A 16 éves fiatal embernél a descensus testiculi dextri a 13-dik életévben kezdődött. 12 éves koráig cryptorchia d. abdominalis állott fenn, akkor indult meg a descensus. Beteg ugyanis a jobb lágyékcsatornában egy tömött tapintatú testet vett észre. A here a lágyékcsatornában megakadt s előállott a cryptorchia inguinalis. Néhány havi itt időzés után a herének sikerült a leszállást befejeznie. A rendellenesség már puszta megtekintésnél is felismerhető: a herének más a localisatioja, jóval kisebb; ezenkivül tömött, kevésbé ruganyos tapintatú, a hereérzés minimális, szóval a jobb herénél a visszafejlődési elváltozások már folyamatban vannak. Éjjel, azaz huzamosabb ideig tartó fekvés alkalmával a jobb here visszahúzódik a lágyékcsatornába. A communicatio a scrotum és a lágyékcsatorna között tehát fennáll. Hernia nem keletkezett. E mellett a hasüreggel communikáló hydrocele funiculi spermatici áll fenn.

Feleki: Megjegyzi, hogy épen ezen fejlődési rendellenesség hozta magával, hogy a here kis terimére zsugorodott össze és egy kommunikáló hydrocele fejlődött ki és csak azt kellene tudni, hogy okoz-e ez a betegnek kellemetlenséget? Ő is irt le két esetet, a melyekben szoros kötés alkalmazása mellett teljes gyógyulás állott be. Ezen gyógyulás csak akkor jöhet létre, ha a közlekedés egy nagyon finom csatornán át történik. Ha tehát akár ez az eset van itt jelen, akár kellemetlenségei vannak a betegnek, ajánlja a feszes kötés alkalmazását.

Huber Alfréd: Lupuscarcinoma esete.

J. B., 30 éves napszámosnő, 1903. április 22-dikén vétetett fel Róna tanár bőrbeteg osztályára. 16 éve beteg; lupusa az orr belsejéből indult ki és innen terjedt tovább az egész arczra; a bal pofán látható elváltozás állítólag 4 hó óta áll fenn és a bal szájzug helyéről indult ki. Ectropium 5 év óta áll fenn.

Atyja cholerában, anyja tuberculosisban halt el, két testvére él és egészséges, négy testvére kis korában halt el. 10 évvel ezelőtt bold. Schwimmer tanár osztályán lapis-kezelésben részesült, azóta orvosolva nem lett.

Status praesens: Az egész arcz oldalt a fülekig, felfelé majdnem a hajzatos fejbőrig, lenn a nyakig egyetlen lupusos területet képez, a mely az alsó és felső szemhéjak heges zsugorodásához és az orr szárnyának és septumának destructiojához vezetett. Destruált, illetve hegesen atrophizált mindkét ajak is, úgy hogy e miatt a száj bezárása és nyitása lehetetlen. Mindezen okokból a corneán heges elváltozások és a szájból állandó nyálfolyás van jelen. Az arcz bal felén, a pofa tájékán férfitenyérnyi, dudorzatos, büzös czafatokkal fedett, haragosvörös burjánzásokkal borított, élesen határolt fájdalmas tumor van jelen, a mely nagy tendentiát mutat a szétesésre. A tumor átterjed a bal szájzugba is, a melyet a környező ajakrészekkel együtt már teljesen elroncsolt. Hogy a carcinomás, illetve luposus folyamat mily elváltozásokat létesített a száj üregében, az ki nem derithető, mivel a száj nyitása akadályozva van.

A bal lapocz felett, a törzs bal oldalán és a bal térd belső felületén egy-egy nagy férfitenyérnyi typikus lupusterület látható.

Beteg sovány, nagyfokban anaemiás, cachexiás, a törzsön abortiv lichen scrophulosorum van. Az áll alatti mirigyek nem tapinthatók ki még a bal oldalon sem, a hol a carcinoma székel.

A lupus vulgaris és carcinoma együttes megjelenése nem tartozik épen a ritkaságok közé. Kedvencz székhelye az arcz és többnyire igen rosszindulatú, a mennyiben gyorsan progrediál, vagy szétesési tendentiával bir és igy gyorsan vezet exitushoz. A bemutatott betegnél látható az exquisit rosszindulatúság, a mennyiben a tumor a jelen tetemes nagyságot 4 hó alatt érte el. A lupuscarcinoma keletkezését többnyire azon körülményre szokás visszavezetni, hogy az atypikus epithelburjánzás — a mely a lupus vulgarisnál különben is gyakori jelenség — leküzdi azon ellenállást, a melyet vele szemben a lupusos szövet kifejt, úgy hogy ezen utóbbi rovására proliferál. A carcinomás terület egy részletét betegünknél is exstirpáltuk: a szövettani vizsgálat a lupus-carcinoma diagnosisát teljesen beigazolta.

A prognosis természetesen kedvezőtlen. A therapia tisztán exspectativ.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

(III. előadás 1905. évi január hó 31-dikén.)

A méhenkivüli terhességről.

Tóth István: Ma már a méhenkivüli terhesség tárgyalása nem ritkaság, hanem közérdekű thema, mely közelről érdekli a nagy gyakorlatban élő orvost is. Előadásának alapjául a 2. sz. női klinikán hosszú évek során tett tapasztalatait használja fel, s egyszersmint köszönetet mond Tauffer tanárnak, hogy intézetének e gyönyörű anyagát kegyes volt közlésre átengedni, a bemutatandó érdekesnél érdekesebb praeparatumokkal együtt. Mig egy évtizeddel ezelőtt csak 31 esetet közölhettek a fenti klinikáról, az utolsó 10 év alatt kerek számban 100 esetet észleltek végig. Érdekes, hogy ezen 10 év alatt a szülésnek és terhességnek más rendellenességei milyen arányban fordultak elő: harántfekvés volt 103, plac. praevia 44, eklampsia 52 s ezekkel szemben 100 méhenkivüli terhesség.

Foglalkozni kell tehát e kérdéssel, s fel kell hivni rá a gyakorló orvosok figyelmét, annál is inkább, mivel e rendellenesség nagy veszélyeket rejt magában, a mely veszedelmek azonban kellő időben felismert esetekben helyes elbánással jórészt elháríthatók.

Foglalkozik a méhenkivüli terhesség egyes alakjaival; a korai terhesség tüneteivel, diagnosisával, ennek nehézségeivel. Majd a tubarepedés, illetőleg tubáris abortus lényegét, tüneteit, felismerését tárgyalja részletesen. A legtöbb tubáris terhesség előbb-utóbb, a II—IV. hóban e sorsra jut, s a repedés okozta belső vérzés elég sokszor halálos elvérzésre vezet. Sokszor az egyetlen mentési mód a gyors operálás, a hasmetszés, s ezután a megrepedt tuba kiirtása. Belső vérzésnél leirja a tennivalókat. Vázolja a tubarepedés, a tubáris abortus után fellépő másodlagos elváltozásokat; behatóan tárgyalja a haematokele létrejövetelét,

felismerését, therapiáját. Ez a leggyakoribb alakja a gyakorló orvos elé kerülő méhenkivüli terhességnek. A 2. számú női klinikán 58 esetet láttak 10 év alatt, a melyek közül 23 spontan gyógyult felszivódás útján, 35-öt pedig részint hasmetszés, részint kolpotomia útján gyógyitottak, s ezek közül egyet sem veszitettek el.

A terhesség II. felébe ritkán jut a méhenkivüli terhesség, könnyebben is felismerhető, mert ekkor már a terhesség biztos jelei megvannak. A 100 közül 17 esetet észleltek a terhesség II. felében, ezek közül 1 esetben élő magzatot hoztak a világra, a mely azonban 3½ hónapos korában elpusztult. Leirja a magára hagyott méhenkivüli pete, magzat sorsát; a petezsák eltokolódását, a lithopaedion-képződést, a petezsák elevesedését, s az ebből származó nagy veszélyeket. A méhenkivüli terhesség minden alakját részint kiirtások útján nyert praeparatumokkal, részint ezekről készitett vetített képekkel demonstrálja. Végül beszámol a 100 méhenkivüli terhességgel észlelt nő sorsáról. Megoperáltak 74-et, ezek közül hasmetszés útján 66-ot, elvesztettek 4 beteget, spontan gyógyult 23, eltávozott 3.

A legközelebbi előadás február 7-dikén délután 6 órakor lesz.

Tárgya: *Liebmann Mór* előadása *„A gyermekágyi megbetegedések prophylaxisa és orvoslása“* czimen.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1904. április havi szakülés.)

1. **Konrád Béla** egy beteget mutat be, a kinél a Biharmegyei Közkórházban **Thiersch-féle transplantatiót** végzett.

A beteg nyakának bal felén, az állkapocsszögletközelében álképlet volt, a melyet kiirtott s azután a hiányzó bőrt a beteg karjáról vett bőrrészletekkel pótolta.

2. **Horváth Béla** (vendég) a Biharmegyei Közkórház beteganyagából *a)* egy férfibeteget mutat be, a ki tizenkét év előtt, 21 éves korában bokaficzamot szenvedett. Azóta munkóra támaszkodva járt. Két év óta már csak lábujjhegyen tudott lépni s teljesen kifejlődött a **pes epuino-varus.** Az os cuboideumnak megfelelő helyen egy dudor látható, a mely tapintásnál érzékeny. A beteg, hogy bajától és fájdalmaitól szabaduljon, alávetette magát a műtétnek. Bevezető műtét gyanánt először a Phelps féle műtétet végezték, átmetszették az Achilles-inat és plantaris inakat, azután az os cuboideumnak egy részét és az os navicularet kimetszették, a lábat redressálták, a sebfelületeket, az átmetszett izmokat varratokkal egyesitették, a lábat fix kötésbe tették. Kilencz nap után a gypskötést el lehetett távolitani, azután a fonalakat is.

b) Egy rosszul gyógyult czombcsontörést feltüntető **Röntgenképet** mutatott be. A beteg kilencz éves gyermek. A végzett műtét abban állt, hogy a csontvégeket egymástól eltávolitották, a végtagot kinyújtották és gypskötést alkalmaztak. Két hét után a gypskötést levették, a beteg meggyógyult.

c) Egy férfibetegről, egy kondásról szól, a ki a megelőző napon jött be a Biharmegyei Közkórházba. Megvizsgáltatásakor kitünt, hogy penisére mintegy nyolcz centimeter hosszú, csöves csontot húzott reá s az a penisre szorult. Penise alsó felületén egy fistula volt, a melyen át vizelet ürült, a beteg, hogy ezt meggátolja reáhúzta szorosan penisére a csöves csontot, a melyet maga faragott simára. Az eltávolitása úgy történhetett meg, hogy a penis és csont közé vájt sondát vezettek be s ennek védelme alatt Gigli-fürészszel a csontot hosszában átmetszették.

A beteg kikérdezésénél kiderült, hogy a beteg peniséről két év előtt egy vasból készült anyacsavart kellett eltávolitani.

A beteg korlátolt, gyönge elméjű.

3. **Konrád Márk** *a)* Egy 25 éves nőbeteget mutat be, a kinél **ovárialis daganatot** kórismézett. Ugyane betegnél mintegy két és fél év előtt császármetszést végzett. Előadó akkor a szakülésen bemutatta. A beteg jelenleg terhes s a nagyobbodott méh mellett a dag mélyen lenyúlik a medenczébe. Terve az, hogy a terhességet félbeszakítja, újra laparotomiát végez és a daganatot eltávolítja.

b) Egy 33 éves III P. (és egy abortus) nőt mutat be, kinek szülései rendesen történtek és gyermekágyai is rendesen folytak le. Utolsó szülése 9 év előtt történt. Havi vérzései is rendesek, 4 hetenként jelentkeznek, 4—5 napon át tartanak, kevés vérzéssel, fájdalom nélkül. Mostani bajának jelentkezéseig egészséges volt. Mult évi augusztus hóban állitólag kocsiról való leesés után erős hasfájdalmat kapott s ekkor orvosa hasában daganatot tapintott. A fájdalom megfelelő kezelésre néhány nap alatt megszünt. A daganat nőtt, de fájdalmat nem okozott. Folyó évi január 11-dikén hasában is fájdalma támadt, a mely folyton erősbödött és szünet nélkül fennállt. Lázas is lett.

A mult év folyamán kórismézett dag kétökölnyi, ballotáló ovariális dag (cysta) volt, hosszú kocsánynyal. A beteget óvatosságra intette, többek közt arra is figyelmeztette, hogy rázós kocsin ne járjon, mert könnyen a kocsánynak torsioja jöhet létre. A midőn ez intelem daczára a mult év augusztus havában kocsizott és leesett, rosszul lett, láz is (38° C.) jelentkezett, valószinűleg a kocsány torsioja következett be. A könnyen ballotáló tumor fix volt és kocsánya rövidebb.

A műtétet január hó 11-dikén végezték chloroform-narcosisban. A hasat a középvonalban, a köldök alatt 11 centimeternyi hosszban felmetszették. A hashártya megnyitása után nyomban előtünt az emberfejnyi cysta. Ezt, hogy könnyebben eltávolithassák, pungálták. Azt, hogy a kocsány hányszor volt elcsavarva, pontosan nem lehetett megállapitani. Kihúzva is másfél csavarodást mutatott. A beteg igen gyönge volt, lobtünetek is mutatkoztak, adhaesiók. A tumor belsejében jelentékeny mennyiségű vér volt, t. i. a torsio következtében stasis, azután véredénytepedés támadt. A petevezetőben és a petefészekben is erős venosus pangás támadt. A gyógyulás simán, hőemelkedés nélkül következett be, per primam. Csak két varrat genyedt. A cysta, a petevezeték és a petefészek lettek lekötés után eltávolitva. A peritoneum és fascia catguttal, a bőr silkworm- és tovafutó selyemvarrattal lettek egyesitve.

Figyelemreméltó körülmény, hogy a torsiót már a műtét előtt kórismézték. Ez nem könnyű feladat és ez esetben is csak azért volt lehetséges, mert előadó a beteget már régebben is észlelte.

Spencer Wells eseteinek két százalékában talált kocsánytorsiót.

(1904. május havi szakülés.)

1. **Erdős Adolf**: **„A villamos világitás utczai vezetékének alkalmazása villamozás czéljaira“** czimmel tart előadást.

A villamos világitás utczai vezetékét rheostat nélkül alkalmazza villamos lámpák közbeiktatásával a villamozásnál. Minél erősebb lámpát igtatott közbe, annál gyengébb áramot kapott. A kisérleteket a Biharmegyei közkórházban eszközölte.

Az előadáshoz hozzászóltak *Grósz Menyhért*, *Révész Vilmos*, a kinek alkalma volt a Biharmegyei kórházban előadó kisérleteinek sikeréről meggyőződni, *Berkovits Miklós* és *Edelmann Menyhért*. Utóbbi szerint az előadó által ajánlott berendezéssel nem sokat nyerünk, mert csak faradizálásnál vehető igénybe, holott az orvosok az inductiós készülékekkel nincsenek megelégedve, mert minduntalan felmondják a szolgálatot.

2. **Julier Vilmos** egy beteget mutat be, a kinél **perineoplasticát** (gátképlést) végeztek. A beteg 37 éves nő, VII P. A harmadik szülésnél, tiz év előtt, komplikált gátrepedést szenvedett. Ez idő óta széklетétét és a szeleket visszatartani nem tudta. Állapota minden szülés után rosszabbodott.

A bábaképző-intézetben végzett gátképlés után állapota megjavult, ma már erős gátja van és a széklетétet s a szelcket vissza tudja tartani. A műtét abban állt, hogy a hüvelyfalat a hegekből kiszabadiitották s a sebeket összevarrták. A sebszélek jól egyesültek, sugaras heg képződött. Többé nem süllyedhet a méh. (Betegbemutatás.)

3. **Konrád Márk a puerperális vérzésekről** tart referáló előadást.

Súlyos szülés utáni vérzésről szól, a mely egy esetében másfél óráig tartott. A szülés után rendes körülmények közt is 400—500 gramm vér folyik. Ha az uterus nagyon ki volt tágitva, pl. ha a magzat nagy volt vagy ikerterhességnél, erős vérzéstől kell tartani. Akkor is bekövetkezhetik, ha méh gyors szülésnél hirtelen ürül ki. Ikerterhességnél gyakori az erős vérzés, főkép a második méhlepény leválásánál.

Az eseteknél individualizálni kell. Ha a méh nagyon ki volt tágitva (sok volt a magzatvíz, ikerterhességnél, nagy magzat jelenléténél, rendesen nagy méhlepénynyel), puerperális vérzéstől kell tartanunk. A vérzés oka lehet sérülés is, hüvely- vagy méhnyak-repedés. Az utóbbi esetekben azonnal be kell avatkoznunk.

1000—1500 grammig még kisebb vérzésről lehet szólnunk. Ezt a betegek elég jól tűrik. Ezeknél hirtelen, erőszakos beavatkozás felesleges. A méhet jodoform- vagy xeroformgaze-csikokkal ki kell tömeszelni, ha gaze nincs kéznél, a colpeurynter is alkalmazásba vehető. Fassbänder ily esetben a méhbe vezetett ökle felett massálja a méhet. Ily esetekben Bozemann-katheterrel is végezhetünk méhűri kifecskendezést. Sérülésnél Sims-tükörrel teszszük szabaddá a méhnyakat vagy a hüvelyt s igy egyesitjük a repedést. Ily beavatkozásnál kellő asepsis mellett a gyermekágy zavartalan lesz.

4. **Grósz Menyhért törvényszéki orvosi gyakorlatából** egy esetről emlékezik meg.

A Körösből egy gyermekhullát fogtak ki s az bonczolás alá került. A lelet a következő volt: a gyermek hossza 53 cm, a legnagyobb fejkerülete 36 cm., súlya 3800 kilogramm. Köldökcsibe be volt gyógyulva. Gyomrában kevés tej volt. Erős, fejlett gyermek volt.

Egy kifejlődött magzat hosszúsága átlag 48—50 cm, súlya 2800—3200 gramm, fejkerülete 34 cm. Ezt tudva, jogosult volt a feltevés, hogy a vízből kifogott gyermek az említettek alapján körülbelől két hónaposnak tartható. A halálok fuladás volt. Kiderítették, hogy a gyermeknek ki az anyja s ez a vizsgálatnál azt vallotta, hogy gyermeke csak tizenegy napos volt, a midőn a vízbe dobta. Ezt az állitását támogatni látszott az a tény, hogy a bábaképző-intézetben szült. A midőn innen kibocsátották, a következő adatokat jegyezték fel: a magzat hossza 50 cm, súlya 3800 gramm (megszületése után 3200 gramm).

A törvényszéki orvoshoz ily előzmények után azt a kérdést intézik, azonos-e a két gyermek, holott az adatok eltérnek egymástól (pl. a hossz tekintetében 3 cm a különbség). Ettől azonban el lehet tekinteni, mert a hulla tényleg hosszabb lehet, mint az élő, mert a szálagok meglazulnak, stb.

A köldökseb teljesen be volt gyógyulva, köldöksebnek nyoma sem volt. Az eredmény az, hogy az átlagos méretek alapján joggal két hónaposnak lehetett a gyermeket tartani, bár 11 napos gyermeknek méretei is lehetnek ugyanilyenek.

Az esethez hozzászólva, *Julier Vilmos* előadó figyelmébe ajánlja, hogy a köldök már az 5—7-dik napon leválik.

Előadó azt válaszolja, hogy a köldökseb már felhámmal is fedve volt. A 11-dik napra már ez is bekövetkezhetik.

Konrád Márk szerint a súlykülönbséget az is okozhatta, hogy a gyermeket megszoptatták.

III. országos elmeorvosi értekezlet.

(I. ülés 1904. október hó 23-dikán délelőtt.)

Bolyó Károly korelnök megnyitja az értekezletet és elnökül ajánlja *Chyzer Kornél* ministeri tanácsost, kit az értekezlet egyhangúlag elnökké választ. *Chyzer Kornél* a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Értekezlet!

Kedves Kartársaim!

Midőn négy évvel ezelőtt az első értekezleten Önök azzal tiszteltek meg, hogy tanácskozásaikat vezessem, elmondtam azt, hogy minek tulajdonitom e megtiszteltetést. Most csak biztosítva Önöket, hogy igyekezni fogok bizalmuknak megfelelni, melyért hálás köszönetet mondok, miután arról előzetesen értesültem, hogy ismét engem akarnak felhivni a gyülés megnyitására, feljegyeztem azokat, a mikkel Önöknek beszámolni akarok s kérem Önöket, engedjék meg, hogy a tanácskozás megkezdése előtt rövid visszapillantást vessek a lefolyt négy év elmebetegügyi mozzanataira tisztán közigazgatási szempontból.

Hogy a közigazgatás mennyire fontosnak tartja a közegészségügynek eme részét: az elmebetegügyet, annak egyik bizonyitéka az is, hogy akkor, a midőn az önálló közegészségügyi évi jelentés, melyet a törvény a királyi kormánynak a központi statistikai hivatal által összeállitandó nagy évi jelentésébe beolvasztott, megszünt: szükségesnek látja az elmebetegügy állapotáról az országot és külföldet évenként külön jelentésben tájékoztatni s beszámolni az e téren történtekről.

Jól tudom, hogy ennek a tevékenységnek azon része, mely az elmebetegek elhelyezésére vonatkozik, nem találkozik az Önök tetszésével, mert Önöknek, mint szakembereknek csakugyan az a feladatuk, hogy e tekintetben az ideálisan tökéletest követeljék. Önök azt kell, hogy sürgessék, hogy mit és hogyan kell tenni, de a közigazgatás csak azt teszi, a mit az adott körülmények között tenni lehet.

Igy születnek meg évről évre a nagyobb kórházakkal kapcsolatos nagy elmebetegosztályok, melyek közül egyesek befogadási képességükre nézve a kisebb állami elmegyógyintézetekkel versenyeznek, s melyek nagy mértékben csökkentik azon bajt, hogy sok szegény elmebeteget elhelyezni nem lehet.

Különben a leghatározottabban tiltakoznom kell azon elnevezés ellen, melylyel egyesek az ilyen osztályokat mintegy megbélyegezni óhajtják, a midőn azokat zugtébolydáknak mondják, mert ezek modern, a hygiene követelményeinek megfelelő intézetek, melyek csak annyiban különböznek az önálló elmegyógyintézetektől, hogy vezetőik nem elmegyógyászi tapasztalatokban gazdag éltesebb specialisták, de elmegyógyászati praxissal biró fiatalabb kartársak, kiknek ebbeli hibája napról napra csökken. Hogy pedig az intézet administratioja nem az ő vállaikra, de az illető kórházigazgatóéra nehezedik, az esetleg még a psychiatria művelésének javára szolgál.

Van ezen intézetek között olyan is, a 350 betegre berendezett nagyváradi, mely már az első lépést teszi meg a gazdasági colonia meghonosítására.

A lefolyt négy év alatt a következő intézetek jöttek létre:

1. a pozsonyi állami kórház új elmebetegosztálya 300-nál több elmebeteg számára;

2. a lipótmezei állami intézettel kapcsolatos pavillon 50 hülye gyermek részére;

3. a nagyszebeni állami elmegyógyintézet mellett épült „Urilak" 25 I. és II. osztályú elmebetegnek, hol ezek teljesen szabad kezelésben részesülnek s ugyanitt külön pavillon a tisztátalan betegek számára;

4. Balassagyarmaton a közkórházzal kapcsolatos elmebetegosztály 250 betegre;

5. a fentebb említett nagyváradi elmebetegosztály;

6. a bajai közkórház 120 elmebetegre berendezett osztálya;

7. a vallás- és közoktatásügyi minister úr munificentiájából a páratlanul fényes kolozsvári elmekórtani klinika, melyben ez év első napján 167 beteg volt;

8. Torontál vármegye módosi közkórházát, mely majdnem üresen állott, az államnak felajánlván, ez azt trachomás elmebetegek számára rendezte be, hogy az elmegyógyintézetekbe behozott trachomás elmebetegeket ott elhelyezni s igy az intézeteket a ragálytól megóvni lehessen.

S ha most hozzávesszük azt, hogy a központi gyüjtőfogház elmebeteg-kórházának üres helyeit a belügyminister úr az igazságügyminister úrtól — hogy úgy mondjam — bérbe vette az állami elmegyógyintézetekben elhelyezett súlyosabb bűntevő 50 elmebeteg számára, úgy 1400-al szaporodott e 4 év alatt az elmebetegek férőhelye.

Legközelebb meg fognak nyilni a pécsi és sátoraljaújhelyi elmebeteg-osztályok, az előbbi 300, az utóbbi 120 elmebeteg számára s már le vannak rakva a mármarosszigeti elmebetegosztály alapfalai szintén 300 beteg befogadására.

A mi azonban e téren ennél nagyobb haladásnak mondható, ez azon örvendetes tény, hogy az évek óta óhajtott nagy coloniális tébolydának eszméje a folyó évi XIV. t.-cz. által a megtestesülés stádiumába lépett s hogy ugyanezen törvényczikk a budapesti egyetem számára nagyszabású elmekórtani klinikát biztosít, mely egyúttal megfigyelő osztályul fog szolgálni.

Mindezek természetesen első sorban azon szerencsétlenek számára készültek és készülnek, kiknek elhelyezéséről gondoskodni az állam van hivatva.

De megszaporodtak a vagyonos osztály számára való intézetek is és pedig a Rákospalotán már megnyitott dr. Niedermann-féle nagyszabású intézettel s alkalmasint rövid idő alatt fel fog épülni a másik is, melynek épitésére a főváros határában az engedély Ringer Jenő dr.-nak adatott meg.

Ezzel kapcsolatosan meg kell még említenem, hogy nagy hiányt pótló intézetünk is támadt a legutóbbi években, az epileptikusok számára felállított dr. Wosinszky-féle intézet Balfon, a melyben az állam is elhelyez közköltséges epileptikusokat.

Megemlitendőnek tartok itt még egy kérdést, mely az első értekezleten felvettetett. Ez az elmebetegek száma hazánkban. Schwartzer Ottó igen tisztelt barátom, szemben a sok oldalról hangoztatott azon állitással, hogy az elmebetegek száma szaporodik, a statistikai adatokat állítja oda, melyek „az elmebetegek számának állandó apadását bizonyitják".

Nem ereszkedvén bővebben ezen kérdés tárgyalásába, melyről a nemzetközi statistikai intézet Budapesten 1901. évben tartott gyülésén bővebben szóltam, én is csak a statistikai adatokat állitom oda. 1895-ben közhivatalban levő orvosaink összeirtak 10,421 elmebeteget s 14,650 hülyét. Ugyanezek összeirása szerint az intézetekben elhelyezett betegekkel együtt volt: 1901-ben 15,097 elmebeteg s 19,755 hülye. Az 1890. évi népszámlálás kimutat 9,271elmebeteget s 15,917 hülyét, s az 1901. évi népszámlálás kimutat 15,586 elmebeteget s 26,659 hülyét.

Az elmebetegügyi törvény, melyet az utolsó értekezlet óta az országos közegészségi tanács is letárgyalt, most a kormánynál tárgyalás alatt van s remélhető, hogy mihelyt törvényhozásunk a most napirendre kerülő elodázhatlan nagy kérdéseken túlesik, ezt is meg fogja szavazni s ezáltal új lendületet adni az elmebetegügynek.

Beszámolómat nem végezhetem a nélkül, hogy azon kartársakhoz, kik közköltséges elmebetegeket kezelnek, szózatot ne intézzek.

Uraim! Magyarország a vagyontalan elmebetegekkel szemben a legliberálisabb valamennyi kulturállam között. Sehol sem viseli az állam a vagyontalan elmebeteg összes terheit, csak nálunk. Nyugaton megosztja azt a községgel és a kerülettel. Nálunk a betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvény dekretálja ugyan, hogy az intézeti elhelyezést nem kivánó ártalmatlan és gyógyithatlan elmebeteg eltartásáról végső sorban a községek gondoskodjanak, de nálunk — a mint tudva van — rendetlen lévén még a szegényügy az egész vonalon, a törvénynek ez a rendelkezése csak ritkán és nehezen hajtható végre, a minek azután az a következése, hogy nagy intézeteink betegei között sok a nem oda való beteg, kiknek egy részét — valljuk meg őszintén — inkább irgalomból, mintsem a beteg állapota által feltételezett valódi szükségből kell intézetben tartani.

Nemcsak a törvény liberális tehát, hanem kényszerűségből még liberálisabb az a szellem, a melyben végrehajtjuk. De épen ezen liberalitás, mely a betegápolási költségek viseléséről szóló 1898: XXI. t.-czben a betegápolás minden irányában oly fényesen nyilvánult, oda juttatott bennünket, hogy meg kell állapodnunk, nehogy a pénzügyi egyensúly megzavartassék. S minthogy a vagyontalan elmebetegek ápolása épen azon tér a betegápolásban, a hol bizonyos takarékosság lehetséges, mert itt többnyire testileg egészséges s otthon szerény életmódhoz szokott egyénekkel van dolgunk, azok élelmezésének az ő viszonyaihoz való berendezése, ha egyénenként csak csekély megtakarítást enged is, de ez, tekintettel az ilyen elmebetegek nagy számára, jelentékeny tehertől mentheti meg az államkincstárt. Ha az egyik állami intézetben lehetséges volt az úgynevezett póradag behozatala, mely olcsóbb a sablonos intézeti élelmezésnél s a betegek ezen csoportjának még jobban conveniál, mint amaz, s e rendszer évek óta jól bevált, megkisérlendőnek vélem azt a többi intézetben s kórházi nagyobb elmebetegosztályon is. Szivleljék ezt meg az ily intézetek vezetői, s igyekezzenek olcsóbbá tenni a vagyontalan elmebetegek ápolását, hogy ez által módot nyujtsanak több ily szerencsétlennek elhelyezhetésére.

Ezzel az ülést megnyitom.

Az értekezlet ezután a tisztikart választja meg, mely a következő

Alelnök: *Raisz Gedeon.*

Titkár: *Epstein László.*

Ülésjegyzők: *Ferenczi Sándor, Hudovernig Károly, Telegdi Zsigmond, Verubek Gusztáv.*

Pénztáros: *Stein Fülöp.*

Epstein László titkári jelentésében konstatálja az értekezlet eddigi fejlődésében a fokozatos haladást, beszámol a II. értekezlet munkálatairól, a melyeknek egy 18 ivnyi kötetben való kiadása csak a kormány támogatásával vált lehetővé. Tolmácsolja ezért a szervezőbizottság köszönetét és köszönetet mond a sajtó részéről tapasztalt támogatásért is. Azután kegyelettel emlékszik meg egy német és egy franczia elmeorvosról, a kik röviddel ezelőtt hivatásuknak estek áldozatul és ezzel kapcsolatban kitér elmegyógyintézeti állapotainkra, melyekről azt mondja, csak egy Zola tolla volna képes megközelítő képet nyujtani. Utal az orvoshiányra, majd az utóbbi idők egyes szenzációs eseteire, a melyek különös aktualitást adnak az értekezleten tárgyalandó némely kérdésnek.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Májcirrhosis egy esetéről szólt *Lesné* a párisi „Société médicale des hopitaux" deczember 2-dikán tartott ülésén. Egyrészt a kórlefolyás, másrészt a bonczlelet és a kórszövettani elváltozások arra utaltak, hogy ezen esetben úgy a lép hypertrophiás cirrhosisa, mint a máj atrophiás cirrhosisa malariás eredetű volt és hogy ez utóbbi következménye volt az

előbbinek. Ez az eset tehát egy példája azon postsplenomegaliás májcirrhosisoknak, a melyekre Chauffard irányította nemrégiben a figyelmet. (La semaine médicale, 1904. 50. szám.)

Salicyl okozta purpura esetét ismertette *Ramond* a párisi „Société médicale des hopitaux“ egyik utóbb tartott ülésén. A gonorrhoeában szenvedő betegnél csúzos fájdalmak jelentkeztek, a melyek ellen natrium salicylicumot kapott. Már néhány óra mulva purpuraszerű köteg jelentkezett részint nagy ecchymotikus plaque-ok, részint papulák és petechiák alakjában. Ramond lehetségesnek tartja, hogy az úgynevezett purpura rheumatica-estek egy bizonyos százaléka salicyl-mérgezésre vezetendő vissza. (La semaine médicale, 1904. 50. szám.)

Digitalis és coffein együttes adagolása szívbajokban már sokszor mutatkozott eredményesnek. *Braun* bécsi magántanár újabban kisérleti tanulmányozás alá vette ezen kérdést és eredményét a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ november 18-án tartott ülésén ismertette. Az izolált emlőszíven tett kisérletek azt mutatták, hogy a digitalisnak a coronaria-circulatio tekintetében kedvező hatása mellett — a vérnyomás növelése, a szivösszehúzódások erősbödése, lassúbbodása és szabályossá válása — kedvezőtlen hatása is van, tudniillik a coronariákra gyakorolt összehúzó hatás. Ezt szünteti meg a coffein. A digitalis és coffein együttes használata által tehát a szív oly állapotba hozható, a milyenbe sem a digitalis, sem a coffein egymaga nem képes hozni, a mennyiben a digitalis okozta növekedett vérnyomás daczára a coronariák tágak maradnak, sőt még tágabbakká lesznek, s igy a szív a lehető legkedvezőbb táplálkozási viszonyok közé jut. (Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 47. szám.)

Első Leánykiházasítási Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztosító-intézet. (Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42.) Alapittatott 1863. évben. Folyó év január havában 1.033,800 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 916,800 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 55,537 k. 01 f. fizettetett ki. Ezen intézet a gyermek- és életbiztositás minden nemével foglalkozik a legolcsóbb dijtételek mellett.

PÁLYÁZATOK.

A lemondás folytán megüresedett **nagymihályi vármegyei közkórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

És felhivom mindazokat, a kik ezen évi 1200 korona fizetés, kórházbani lakás, fűtés, világitás és kiszolgálással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-czikkben körülirt minősitésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat Zemplén vármegye főispánjához czimezve hozzám legkésőbb **1905. évi február hó 15-dikéig** nyujtsák be.

Sátoraljaujhely, 1905. évi január hó 21-dikén.

2—2 *Dókus Gyula*, alispán.

A városi közkórháznál rendszeresitett és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fűtése és világitása.

Felhivom ennélfogva mindazon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Szeged szab. kir. város főispáni hivatalához (városi széképület) **február hó 18-dik napjának délutáni 5 órájáig** nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkeznék, azon esetben belügyministeri jóváhagyásból feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni.

Szeged, 1905. évi január hó 22-dikén.

2—2 *Lázár György* dr., polgármester.

345/1905. eln. sz.

Hódmezővásárhely város törvényhatóságánál elhalálozás folytán megüresedett s a város főispánja által kinevezendő **kórházi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő kórházi orvosi állás 1200 korona évi fizetéssel, 400 korona évi lótartási átalánynyal s nyugdijjogosultsággal van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában, valamint az 1883. évi I. t.-czikkben, továbbá 80,099/1893. számú belügyministeri körrendeletben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Hódmezővásárhely város főispánjához czimezve a **folyó év feb uár hó 18. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalnál nyujtsák be.

Hódmezővásárhely, 1905. évi január hó 21-dikén.

2—2 *Juhász Mihály*, kir. tanácsos, polgármester.

137/1905. kig. szám.

Orsova nagyközségben megüresedett **községi** s azzal kapcsolatos **kórházi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

A községi orvosi állás évi javadalma . .	720	korona
A kórházi „ „ „ „ . .	600	„
összesen . .	1320	korona

s azonkivül szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak.

Székhelye: Orsova.

Magyar nyelven kivül a német és román nyelv ismerete kivánatos.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint felszerelt folyamodványaikat legkésőbb **folyó évi február hó 11-ig** e hatósághoz feltétlenül nyujtsák be, mivel elkésetten érkezett folyamodványok figyelmen kivül hagyatnak.

A választást folyó évi február hó 18-án délután 2 órakor fogom Orsova nagyközség házánál megtartani.

A megválasztott köteles állását azonnal elfoglalni.

Orsova, 1905. évi január hó 6-án.

3—3 *A tb. főszolgabiró.*

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
febr. 10.	közs. o.	Nagy-Ilva	200 k., 400 k. lakpénz	Hozsda főszolgabiró
„ 11.	körorv.	Mehádia	2200 korona	Péczely fszb. Orsova
„ 14.	közs. o.	Páty	1200 korona	Geréby főszolgabiró
„ 15.	közs. o.	Pusztaföldvár	1400 korona	Segédfszb. Orosháza
„ 25.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 k. uti át.	Somlyódy főszolgabiró
„ 25.	körorv.	Magyar-Fráta	1600 k.	Gaál Jenő dr. főszolgab.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Tüdőbetegek gyógyintézete

Sanatorium Wienerwald.

Vasuti állomás: **Pernitz**; posta- és távirda-állomás: **Ortmann,** **Bécstől** 2½ órányi távolságban.

Nyáron és télen át nyitva.

Hygienikus-életrendi gyógykezelés.

Dr. Arthur Baer. **Dr. Hugo Kraus.**

Sanguinal

és annak combinatioi orvosi körökben mindinkább elismerésben részesülnek.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0·05 és 0·10.
Javallatok: Phthisis incipiens, scrophulosis.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0·05.
Javallatok: Excessusok után beálló gyengeségi állapotok és bizonyos fertőző betegségek után.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol. carbon. 0·05 és 0·10.
Javallatok: Phthisis pulmon., infiltratiók, scrophulosis.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0·004.
Javallatok: Vomitus gravidarum, scrophulosis, chlorosis, elhájasodás folytán jelentkező vérszegénység.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0·05.
Javallatok: Az emésztő tractus atoniája.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum acid. arsenicos. 0·0006.
Javallatok: Chronikus malaria és neurasthenia, chorea, neuralgia, migrén, psoriasis, régi eczema, diabetes, lymphoma malignum, leukämia stb.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Natr. cinnamylic. 0·001.
Javallatok: Scrophulosis és tuberculosis bármely stadiuma.

Bejegyzett gyári védjegy.

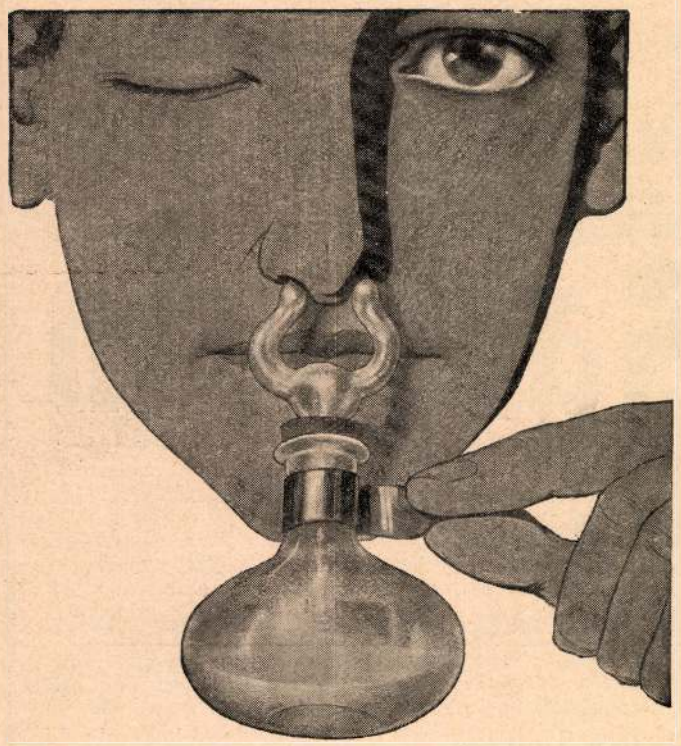
Sanguinal készitményeink összes eredeti üvegei következő védjegygyel vannak ellátva:

Krewel & Co. G. m. b. H.

vegyész.-gyógyszer. készitmények gyára.

Köln a. Rhein.

Irodalom és minták dijmentesen küldetnek.



Chlormethylmenthylaether ($C_{10}H_{19}O\ CH_2Cl$), melyet rövidség okáért

FORMAN-nak

nevezünk, több mint 3 évi klinikai kisérletezés után kitünő náthaellenes szernek bizonyult. Könnyebb esetek 24 órán belül tökéletesen elmultak, súlyosabbak tetemesen megrövidittettek. Az orrüreg hurutos bántalmai a legkedvezöbben befolyásoltattak, zavartalan, nyugodt éjszakák elérettek, heveny hörghurut sok esetben javult.

A német természettudósok és orvosok utolsóelötti (73) hamburgi vándorgyülésén a Forman tüzetesen tárgyaltatott. Nedves levegö vagy még inkább meleg viz behatása alatt a Forman alkotó részeire bomlik. A Menthol és Formaldehyd a keletkezés pillanatában a vizgözökkel elillan s ily módon bejut a légzö-szervezetbe, a eszkély sósav ellenben a nedvesség által elnyeletik és ártalmatlanná tétetik.

Az elöadó egy jó náthaellenes szertöl megköveteli, hogy az gázalakú és könnyen adagolható legyen, ne izgasson és könnyen kezelhetö legyen. Mindeme kivánalmaknak minden tekintetben megfelel a Forman s éppen ezért az elöadó **eszményi náthaellenes szernek** tartja.

Hatása annál gyorsabb, minél korábban alkalmazzuk, t. i. mihelyt a nátha mutatkozni kezd. Mint szüntetö, s influenza és szénaláz idején mint övszer kitünö szolgálatot tesz. A Forman nemcsak csökkenti és enyhiti a Coryzát, hanem orr-, torok- és gégehurutnál, valamint bizonyos bronchitideknél tetemesen enyhiti a bajt. Ezen észleletek mindenben megegyeznek más klinikai szaktekintélyek észleleteivel melyeket azonban jelenleg nem szándékozunk nyilvánosságra hozni.

A Formant kétféle alakban hozzuk forgalomba, ú. m. Forman-gyapot és Forman-pasztillák alakjában. Könnyebb esetekben elegendö a Forman-gyapot, melyet apró pamacsokban az orrüreghe dugunk; súlyos, makacs náthánál ellenben ajánlatos a Forman-belégzés, melyet a Forman-pastillákkal a Forman-üvegböl eszközlünk.

Gyógyszertári részletárak:

Forman-gyapot	40 fill.
10 darab Forman-pasztilla	75 fill.
Forman-üveg	1 kor. 50 fill.

Kisérleti adagokkal és irodalommal készséggel bérmentesen szolgálunk.

DREZDAI VEGYÉSZETI GYÁR, LINGNER.

Fiók Ausztria-Magyarország részére: **K. A. LINGNER, Bodenbach a/E.**

MAI HENRIK és FIA

kiadásában

Budapesten, IV., Muzeum-körút 31. sz.

megjelent és kapható:

Magyar Orvosi Vademecum, szerkesztették: dr. Nékám Lajos és dr. Kétly László, ára három kötetben	kor.	24.—
A gyermekgyógyászat compendiuma, irták: dr. Berend Miklós tr. és dr. Preisich Kornél, átnézte: dr. Bókay János egy. tanár	kor.	10.80
Klemperer G.: Klinikai diagnostika	„	5.—
Sellei József dr.: A bör- és venereás betegségek	„	10.80
Balázs Dezső dr.: Jegyzetek a sebészetből, Réczey tanár előadásai után, egyedüli könyv a sebészetről	kor.	9.—
Berger Mátyás dr.: Törvényszéki Orvostan	„	7.—
Gyermektherapia, szerkeszti dr. Berend M. tanár és többek	„	8.40

Jodol

Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező.** Mindennemü syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0·4—2·0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

— MENTHOL-JODOL —

Dormiol

Gyorsan ható **altató szer** 0·5—3·0 gm. adagokban.
Hatása a chloralhydrattal egyenlő, ennek hátrányai nélkül.
Mellékhatásai nincsenek.

— DORMIOL-CAPSULÁK à 0·5 gm. —

Bismon	Ketol	Orexin	Bioferrin

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

Kalle & Co. A.-G. vegyi gyár, Biebrich a/Rhein.

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára.
Mérsékelt árak. Prospektus.
Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

Praevalidin

Név védve

Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint

kedvező eredmények tuberkulosis, bronchitis, emphysem, anaemiánál

(V. ö. Berliner Klin. Wochenschrift 18. sz.)

Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:
Phillip Röder, Wien, III/2.

Csak gyógyszertárakban kapható.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nők szivesen veszik.

Sokszor kitüntetve. — **Több mint 3500 szakvélemény.**
Orvos urak kivánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**

Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.

Kapható mindenütt.

Kútkezelőség: Brassó.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

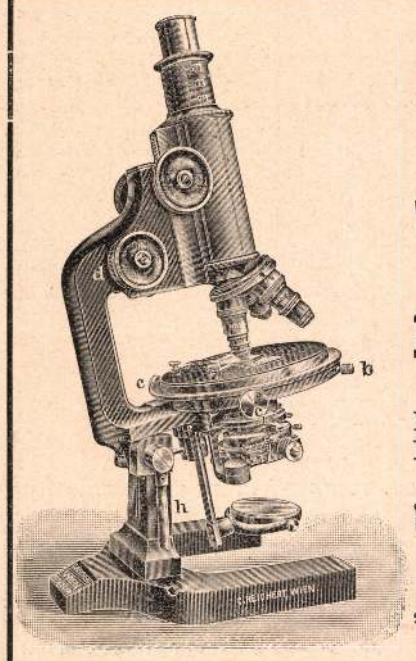
Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.



Optikai intézet

C. Reichert

WIEN,

VIII., Bennogasse 24 és 26.

Különlegesség: **Első minőségű**

Mikroskopok,

Ultra-mikroskopok, Mikrotomok, Haemometer, Polarisatiós- és projectiós-készülékek.

Uj fényerős fotografiai készülékek:

„Combinar" és „Solar".

Katalogusokat a t. cz. érdeklődők kivánatra ingyen és bérmentve kapnak.

Salipyrin

16 év óta több mint **100.000,000** (száz millió) egyes adag. Fényesen bevált ártalmatlan **specificum influenza,** hurutus bántalmak, meghülések és nátha ellen. Kitünő szer **idegzsábáknál, csúzos bántalmaknál,** heveny és idült **izületi csúznál,** és túlságosan bő és rendetlen menstruatiók esetében.

Salipyrin idegcsillapitóan és altatóan hat.

Adag felnőtteknek: 3—6-szor naponta 1·0 gm.; **gyermekeknek:** körülbelül fele. A Salipyrin bevétele előtt és után egy órán belül nem ajánlatos enni; **ezáltal a hatás gyors és megbizható.**

Irodalom rendelkezésre áll. A következő vény: R,: Salipyrin 1·0, dent. tal. dos. X. S. 3—6-szor naponta 1 port, ára a gyógytárakban 1.35 márka.

A legkényelmesebb és legolcsóbb rendelési alak: **Riedel eredeti Salipyrin-tablettái à 1 gm.,** melyek orvosi rendeletre 10 db. ot tartalmazó tekercsben a gyógyszertárakban 1 márkáért kaphatók.

Chemische Fabrik von J. D. RIEDEL, Berlin N. 39.

Szag és iz nélküli a

Zoltán-féle Csukamájolaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitünő hatású: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus** és **scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.** — Készitője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Szabadság-tér

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLITÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

Dr. Mahler Gyula Sanatoriuma Abbazia

klinikailag vezetett gyógyintézet

Szívbetegek, nőbetegek és üdülők részére.

Schott-féle (nauheimi és) **marbachi gyógymód.**

Szénsavas tengervizfürdők, **váltakozó áramú** (sinuidalis) fürdők.

Medico-mechanikai m. Zander-intézet.

Diaetetikus kúrák, hizlaló gyógymód stb.

Közvetlen a tengerparton.
Mérsékelt árak.
Prospektust bérmentve.

Igazgató orvos:
dr. Mahler Gyula
(nyáron Buziásfürdő).

„NEU-SIDONAL"

új hathatós szer

mindennemű húgysavas bántalom sikeres leküzdésére; mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze **in statu nascendi** különös intensitással hat.

„NEU-SIDONAL" könnyen oldható, igen kellemes izű; absolute ártalmatlan és teljesen közömbös. **Olcsó ára** következtében különösen húgysavas állapotok hosszas kezelésére ajánlható.

Kapható minden gyógytárban.

Napi adagja: 2—5 gramm. Ára: 1 gramm 25 pf. = 30 fill. — Ajánlatos rendelési mód: 10 tabletta à 1 gramm. Ára 2.50 márka = 3 korona.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, **Salzufer Nr. 16.**

Negyvenkilenczedik évfolyam. 7. szám. *Budapest, 1905. február 12.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá a köz- és magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: **HŐGYES ENDRE** EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET **Schulek Vilmos** és **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT **Bókay János** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT **Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza** és **ifj. Klug Nándor** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

— **Minden jog fenntartatik.** —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. Uj ínképlő módszer az angolkóros és statikai lúdtalp gyökeres gyógyitására. 99 lap.

Pólya Jenő: Közlemény a sz. István-kórház Herczel tanár vezetése alatt álló sebészeti osztályáról. Uj eljárás nagy czombsérvek gyökeres műtevésére. 101. lap.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 103. lap.

Tárcza. Grósz Emil: A kötelező kórházi gyakorlat a német birodalomban 105. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prof. Gerber:* Handatlas der Operationen am Schläfenbeine. 107. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Fiorentini*: Staphylococcusok okozta fertőzések. — *Schilling*: A vesemüködés nephrectomia után. — *Belgyógyászat. A. Schmidt*: A habitualis obstipatio kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Determan:* Unguentum Credé használata tabes eseteiben. — *Mayer*: Theocin alkalmazása cardialis hydrops eseteiben. — *Folyóiratok átnézete.* 106—108. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Oklevélbemutatás. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Bókai János-emlékalapítvány. — Rövid hirek külföldi egyetemekről. — Radiologiai congressus. — Nyilvános rendelés szellemileg rendellenes (ideges, psychopathiás, abnormis, gyenge tehetségü) gyermekek és fiatalkorúak részére. —Szt. Lukács-fürdő. — A budapesti poliklinika. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Elhunyt. 109. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága. — III. országos elmeorvosi értekezlet. — Közkórházi orvostársulat — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Szemészet. 1. szám. Szerkesztik: *Schulek Vilmos* dr. egy. ny. r. tanár és *Grósz Emil* egy. ny. rk. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr., min. tanácsos.)

Uj ínképlő módszer az angolkóros és statikai lúdtalp gyökeres gyógyitására.

Hevesi Imre dr., klinikai I. tanársegédtől.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. nagygyülésének sebészeti szakosztályi ülésén 1903. szeptember 9-dikén fenti czím alatt előadást tartottam, melyet azért tartok érdemesnek itt visszaadni, mivel új dologról van szó, a melyet szélesebb köröknek hozzáférhetőleg még nem bocsátottam közre. Mióta ínátültetésekkel foglalkozom, a kóroda változatos beteganyagában több igen súlyos lúdtalp esete is előfordult. A hüdéses lúdtalp ínáttevéssel való gyógyitása magától értedödőnek látszott azon elveknek megfelelően, a melyek újabban — nevezetesen külföldi sebészek körében — mindinkább tért hódítanak és a melyeket az Orvosi Hetilap hasábjain is alkalmam volt bővebben kifejteni.

Felmerült azonban az a kérdés, mi módon lehetne a nem hüdéses lúdtalp súlyosabb alakjainál, miután a láb egyes részeinek helyes állását külső erővel helyreállítottuk, ezt a kijavított állást állandóvá tenni, azaz a visszaesés ellen biztosítani? Kétségtelenül az volna a legelőnyösebb eljárás, mely lehetővé tenné azt, hogy a láb kijavított állása önmagában megállhasson, sőt idővel külső támasztól menten is elviselhesse a testsúlylyal való megterhelést a nélkül, hogy a kóros állásba visszasülyedne.

A lúdtalp kórboncztani viszonyainak figyelmes tanulmányozása csakhamar megmutatta azon utat, melyet czélravezetőnek — mondhatnám egyedül czélravezetőnek — kell tartanom.

Mindenekelőtt számot kell vetnünk azon körülménynyel, hogy a kifejlődött lúdtalp összetett idomtalanság, melynek leglényegesebb kórboncztani alapja a láb csontvázának alakváltozásában és állásváltozásában rejlik. Még pedig úgy a csontvázat alkotó egyes csontoknak alakja, valamint a részeknek egymáshoz és a lábszárhoz való viszonya is el van változva. Először a csontok egymáshoz való viszonya, vagyis az egyes csontvázrészek állása tér el a rendestől. A rendellenes állás azután másodsorban a csontok alakjának megváltozását vonja maga után azon táplálkozási folyamatok útján, melyek az egyensúly viszonyai változásának megfelelően módosult környi ingerek behatása alatt az egyik oldalon képlésben, a másikon felszívódásban nyilvánulnak. Ezek a folyamatok a csontok megterhelésével szorosan kapcsolatos törvényszerüséggel játszódnak le és mindazon tényezőket, melyek a végeredménynek, t. i. a szövetszerkezet és külső alak átalakulásának létrejöttében közrejátszanak, Julius Wolff tanítása szerint röviden összefoglalhatjuk azon *erő* fogalmában, mely a csontokat teherviselésükkel arányban átalakítja. (Gesetz der Transformationskraft der Knochen unter dem Einflusse der funktionellen Belastung.)

Az álláselváltozások a következőkben foglalhatók össze:

Az utóláb a lábszárral szemben a felső ugrócsonti izületben talpi hajlításban, az alsó ugrócsonti izületben borintásban van; az előláb az utólábbal szemben lábháti hajlításban és távolításban áll. A lúdtalpú láb tehát pes flexus, pronatus (valgus), reflexus (planus), abductus.

Külső megszemlélésnél legfelötlőbb a lábboltozat lesülyedése, illetve a mediális boltívnek középfelé való ledülése annyira, hogy a sajkacsont gumója a talajra fekszik, továbbá a lábnak a boka alatt való oldalfelé törése, mi a belső boka erős kiugrásában és

az Achilles-ín oldalvást homorú ívéltségében jut kifejezésre. Az Achilles-ín tetemes megrövidülése miatt lábháti hajlítás még derékszögig sem végezhető.

A baj már korai szakában hamar beálló fáradságérzettel, sőt fájdalommal jár, mely később annyira fokozódhatik, hogy a járást teljességgel lehetetlenné teszi. Ez az idomtalanság tehát a szenvedő egyénre nézve nem csupán szépséghibát, hanem igazi szerencsétlenséget jelent.

E szük keretbe nem illik a lúdtalpat előidéző okoknak és a kezelés szokásos módjainak felsorolása. Csupán annyit említek meg, hogy az orthopaediai kezelés előrehaladottabb alaknál rendkivül hosszadalmas és olyan fáradságos, időrabló, hogy annak következetes kivitele szinte alig lehetséges. De még akkor sem mindig kielégítő az eredmény, ha minden ilyes eszközt felhasználtunk.

Ugy látszik, hogy mások is hasonló meggyőződésre jutottak, mert kiváló sebészek a legkülönbözőbb műtéti beavatkozásokat ajánlották a lúdtalp gyógyítására. Ezek közül a különféle csontátmetszéseket és csontkimetszéseket mellőzhetem, mert ilyenek sem az állás kiigazítására, sem a deformált csontok átalakítására nem szükségesek.

A mi az állás kiigazítását illeti, 2—3 narkosisban végzett erőszakos redressement segélyével pár hét alatt a legnagyobb fokú és legrögzítettebb lúdtalpat is annyira mobilizálhatjuk, hogy a lábat akár tetemes dongaláb-állásba is lehet beállítani. A kiigazított állásban való működési megterhelődés azután a csontok kivánatos visszaalakulását úgyis maga után vonja.

Mások ínműtétekkel tettek kisérleteket, illetve ilyeneket hoztak javaslatba.

Igy *Hoffa* melegen ajánlja a m. tibialis posticus inának megrövidítését, melyet többször végzett jó eredménynyel. Ugyanezt ajánlja *Francke*. Azonban *Hoffa* könyvének legújabb kiadásában megjegyzi, hogy: „az operált esetekben *magától értetődőleg* még egészen mozgékony lúdtalppal volt dolgunk.“ *Vulpius* ezen eljárást angolkóros lúdtalpnál teljesen élettani alapon nyugvónak mondja ugyan, de — ellentétben Hoffával — azt a megjegyzést fűzi hozzá, hogy az mindazonáltal csak egyes, kiváltképen nagyfokú esetekben lehet javalva, vagy ha külső körülmények különösen gyors gyógyeljárást tesznek kivánatossá.

Francke módszere a hanyintás erősbítésére irányul. Ezt úgy akarja elérni, hogy a m. tibialis anticus inát tapadásáról lefejtve, azt az első lábközépcsont alsó felületére varrja. Erre megjegyezhetem, hogy az igy áthelyezett izom az előlábat tényleg hanyintás felé terelheti ugyan, de egyúttal még jobban a lábhát felé is hajlíthatja, vagyis az idomtalanság egyik összetevő elemét, t. i. az előláb visszahajlását, még fokozhatja.

Helyesebb nyomon járt *Nicoladoni*, mikor röviddel elhunyta előtt az Achilles-ín egy csücskének a m. tibialis posticusra való áttételét ajánlotta. Ez az izom ugyanis az előlábat erősen közelíti és talpfelé hajlítja, miáltal a medialis boltív fenntartásához jelentékenyen hozzájárul. Azonkivül a m. tib. posticusnak erőteljes hanyintó hatása van, miről úgy hullakisérletek útján, mint műtéteim alkalmával is közvetlen meggyőződést szereztem.

Semmiképen sem észszerü *Bardenheuer* kisérlete a m. tib. posticus áttevésével a m. tib. anticusra, mert ez által a lábat egy előnyösebb hatású izomtól fosztanánk meg a sokkal kedvezőtlenebb működéssel biró m. tib. ant. javára. Utóbbi ugyanis, ha támadópontja rendes tapadásánál marad, nézetem szerint a meglevő pes reflexus-t, vagyis az előláb visszahajlását, a mi egyértelmü a lábboltozat lelapulásával úgy is fokozza, annál inkább, ha még meg is erősíttetik.

Ez utóbbi hibát kikerüli egy újabb eljárás, mely *Ernst Müller*-től származik. Ő a m. tib. ant. inát a sajkacsontban fúrt csatornán áthúzta és a végét visszahajtva a csontra erősítette. Az igy megrövidített ín valóban jó szolgálatot tesz, mert hanyintás mellett a lábboltozatot fel is emeli. *Müller* egyszersmind Achilles-ínmetszést is végez, mit már régebben ajánlott *Krauss*, újabban ismét *Hoffa* és az amerikai *Schaffner* a lúdtalp redressement-jának bevezetésére.

Ezen előzmények után áttérhetek saját eljárásom leirására, mely a maga egészében ugyan eredeti, de a melynek egyes részleteiben olyan müveletekre is ráismerhetünk, a melyeket egyenként már más szerzők részint ajánlottak, részint pedig gyakoroltak.

Előrebocsátom, hogy a műtéti gyógymód szempontjából nem teszek elvi különbséget az úgynevezett megtört vagy kihajlott láb (Knickfuss) ép a lúdtalpú láb (Plattfuss) között. Sőt klinikai szempontból sem tartom helyesnek, hogy két különálló kóralak gyanánt tárgyaljon az ember olyan állapotokat, melyek elvégre is nem egyebek, mint egy és ugyanazon idomtalanságnak másmás stádiumai, vagy pedig egyik vagy másik tünet előtérbe nyomulásának kifejeződései. A valgus-állás lehet a többi tünethez képest nagyon feltünő, meg is előzheti ezeket, de később a többi tünetek is hozzácsatlakoznak, ha az előidéző okok tovább müködnek.

Mindazon esetekben, a hol az idomtalanság egyes tényezői annyira haladtak, hogy a láb rendes alakja erőszak nélkül nem állítható helyre, a hol tehát az egyes kóros állások többé-kevésbé rögzítettek voltak, első teendőmnek tartottam a teljes mobilizálást. A lábat annyira mozgékonnyá kell tenni, hogy az könnyedén nemcsak rendes, hanem túlzottan kiigazított állásba (hypercorrectio), mintegy dongalábállásba hozhatóvá legyen. A mobilizálást az idomtalanság mértékéhez képest 1—3 ülésben, altatás közben végzett erőszakos redressement útján értem el, a mikor is a zsugorodott lágyrészek részint kinyúlnak, részint elszakadnak. Ez alkalommal főleg az előláb közelítésére és talpi hajlítására s a mennyire lehet, hanyintásra törekszem. Az ilyen fokozatos kiigazítás (redressement en étappes) céljaira hasznos eszközeim először is egy *König*-féle párnázott ék, melyre a lábat a sajkacsont táján ráfektetve, két kézzel a sarokra és lábcsúcsra támaszkodom és testsúlyommal reánehezedem. A művelet hatásos, ha jó recsegés hallatszik. Az erőhatás növelésére még erős lökéseket is alkalmazok. Jó szolgálatot tesz egy erős *Thomas-wrench* is. Súlyos esetekben még a *Hoffa-Stille*-féle osteoklast-redresseurt is felhasználom, még pedig kétféleképen: egyszer a lábszárat, azután a lábfejet rögzítve a fémlapok közt.

Az utóláb háti hajlítása és a hanyintás teljessé tétele a véres műtét első müveletét alkotó Achilles-ín megnyújtása után válik csak lehetségessé. Az Achilles-ínon azért nem végzek előre ínmetszést, mert arra még ináthelyezés végett szükség lesz.

Egy két ülésben a mozgékonnyá tétel be van fejezve s gipszkötés tartja fenn a túljavított állást addig, míg az erőszakos redressement okozta keringési zavarok, duzzanat stb. kiegyenlítődnek, mire az eset súlyossága szerint 2—6 hét szükséges. Most következik a véres műtét.

Az Achilles-ín és belboka közt 10—12 cm. hosszmetszésből először is lehasítok az Achilles-ínról egy szeletet s ezt a sarokcsontról levágom. Az Achilles-ín többi részét plastikailag megnyujtom oly módon, hogy különböző magasságokban mindkét oldalán a közepéig terjedő harántbemetszéseket ejtek, váltakozva mindegyik oldalon kettőt. Ezek után az ín, ha a lábat háti hajlításba eröltetjük, rostjai eltolódása folytán könnyen megnyújtható. Az ín megnyujtása után a láb háti hajlítása és supinálása meglepően könnyüvé válik. Most a m. tib. post. ínhüvelyét hosszában felhasítva *Lange* módszere szerint lehetőleg megrövidítem. Az erre használt vastag selyemfonállal egyúttal rávarrom az Achilles-ín szeletét a m. tib. post. ínára.

Azután a láb belső szélén a bokától a lábközép közepéig terjedő hosszmetszést ejtek s *Müller E.* módjára a m. tib. ant. inát tapadásáról lefejtve keresztül húzom az os navicularean rózsatrepannal fúrt plajbásznyi bőségü csatornán felülről talpfelé. Az áthúzás az ín végére erősített vastag selyemhurok segélyével történik olyképen, hogy az ín lehető megfeszítése mellett rajta a csontot felfelé nyomjuk, mit a lábfej erőteljes háti hajlítása és hanyintása jelentékenyen megkönnyít. E művelet által a láb boltozata helyre van állítva és annak fenntartása a m. tib. anticusra bizva az által, hogy a sajkacsontból kicsüngő ínvéget a csont mediális oldala körül felhajtva a selyemfonál segélyével a csonthártyához, a feszes szalagokhoz és magához az ínhoz erősítem. (*Müller E.* az inat ezüstsodronnyal a csonthoz varrja.)

Hogy a m. tib. ant. feladatának jobban megfelelhessen, én még megerősitem az által, hogy a lábszáron a m. ext. hallucis inát egy kis hosszmetszésből átvágom, központi csonkját a m.

tib. anticusra, környi csonkját pedig a közös hosszú ujjfeszítőre ültetem át.

A műtétet az inátültetéseknél szokásos módon, az ínhüvelyeknek, a pólyáknak és a bőrsebnek folytonos selyemvarrattal való zárása fejezi be. A túljavított állás fenntartására két erős gipszsínt alkalmazok, melyek mindegyike a végtagot a térdig fél kerületében fogja körül. Először egy hátulsó sínt illesztek a végtagra és calicot-pólyával ráerősítem, azután egy mellső sínt, melyet újból calicot-pólyával rögzítek. A sínek bármelyike akármikor külön külön levehető, mialatt a másik az állást biztosítja, ha épen utána akarna nézni az ember a sebeknek. Erre ugyan szükségem sohasem volt, sőt a kötést nyugodtan hagyhattam 3—4—5 hétig, a mikor azt levéve, a bőr fonalát kiszedtem.

Ezen módszer szerint eddigelé öt lúdtalpat operáltam. Az első ilyen műtétet 1903. február 24-dikén végeztem, tehát több mint egy év előtt, kettőt egy év előtt; a negyedik óta tíz hónap, az ötödik óta öt hónap telt el. A láb kijavított állásában visszaesés, nevezetesen a lábboltozat újbóli leereszkedése vagy a valgitas újbóli beállta egyiknél sem mutatkozott.

Eseteimet úgy eredeti állapotukban, mint a kötéslevétel után, valamint öt hónaptól egész egy évig terjedő idő mulva is az Erdélyi Múzeumegylet orvosi szakülésein ismételten bemutattam, egyet pedig a mult őszi vándorgyülésen demonstráltam. A láb alakjában beállott változást illetőleg szembeötlő a hosszivezet helyreállta s a valgitasnak inkább borintásos állásba való átmenete, melynek kifejezéseképen az Achilles-ín, mely a lúdtalpnál oldalfelé irányított homorulattal volt elhajolva, most inkább befelé homorú ívet alkot. A láb háti hajlítása is helyreállt.

Ezeknek az alak- és állásváltozásoknak az illustrálása végett mellékelem egyik legsúlyosabb esetem fényképeinek és talplenyomatainak másolatát. (1—8 ábra.)

Betegeinknek a gipszkötés levétele után lúdtalp-czipőket készíttettem, melyeknek viseltetését hosszabb időn, esetleg még éveken át is igen ajánlatosnak tartom. Ezeket legczélszerűbb a javított állásban felvett gipszöntvény után faragott kaptafára csináltatni. Súly fektetendő arra, hogy a láb boltozata kellőképen alá legyen támasztva és hogy a talp és sarok a belső oldalon valamivel magasabb legyen. Volt ugyan olyan betegem is, a ki a műtét után hónapokig mezítláb járt és mégsem mutatott visszaesést; de azért épen az első hónapokban koczkáztatottnak tartanám az izomzat túlterhelését.

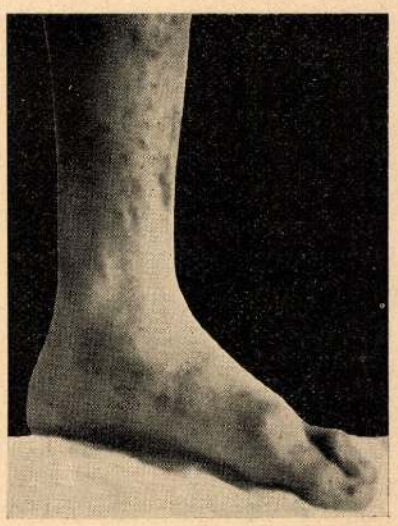
További eseteimben a leirt eljárást részint módosítottam, részint pedig kibővítettem.

Egy Schwarz J. nevű 14 éves tanuló, kinél a jobb láb fájdalmas lúdtalpa miatt az ismertetett műveleteket végeztem a legszebb eredménynyel, mikor a kötés levétele után a műtétre 4 héttel járni kezdett, csakhamar panaszkodott, hogy most a bal lába kezd fájni. Ez a láb akkor mérsékelt valgitas mellett a

Fájdalmas, teljesen rögzített lúdtalpról készült összehasonlító felvételek.

1. ábra. Műtét előtt.

2. ábra. Redressement és Hevesi-féle műtét után 6 hétre.



3. ábra. Egy év mulva.

4. ábra. Ugyanaz hátulról műtét előtt

5. ábra. Műtét után 6 hétre.

6. ábra. Műtét után egy évre, activ supinatio-állás.

7. ábra. A talp koromlenyomata műtét előtt.

8. ábra. A talp koromlenyomata műtét után.

lábboltozat észrevehető leereszkedését mutatta, melyet még könnyen ki lehetett egyenlíteni. Sőt a láb szerkezete bizonyos lazaságot tüntetett fel, mert passive mindenféle rendes és hibás állásba könnyen lehetett beállítani. Az esetet mindjárt felhasználtam mintegy ellenőrző kisérletre az iránt, vajjon nem lehetne-e csupán redressement-nal és lúdtalp-czipővel legalább az ilyen kezdődő bajnál műtét nélkül is boldogulni. Ezért a lábat a legtúlzottabban korrigált, valóságos dongaláb-állásban begipszeltem, két hét mulva pedig ugyanolyan lúdtalp-czipőt adtam reá, a milyent operált lábán viselt. Azonkivül épen úgy kezeltettem massage-zsal, tornával és villamozással, mint operált lábát. E mellett fájdalmai nemcsak hogy nem enyhültek, hanem ellenkezőleg annyira fokozódtak, hogy az időközben a kórházból már eltávozott beteg ismételten azon kivánsággal jelentkezett, hogy bal lábának operálása végett a sebészeti klinikára újból felvétessék. Nem megvetendő birálata a műtéti eljárás hasznának!

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. István-kórház Herczel tanár vezetése alatt álló sebészeti osztályáról.

Uj eljárás nagy czombsérvek gyökeres műtevésére.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr. műtő, alorvos.

A czombsérvek nemcsak sokkal ritkábbak, hanem rendszerint sokkal kisebbek is az inguinálisoknál, a minek oka egyrészt a sérvkapunak az inguinálisénál sokkal kisebb tágulékonyságában, másrészt pedig abban is van, hogy e sérvek hordozói első sorban nők, a kik nem végeznek oly súlyos munkát, nincsenek oly nagy megerőltetéseknek kitéve, mint az inguinalis herniára praedisponált férfiak.

A cruralis herniák kicsiny volta, a hosszú, keskeny, részben csontosfalú sérvcsatorna okozza azt, hogy műtét után aránylag ritkán recidiválnak, s hogy a tankönyvek általában igen dicsérik a cruralis herniák radicalis gyógyulásra való hajlamát. Hogy azonban a fentjelzett körülményekben, s nem a cruralis sérvcsatorna elzárási módjának tökéletességében rejlik a recidivák relativ ritkaságának oka, azt mi sem bizonyítja jobban, mint *Pott* gyüjtőstatistikája,[1] mely 200, a herniák radicalis műtéteinek eredményeit összeállító munka alapján készült. E szerint 299 operatio után végleg gyógyult czombsérvre esik 123 recidiva, 2 esetben a recidiva bekövetkezte bizonytalan, a műtét utáni radicalis gyógyulás tehát 70·5%. A sérvkapu elzárása nélkül operált esetek közül 100 gyógyult véglegesen, 58 recidivált; a radicalis gyógyulások száma tehát 63%, míg a sérvkapu elzárásával operált esetek 111 végleges gyógyulására 42 recidiva esik, vagyis 71·6% ot tesz ki a radicalis gyógyulás. A sérvkapú elzárásával és elzárása nélkül operált esetek gyógyulási aránya tehát csak csekély különbséget (8—9%-ot) mutat fel. A műtéteknek az a *sokféle* változata is, melyet a cruralis herniák ellen folyton ajánlottak és ajánlanak, szintén azt bizonyítja, hogy a chirurgusokat a divatos methodusok nem elégítik ki, és különösen nagy herniák elzárásánál, ha a közönségesen elterjedt, a sérvcsatorna falait directe egyesíteni törekvő eljárásokat próbáljuk meg, az oly nagy feszüléssel jár, hogy az ilyen nagyobb cruralis hernia műtéte után rendszerint bekövetkező recidiván egyáltalán nem szabad megütköznünk, szinte az menne csudaszámba, ha a recidiva nem következnék be. Midőn a közelmultban *Herczel* tanár úr szíves megbizásából egy recidiv nagy herniát igen tág sérvkapuval volt alkalmam megoperálni, a ligamentum Poupartii odavarrása az os pubis csonthártyájához a czomb erős felhajtása mellett is egyáltalán lehetetlennek látszott, s ekkor folyamodtam amaz eljáráshoz, melynek ismertetése e közlés tárgyát képezi. Mielőtt azonban az általam követett műtét leirását adnám, szabadjon röviden összefoglalnom a hernia cruralis gyökeres gyógyítását czélzó műtéti eljárások legfőbb elveit.

A szerzők egy csoportja a sérvtömlőcsonk magas elhelyezését czélozza, hogy a peritoneum simán fusson el a canalis cruralis táján, s ezért a sérvtömlő csonkját a Poupart-szalag felett a hasizomzathoz rögzítik (*Ruggi*, *Berger*), vagy a kiürített sérvtömlőt a Poupart-szalagon megtörik (*Kocher*), vagy invaginatio után a Poupart szalag felett újabb bemetszést ejtenek a peritoneumon s a visszainvaginált sérvtömlőt itt kötik le (*Kocher*); e mellett a canalis elvarrását is alkalmazzák, a Poupart-szalagot a fascia pectineahoz s a szeméremcsont vastag csonthártyájához (ligamentum Cooperi) varrván; *Berger* dohányzacskószerű matrácz-varratokat használ erre a czélra.

Bassini megelégszik a sérvtömlőnek magas lekötésével, s azután varratokkal előbb a ligamentum Gimbernatit és a Poupart-szalagot varrja a fascia pectineához, majd a plica falciformist ugyanide, mi által ⌐ alakú varrattal az egész canalis cruralist elzárja.

Mindezen varratok azonban már valamivel nagyobb sérvnyílásnál csak a legnagyobb feszüléssel történhetnek, a feszes Poupart- és Gimbernat-szalag nem húzható le a szeméremcsonthoz és a fascia pectineához s ezért ezen képletek mobilizálására törekedtek; *Delagenière* úgy, hogy a Poupart szalagot egyszerüen a közepén átvágja, *Fabricius* a belső szögletén a tuberculum pubicumon való tapadásáról vágja le a Poupart-szalagot, *Jaboulay* a tuberculum pubicumot levési, s igy teszi mozgékonynyá a Poupart-szalagot, hogy a fascia pectineához s a fascia Cooperihez varrhassa. Hátránya ezen eljárásoknak, hogy a canalis inguinalist tágitják, a miért secundaer inguinalis herniák képződésére szolgáltathatnak alkalmat, továbbá az, hogy a varratok nagy sérvkapuknál még igy is csak nagy feszüléssel alkalmazhatók, könnyen kiszakadnak. Azért az eljárások egy csoportja nemcsak a gyenge Poupart-szalagot és ez által az obliquus externus aponeurosisát húzza le a szeméremcsonthoz és fascia pectineához, hanem a ferde és haránt hasizmokat is (*Lotheissen*, *Gillin*, *Leuzzi*), a varratok kiszakadásának elkerülésére pedig *Roux* kengyelalakú, a kőművesállványok kapuihoz hasonló szegekkel odaszegezi a Poupart-szalagot a szeméremcsonthoz. *Herzen* 2—4 lukat fúr a szeméremcsont mellső éle alá, s ezeken át vezetett fonalakkal köti oda a Poupart-szalagot a csonthoz, *Cavazzani* pedig megfelelően görbített tüvel alája szúr a szeméremcsont haránt ágának, s a Poupart-szalagot a csont mögé húzza le.

Ezen eljárások mindenesetre egy kissé erőszakosak, s tekintettel a nagy vérerek (cruralis, epigastrica, obturatoria) közellétére, határozottan veszedelmesek is (különösen a *Cavazzani*-féle átszúrás az os pubis haránt ága alatt).

Az eljárások egy további csoportja egy pelottaszerű tömeggel tölti ki a canalis cruralist; mint *Macewen* az inguinalis herniánál, úgy itt *Lauenstein* a sérvtömlőt használta fel ezen czélra, mások catgutot, decalcinált csontot, üvegpamutot inplantáltak a sérvcsatornába.

Kraske a szeméremcsontról vett egyszerű, *Mikulicz* kettős periostlebenynyel igyekeztek a canalis cruralist elzárni, míg *Trendelenburg* a szeméremcsont egy lemezét véste le és visszahajtván, ezzel zárta el a czombcsatornát. Hogy ezen műtétek után a bevitt idegen testek kilökődése, egyes csontszilánkok elhalása, s ennek folytán genyedés könnyen jöhet létre, s ezen genyedés az egész gyógyeredményt komolyan koczkáztatja, az kézen fekvő dolog; maga a periostlebeny pedig gyengének látszik a netán képződni akaró hernia visszatartására; ugyanez áll *Salzer* kisérletére nézve, ki a fascia pectineából készített lebenynyel zárta el a canalis cruralist.

Schwartz, párisi sebész magából a pectineusból készített lebeny felhajtása által zárta el a sérvkaput igen jó eredménynyel. *Gesland* (Thése de Paris. 1897.), *Watson Cheyne* pedig az adductor longusból vett lebenyt használta fel ezen czélra.

De Garay a sartoriusnak a feléből képezett egy izomlebenyt és azt a fascia lata felett vezetve, a fossa ovalison át bedugta a canalis cruralisba. (Semaine médicale. 1896.)

Az általam végzett műtét ezen *myoplastikus* eljárásokhoz csatlakozik; plastikus anyagul, a cruralis csatornát kitöltő pelotta gyanánt a musculus sartoriust használom fel, és pedig egész vastagságában, a mennyiben a sartoriusnak a czomb mozgatásában csak igen jelentéktelen, s igy könnyen nélkülözhető szerepe van, s a sartoriusnak fele, a mint azt *de Garay* alkalmazza, elégtelen a nagy czombsérvkapu teljes kitöltésére; a sartoriust a fascia lata alatt vezetvén el a nagy edények fölött, elérem, hogy a czombcsatorna erősen el van zárva a vena felé is, a hol különben az elzárás úgy a Poupart-szalagot, illetőleg hasizomzatot

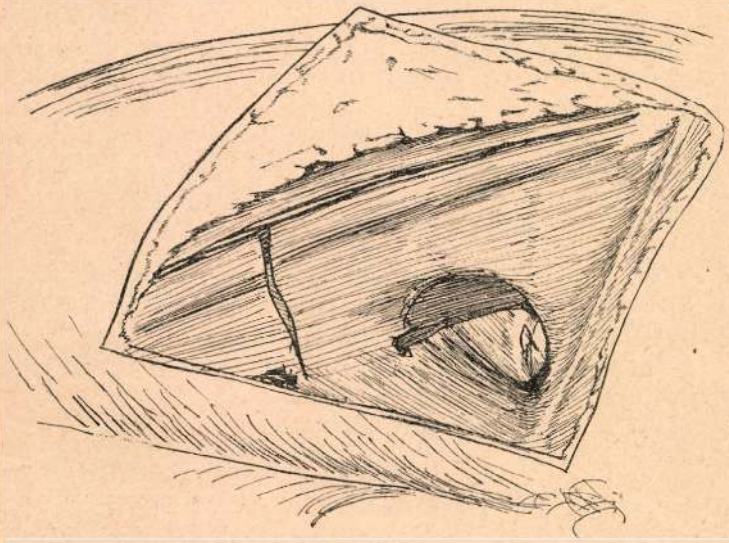
[1] Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 70. kötet.

lehúzó módszereknél, mint a lebenyes plastikáknál is természetszerűen gyengébb, mivel a vena compressiojának, átöltésének veszedelme miatt tőle a varratokkal bizonyos távolságban kell maradnunk. Végül a fascia latából képezett lebeny reáhajtása által a czombcsatorna elzárását még tökéletesebbé teszem.

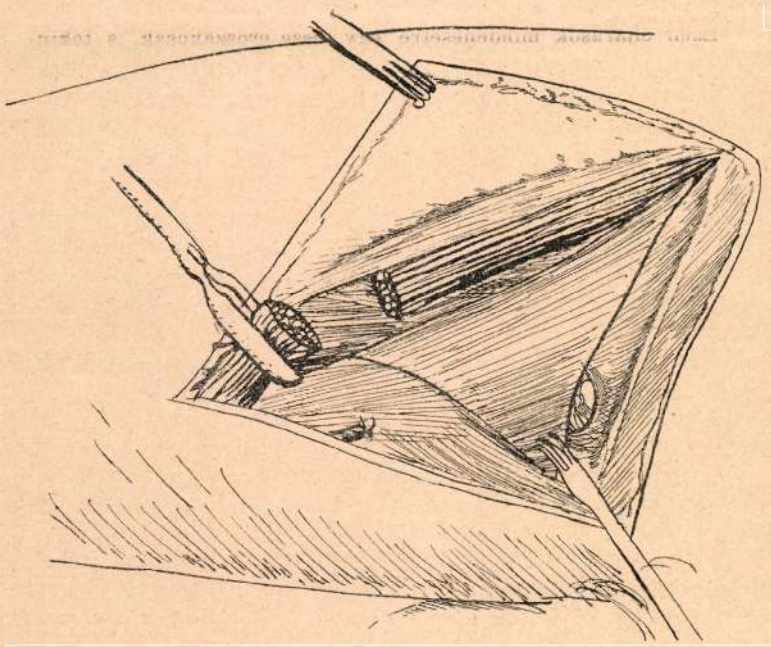
Eljárásom a következő:

1. **F** v. **T**-alakú bőrmetszés; a függélyes szár a sérv legnagyobb domborulatán át a Poupart-szalagtól a czomb közepéig, a haránt szár a Poupart-szalag mentén.

2. A bőrlebenyek visszapraeparálása; a vena saphena két lekötés közti átvágása; a sérvtömlő kipraeparálása; a sérvtartalom ellátása és visszahelyezése; a sérvtömlő lehető magas lekötése.



I. ábra.



II. ábra.

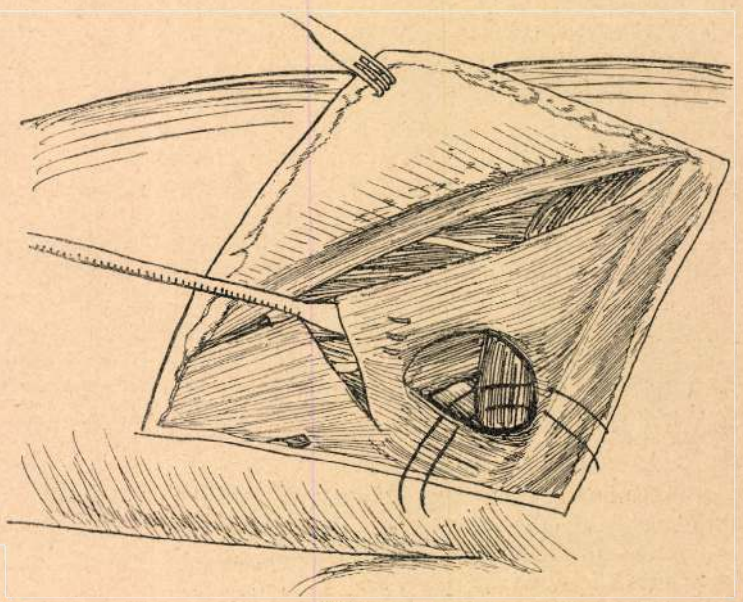
3. A spina ant. sup.-tól kiinduló metszéssel körülbelül a czomb közepéig felhasitjuk a musculus sartorius hüvelyét, lehetőleg az izom külső széléhez tartva magunkat. Az izmot közepe táján, úgy hogy kényelmesen legyen a canalis cruralisba fektethető, harántul átvágjuk, a distalis csonkot catguttal átöltve és lekötve, a proximalis csonkon csak a vérző helyeket alákötve. (I. és II. ábra.)

4. A fossa ovalis felől a nagy edények felett egy tompa eszközzel átbökjük a sartorius hüvelyét, s a nyilást kellőkép tágítva, ezen a sartoriust áthúzzuk, vele a czombcsatornát kitöltjük, s néhány öltéssel a fascia pectineához, a ligamentum Cooperihez, a ligamentum Gimbernatihoz és a Poupart-szalaghoz is hozzávarrjuk.

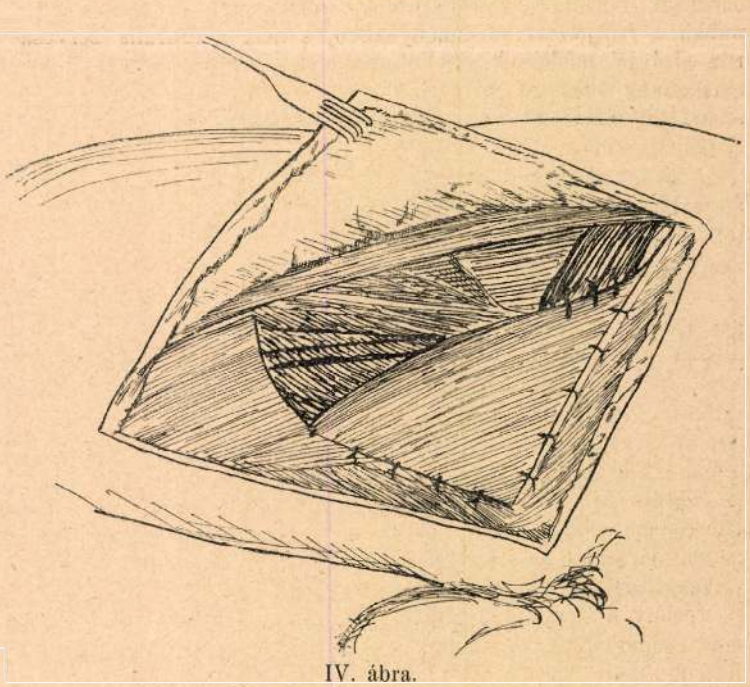
5. 2—3 vastag catgutfonállal átszúrunk a Poupart szalagon, az odafektetett sartoriuson s a fascia pectineán s ezeket csomózzuk. Ez által az izom a canalis cruralis mélységébe lesz sülyesztve. (III. ábra.)

6. A sartorius hüvelyén történt bemetszésre egy második, az előbbire majdnem függélyes, vele egy felfelé nyilt, kissé tompa szöget képező metszést vezetünk a fascia latán, az így képezett lebenyt felpraeparálva visszahajtjuk (v. ö. II. ábra.), s az aponeurosis obliqui externihez és a fascia pectineához varrjuk finom selyemöltésekkel; néhány öltéssel az alábujtatott sartoriust is rögzítjük a fascia visszahajtási széléhez. (IV. ábra.)

7. Bőrvarrat.



III. ábra.



IV. ábra.

Ezen mütétet élőn mindössze két izben nyilott alkalmam végezni. Egy 34 éves nő, kinek baloldali, jó ökölnyi szabad sérve volt, 2 ujj számára átjárható czombcsatornával, a mütét után teljesen simán meggyógyult; a másik mütét egy 53 éves, meglehetősen gyenge és arthritikus egyénen történt, kinek jobboldali, jókora gyermekfejnyi, részben reponibilis, részben ökölnyi, adhaerens csepleszdarabot tartalmazó recidivált czombsérve volt. A sérvcsatorna, mint a mütétnél meggyőződtünk, bőven kétujjnyi volt.

E beteg is a mütét után 17 napig teljesen láztalan volt, sebe per primam meggyógyult. 17 ed napra csekély hőemelkedés (38°-ig) kiséretében a czombon egy kis tályog keletkezett, melyet azonnal megnyitottunk, 8 nappal ezután (tehát a czombsérv műtéte utáni 25. napon) hidegrázás és 39·6°-ig menő láz kiséretében

a megnyitást czélozó incisio körül erysipelas lépett fel, mely gyorsan terjedt a hátra, a bal czombra s a bal felső végtagra és melynek a különben is gyenge beteg a negyedik (a mütéttől számítva 29.) napon áldozatául esett.

Az *Entz* dr. tanársegéd által a *Genersich* tanár vezetése alatt álló prosecturában végzett sectio kimutatta, hogy a mütét helyén az összes rétegek egyesültek, a hernia cruralis helyére fektetett izom- és fascia-lapok teljesen összetapadtak, genyedésnek közöttük nyoma sincsen. A peritoneum a cruralis csatorna irányában egyáltalán nem nyomható előre, szóval a czombcsatorna a mütét által idealis módon el lett zárva.

S így ezen esetben a fellépett fatalis complicatio folytán egy oly anatomikus bizonyíték birtokába jutottunk, mely az általam proponált mütét alkalmas voltát nagy cruralis sérvcsatornák tökéletes elzárására fényesen igazolja. Azoknak az összenövéseknek szétválása, melyek ezen esetben 29 nap alatt a sérvcsatorna falai, a beléje fektetett izom s a reája fektetett fascia lata közt keletkeztek, nem képzelhető, s épen oly kevéssé tehető fel a cruralis csatornát pelottaszerüen kitöltő sartorius későbbi atrophiája, minthogy az izmot ellátó ideg (a n. cruralistól) és vérér (az art. circumflexa femoris ext. ból) az izom felső negyedében lép be, s így a plastikára felhasznált izomrészletet dúsan táplálja és ellátja.

Mindenesetre azonban csak nagy herniáknál, nagy sérvkapuknál van ezen mütét végrehajtásának értelme és jogosultsága, kis cruralis sérvek bárminő eljárásra radicalisan gyógyulnak és recidivára való hajlandóságuk általánosan elismert módon igen csekély.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskereken.

Gyermekölés bűntette.

Sz . . . községe 1901. évi márczius hó 12-dikén azt sürgönyözte a n . . . b . . i kir. ügyészségnek, hogy „özvegy P. K. ma éjjel gyermeket szült s annak nyakát késsel elvágta.“ Ezen távirati jelentésre a kir. törvényszék vizsgáló birája „a hulla felbonczolását és a tettesnek a szülésre vonatkozó megvizsgálását“ elrendelte.

A vezetésem alatt másnap Sch. J. dr. m . . i körorvos által végzett bonczolat alkalmával a következő jegyzőkönyv vétetett fel:

A) Külvizsgálat.

1. A fiúcsecsemö hullája 50 centimeter hosszú, böre igen halványsápadt, rajta hullafolt alig van, különben mindenütt sajtmázzal és vérel szennyezett, zsírral a bör eléggé alápárnázott.

2. Hajzata barna, 2 centimeter hosszú, elég sürü. A láták tágultak, kerekek, egyenlök.

3. A nyak elül harántul teljesen a gerinczoszlopig terjedöleg ketté van vágva úgy annyira, hogy az egész nyak úgyszólván elül hiányzik és a lecsupaszított gerinczoszlop meztelenül látszik, mert nemcsak a bör és az izmok vannak egyszerüen átvágva, hanem egyúttal a gégefő és a nyelv, úgyszintén a bárzsing is hiányzik.

4. A nyak sebének összeillesztésekor kitünt, hogy tulajdonképen három metszés van, a középen egy, mely a nyakat egész vastagságában átszeli és egy másik a szájnak bal zugától lefelé húzódik a szegycsont közepéig; míg a harmadik a száj jobb zugától kiindulva, az alsó állkapocs vízszintes részére terjed s ott az alsó állkapocs csontja is ketté van szelve; ezen metszés egészen a szájba terjed s az ezáltal létrejött lebeny az állkapocscsont átvágott végét magába foglalja. Mindezen három metszési seb szélei élesek és végük hegyes csúcsban találkozik.

5. A mellkas domború, a has petyhüdt, a köldökzsinór a has középvonalában közelebb a szegycsonthoz; a köldökzsinór két ujjnyi vastag, kocsonyás vége be nem kötött s le nem vágott.

6. A végtagok hajlékonyak, a körmök úgy a kezek mint a lábak ujjain az ujjvégeket elérik, hártyásak.

7. A fej körülete 33 centimeter, sehol duzzanatot nem mutat.

B) Belvizsgálat.

8. A fejbör halvány, sehol véraláfutást, duzzanatot nem mutat. A koponyaboltozat kártyapapir vastagságú, sehol törést vagy repedést nem mutat. A kemény agykér mérsékelten feszült.

9 A lágy burkok vérszegények, nedvdúsak. Az agy, kis agy, nyúltagy vérszegények, nedvdúsak, szakadékonyak.

10. Miután a nyelv, a gége, légcső és bárzsing felső része a hullából hiányzott, ezt külön kellett megkeresni s egy külön húsnemü tömegként találtatott az a hulla ládájában és ezen valamely éles, metsző eszköztől eredő vágások voltak.

11. A tüdők és szív együttesen kivétettek és vízbe elhelyezve, a tüdők a szívvel együtt is úsztak.

12. A tüdők halvány rózsaszínüek, márványozottak, vérszegények, középlégtartalmúak. A tüdők kis darabokra vagdalva is úsztak a vizen. A tüdők zsigeri mellhártyája alatt számos kékes vérömleny.

13. A szivburokban kevés tiszta sárga savó. A szív kicsiny, tömött, összehúzódott, üres, a szivizomzat barnavörös, de halvány, a ductus Botalli és a foramen ovale nyitott.

14. A lép kicsiny, tömött.

15. A máj sötétbarnavörös, vérdús.

16. A gyomor s belek összesettek. A gyomorban néhány légbuborékkal kevert üveges nyák. A vékonybelek üresek, a vastagbelekben zöldes, szürkés magzatszurok.

16. A vesék kicsinyek, lebenyzettek, halvány barnavörösek, vérszegények, burok könnyen levonható.

17. A húgyhólyag összehúzódott, üres.

Kórisme.

Érettség, életképesség, élveszülöttség, rohamos szülés, többszörös metszett seb a nyakon az alsó állkapocs átvágásával, a nyelv, a gégefő, a légcső és felső bárzsing teljes kiirtása, általános vérszegénység, elvérzés.

Véleményu.

A megvizsgált fiúmagzat testi fejlettsége, nagysága, a hajak és körmök állapota, az összes szervek jó fejlettsége, a bőrnek zsirral való alápárnázottsága, a tüdők állapota szerint érett, életképes és élveszülött volt; a fejbördag hiánya, a köldökzsinór szakított volta és a gondozás hiánya szerint a magzat újszülött volt és rohamosan született.

A nyakon talált több rendbeli metszett seb, a gége, a nyelv, a gégefő és bárzsing teljes kiirtása, a bör és az összes belső szervek teljes vértelensége és a szív üressége szerint vágott, metszett seb folytán előállott elvérzés következtében húnyt el a magzat.

Ily fokú sérülés mindig feltétlenül halálos és rögtöni szaksegély sem képes annak beálltát megakadályozni.

* * *

Ugyanezen alkalommal a bonczolást megelözöleg gyanusított özv. P. K. is meg lett általam vizsgálva; vizsgálatom eredményét az alábbi jegyzőkönyv tünteti ki.

A körülbelül 35 éves nő középtermetü, elég jól táplált, barnás böre és látható nyákhártyái kissé halványak, csont- és izomrendszere ép. Légzés, érverés és hőmérsék szabályos. Étvágy gyengült. Széke renyhe.

Az emlők férfiökölnyiek, tömöttek, mirigyes tapintatúak, nyomásra tejet ürítők, a bimbóudvar nagy, sötétbarnásan festenyzett, a bimbók alig kiemelkedők.

A has tágult, petyhüdt, rajta régi és friss terhességi hegek. Tapintásra a has alsó részében a farcsont felett egy kis gyermekfejnyi tömött kerek képletet érezhetni.

A fardomb sürü barna szörrel fedett. A nagy szeméremajkak duzzadtak, megvastagodottak, közülök a kis szeméremajkak mint duzzadt, kékesbarnavörös léczek emelkednek ki, a szeméremrés nyitott, tág, alsó részén kisebb, a gátra húzódó szakadás van jelen; a hüvelybemenet tág, négy harántujj számára könnyen átjárható, ép úgy tágult a hüvely is, melynek nyákhártyája fellazult, duzzadt, haránt ránczos. A hüvelyből véres kifolyás. A méhszáj fellazult, elpuhult, harántrésalakú. A méhszáj ajkain több berepedés van. Úgy a külső, mint a belső méhszáj nyitott, a

belső méhszáj mutatóujj számára átjárható. A nyitott, megnagyobbodott és a hasfalon keresztül a fardomb felett kitapintható, fent leirt gyermekfejnyi képletet képező méhből véres-nyákos híg folyadék ömlik.

A medencze rendes alkotású, tág, a csípők szélesek, jól alkotottak, a medencze bejáratának belső méretei is nagyok. A megvizsgálton semminemü külerőszaki nyom nem látható.

A megvizsgált elgyengülten, bágyadtan fekszik büzös, vérrel szennyezett s egyébként is piszkos ágyában. Ő maga nincs gondozva, ruhája, inge nemcsak a törzsön véres, hanem inge jobb ujján is friss vérfoltok vannak, de különben a megvizsgáltnak nemcsak ruhái és ágynemüi véresek és szennyesek, de ő maga is piszkos, mosdatlan, fésületlen, elhanyagolt.

Arczkifejezése nemcsak közömbös, bámészkodó, hanem kis fokban bamba. Bár a kérdésekre eléggé figyelni látszik, mindazonáltal nehezen érti meg a kérdéseket, feleletei pedig nagyon hiányosak, sőt ellentmondóak, emlékező tehetsége pedig, ezen körülbelül 20 perczig tartó beszélgetés szerint hiányos, elhalt férje és gyermekei nevét csak hosszas fejtörés után tudja megmondani, vagyoni viszonyairól nem tökéletesen tájékozott, de annak értékével sincs tisztában. Nehezen gördülő s csak unszolásra folytatott előadása közben elöszeretettel hivatkozik arra, hogy nehézkóros (epileptikus), a mint ő mondja „szédüléses". Előadja, hogy ezen szédülés minden „holdtöltekor" jön reá s ekkor eszméletlenül összeesik. Előadja, hogy szülés alkalmával is reá jött a betegsége s épen azért a szülés körülményeiről, valamint a vele azután történtekről mitsem tudna s csak annyiról tudna beszámolni, hogy a szülést megelőzőleg jól aludt egész éjjel, reggel (f. hó 12 dikén) korán kelt fel s a mint munkájához fogni akart, hasában fájdalmakat érzett, mire az ágya előtt levő padra leült, de onnét csakhamar eszméletét veszítve lebukott volna s így nem tudna a továbbiakról semmit.

Kórisme.

Rendes lefolyású gyermekágy.

Vélemény.

Az emlők állapota, a nemi szervek tágult s nyákhártyájuk duzzadt volta, a méhszáj nyitottsága, a méh megnagyobbodottsága és véres kifolyása szerint a nő a vizsgálatot megelőzőleg igen rövid idő, 24—36 óra előtt szült s így az egyidejüleg bonczolás tárgyát képezett csecsemő tőle eredhet.

A nemi szerveknek a szülés utáni állapotnak megfelelő volta, az egyén közállapota és láztalansága arra mutatnak, hogy a gyermekágy rendes lefolyású s ha utólag fertőzés be nem áll, a megvizsgált nő a rendes időre, a szülés után 10—14 napra munkaképes lesz.

Sem a nőnek vizsgálata, sem az újszülött bonczolata arra támpontot nem nyujtott, hogy a szülés nem természetes úton állott volna be, sőt ellenkezőleg az ép, érett, életképes és élveszülött magzat és a nőnek, a szülés után való állapotától eltekintve, teljesen egészséges volta arra mutat, hogy a szülés természetes úton állott be.

Mert akár a magzatelhajtás czéljából bevett belső szereknek a szervezetre való káros mérgező hatása s ennek a nyoma ép úgy több ideig észlelhető, mint akár azon durva mechanikus behatások nyoma, melyek a koraszülést vagy magzatelhajtást előidézhetik. De adott esetben sem az egyikre, sem a másikra nyom nem volt található s így a szülés természetes úton állott be.

A bonczolás tárgyát képezett s a megvizsgálttól eredő magzat bonczolatának eredménye, valamint a megvizsgált nő medenczéjének jól fejlett és széles volta szerint, minek alapján a magzat könnyen születhetett meg, a szülés hirtelen állhatott be és rohamosan folyhatott le.

A megvizsgáltnak kissé bamba arczkifejezése, emlékező tehetségének hiányossága, beszédének zavaros volta — a mennyiben utóbbiak nem tettetés, a mit egyszeri megfigyelésből megitélni nem lehetett — valószinüvé teszik úgy a megvizsgáltnak, mint környezetének állitását, hogy a megvizsgált eskórban szenvedhet s ezen rajta látható elmebeli jelenségek, — a mennyiben nem tettetések — az eskórból eredő másodlagos butaság tünetei lehetnek s utóbbi esetben nem lehetetlen, hogy a megvizsgált büncselekményét eskóros rohamának psychikus aequivalense — rövid ideig tartó eskóros elmezavar — alatt követte el.

Ezen vélemény alapján a kir. ügyészség gyanúsított özv. P. K. elmebeli állapotának megvizsgálását indítványozta, miért is nevezett gyanúsított a tett elkövetése után mintegy egy hónap mulva a vizsgálóbirói hivatalban elémbe állíttatott s ekkor észleleteimről jegyzőkönyvileg az alábbiakat nyilvánítottam ki:

A megvizsgálttal való beszélgetés folyamán feltünik, hogy előadása főtárgya betegségének körülirása és az abból származó emlékezethiány, egyébként a kérdésekre nem szivesen felel, ingerült, sőt könnyen indulatba jön. Maga körül bámul, mindenre reá bámészkodik és egészen önkényesen felkel és járkál, figyelmeztetésre rendesen ül ugyan, de haragos. Büncselekményére vonatkozólag felvilágosítást nem ad és betegségével mentegetődzik. Magára hagyatva rokonairól, kik őt nem szeretik és a falujabeli gyermekekről beszél, kik betegsége miatt töle félnének.

Vélemény.

A fentiek szerint a megvizsgált elmezavarodottnak látszik lenni s úgy ezen bajának megállapítása, valamint ezen bajának az általa említett eskórral való összefüggésének meghatározása, főleg pedig a büncselekmény alkalmával való elmebeli állapotának kiderítése okvetlen több napi, mintegy 8—10 napi megfigyelést igényel, mely czélból nevezett indulatosságára való hajlamánál fogva rendes és állandó felügyelet alatt tartandó.

Ezen nyilatkozatom folytán gyanusított özv. P. K. a megfigyelés eszközölhetése végett a n . b . . i közkórházban helyeztetett el.

Gyanusított özv. P. K. elmebeli állapotáról a M. K. dr. kir. törvényszéki orvossal egyetemben eszközölt megfigyelésnek befejeztével a következő kórrajzot és véleményt terjesztettük be.

Előzmény.

Özv. P. L.-né szül. B. K. 29 éves sz . . . i lakosnő, földmives özvegye. Atyja élne, de nem tudja, hogy hol lakik, állítólag 2 év előtt B. községből ismeretlen helyre távozott volna el, hogy atyja hány éves, nem tudja. Anyja előtte ismeretlen korban, miután hármas ikret szült, fiatalon gyermekágyban halt el. 5 testvére közül egy nővére él és egészséges, de ezzel haragban van és nem érintkezik, míg 3 testvére gyermekkorban, egy fivére pedig 10 éves korában halt el.

Ideg- vagy elmebaj a rokonságban elő nem fordult volna. P. K. iskolába nem járt, irni, olvasni nem tud. Beteg csak 3—5 év óta volna, midőn is cselédeskedett és ekkor megijedt volna s görcsöket kapott s azóta „minden holdváltozáskor" reájönne görcsös állapota.

Hogy mikor ment férjhez, nem tudja, három gyermeket szült volna, a kik közül az egyik 5 éves, a másik 1½ éves korában halt volna el, utolsó gyermekét, mely törvénytelen, előadása szerint idehozatala előtt egy héttel néhány napos korában éjjel szoptatás közben, midőn görcsös állapota reá jött, agyonnyomta volna. A csendőrök ide hozták.

Ezen előadásával szemben a büniratokból kivehető, hogy özv. P. K. folyó évi márczius hó 11 dikéről 12-dikére terjedő éjjel fiúgyermeket szült, és ezen újszülött gyermeke nyakát késsel többszörösen átvágta, sőt gégéjét és nyelvét is kivágta.

Vizsgálat.

A megvizsgált kisebb termetü, 152 cm. magas, erős testalkatú, elég jól táplált, jól fejlett csont- és izomrendszerrel. Böre napbarnított.

Hajzata sötétbarna, sürü, kontyba fonott. Koponyája ovalis, mellül rendkivül szük és alacsony, hátul szélesebb és magasabb, egyébként rajta rendellenes dudorok vagy horpadások nincsenek. A koponya körülete 560 mm. A koponya hossza 182 mm., szélessége 151 mm., magassága 118 mm. A homlok alacsony, haránt ránczos, a homlokdudorok egymáshoz közel állanak, az irisek barnák, láták kerekek, egyenlőek, úgy fényre, mint alkalmazkodásra jól reagálnak. Az arcz igen csontos. Az arcz izmain néha fibrilláris rángások vehetők észre, egyébként rendesen beidegzett. A száj nagy, a fogazat ép, rendes alkotású, a nyelv kissé bevont, de kinyujtáskor sem elhajlást, sem reszketést nem mutat.

A nyak részarányos, a mellkas domború, rajta sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nincs. A szívhangok tiszták. Az emlők petyhüdtek. A has mérsékelten feszült. A kezeken reszketés nincs jelen. A térdreflex kissé csökkent. Légzés, érverés és hőmérsék szabályos.

A megvizsgált arczkifejezése közömbös, kissé bamba, beszéde lassú, az észlelés egész ideje alatt mindig mogorva, komor, magába zárkózott volt, s megszólítás nélkül nem beszélt, hanem meglehetősen közömbösen bámészkodott, s mindent megfigyelni látszott. A feltett kérdésekre nem szívesen válaszol, válaszai rövidek, sőt legtöbbször azt válaszolja, hogy minek kérdezik, hagyják békén, ő nem tud válaszolni, ő elfelejtett mindent. Kérdezgetésekre könnyen indulatba jön s nagy hangon feleli, mit tud ő, minek kérdezik. Élete körülményeiről felvilágosítást adni nem bir, hogy mikor született, hány éves, nem tudja, mikor ment férjhez, mikor halt el férje, nem tudja, s ilyen és hasonló élete főphasisait kutató kérdésekre rendszeresen „nem tudom", „elfelejtettem" választ ad.

Az általa előadottak azonban sehogysem megbizható adatok, mert nemcsak más alkalommal, hanem egy és ugyanazon alkalommal való beszélgetés folyamán önként megváltoztatja az adatokat a nélkül, hogy tudná, észrevenné, hogy már másképen adta azt elő. Azonban nemcsak a multbeli eseményekkel, hanem a jelen körülményekkel sincs tisztában, sőt annyira közömbös iránt uk, hogy nem is tudakozódik semmi után.

A kórházban való 10 napi tartózkodás daczára fogalma sincs arról, hogy ott van, s még kevésbé tudja, hogy a kórház megfigyelő osztályán van, s hogy miért van ott; nem tudja, hogy társai elmebetegek, sőt a megfigyelést teljesítő orvosokat sem ismeri meg minden alkalommal, de nem is törődik velük. Egyébként magára hagyatva csendes, nyugodt magaviseletű, órákig képes egy helyen tétlenül, szótlanul elüldögélni s közömbös arczczal bámészkodni; kerti munkákat szívesen végez, a kertben elkapálgat, gyomlálgat s hacsak beszélnie nem kell, eléggé szótfogadó és mindenre reávehető, de ép oly könnyen válik akaratossá, indulatossá.

A megfigyelés tartama alatt majdnem minden nap éles, visító felkiáltás után összeesett, eszméletlen lett s rángatódzott, midőn is szája habzott, ajkait vagy nyelvét is néha véresre harapta. Ezen állapota azonban csak néhány perczig tartott s rögtön utána felkelt, látszólag teljesen épen, azonban görcsös állapotára épenséggel nem emlékezett vissza. Görcsös állapotát követőleg hosszabb ideig zavart, maga elé bámul, igen indulatos, a kérdésekre sehogysem akar felelni s ezen zavart állapota lassan-lassan szünik. A görcsök többnyire éjjel jönnek reá, egy izben személyesen volt alkalmam a görcsöket látni.

Bűncselekményére vonatkozólag felvilágosítást adni nem képes, legtöbbször azt adja elő, hogy egy hetes szopós csecsemőjét éjjeli szoptatás közben, midőn görcse reájött, agyonnyomta, hogy mikor volt ez, nem tudja; gyermekét, mert keresztelve nem volt, elásta. Máskor ismét elmondja, hogy görcsös állapotában egy hetes gyermekének nyakát késsel vágta el, a kést az asztalfiókból vette ki s tette elkövetése után elásta a kést a szoba ajtója mögé, máskor ismét azt mondja, hogy a kést az udvar jobb hátsó sarkában levő szemétdomb jobb oldalában ásta el, máskor ismét azt mondja, hogy a kertben ásta azt el.

Hogy a tette elkövetésekor vizsgálat folyt az ügyben, hogy ki lett hallgatva, hogy csecsemője bonczolva lett, nem tudja, de azt sem tudja, hogy bűncselekményt követett el, hiszen mint mondja „betegsége alatt csinálta azt a mit csinált s az ördög tudja, hogy mit csinált".

De nemcsak a bűnténye körülményeire vonatkozólag nem bir felvilágosítást adni. Igy vagyoni állapotáról is csak annyit tud, hogy férje után szerinte négy hold föld s egy ház maradt, a földekből állítása szerint 1½ holdat buzával, kukoriczával vetett volna be, míg a többit bérbe adta volna, de hogy mennyiért, nem tudja. De azt sem tudja, hogy tavaly mi termett rajta, s hogy mi a buzának, kukoriczának az ára. A pénznemeket alig ismeri. Az évszámot nem tudja, ép úgy a hónapok neveit sem tudja, csakis a napokét. Számolni nem tud. A kórházban való tartózkodása idejét nem tartja számon, nem is tudja hány napig van itt, de nem is vágyódik nagyon ki a kórházból, ő itt is megvan, néha-néha említi, hogy haza akar menni, mert a mezőn dolga van. Különben a falujabeli vezető egyéniségeket sem ismeri, szerinte a jegyzőt Jóskának kivják, de a pap, tanitó, kereskedő nevét nem tudja. A községi szervezetet sem ismeri. Hogy a csendőrök mire valók, nem tudja. Városban még nem volt soha, de hogy hogyan kerül haza, azt sem tudja, mert őt a csendőr hozta s nem figyelte meg merre és hogyan jöttek. Egyáltalán igen szük és korlátolt az ismeretköre, főgondja csak a táplálkozás. Testi tisztaságra sem ad semmit, fésületlen. Szóval minden iránt közömbös.

Vélemény.

A megvizsgált egyén idült eskóros rohamokon alapuló elmezavarban szenved, mely másodlagos butasághoz vezetett; ennélfogva akaratának szabad elhatározási képességével nem bir, s ezen baja már a bűncselekmény elkövetése idején is fennállott, s így bűncselekményét ezen állapotában követte el, ennélfogva a bűncselekmény elkövetése idején sem birt akaratának szabad elhatározási képességével.

Indokolás.

A megvizsgált a rajta észlelt, naponta fellépő eszméletlenséggel járó görcsös állapota szerint epileptikus, s ezen epileptikus rohamot követőleg nagy fokban zavart, indulatos, emlékező tehetsége, itélőképessége rendkivül gyengült, ezek mellett észjárása, mozgásai lassúak, arczkifejezése közömbös, kissé bamba, minden iránt közömbös, látóköre szük, vágyai korlátoltak, szóval a megvizsgált epileptikus rohamait követő elmezavarodottságban szenved, s gyakori ismétlődésük folytán annyira elbutult, hogy szellemi niveauja alacsonyabb, mint a vele egyező társadalmi viszonyok közt élők szellemi niveauja.

A megvizsgált elmebaja állandó, minél fogva a megvizsgált rendes felügyelet alá helyezendő. A bűncselekmény elkövetése által a megvizsgált közveszélyesnek mutatkozott.

Az ezek által befejezettnek nyilvánitott nyomozati ügyben a kir. ügyészség a gyermeköléssel gyanusitott P. K. ellen a nyomozást a Bp. 101. §. 1. pontja[2] értelmében megszüntette, s egyben a magy. kir. belügyministeriumnak 1893. évi október 24-dikén 46650. szám alatt kiadott rendelete értelmében a terhelt elmebeli állapotáról kiállított orvosi véleményt T . . . vármegye alispáni hivatalához áttette, mert „az orvosi megfigyelés szerint terhelt a gyakran fellépő epileptikus rohamai következtében heveny elmezavarodottságban szenved és akaratának szabad elhatározási képességével nem bir és nem birt a cselekmény elkövetése idejében sem".

„Terhelt ellenében tehát váddal fellépni a Btk. 76. §-a értelmében nem lehet."

„Az orvosi vélemény szerint terhelt közveszélyes elmezavarodott, miért is ártalmatlanná tétele végett az illetékes közigazgatási hatóságot értesiteni kellett".

1. Btkv. 284. §-a. Azon anya, a ki a házasságon kivül született gyermekét a szülés alatt vagy közvetlenül a szülés után szándékosan megöli: öt évig terjedhető börtönnel büntetendő.

2. B. P. 101. §. 1. pontja. A nyomozás megszüntetendő, ha bűncselekmény nem forog fenn.

Tárcza.

A kötelező kórházi gyakorlat a német birodalomban.

Az 1901. május hó 28-dikán kiadott német szigorlati szabályzat az egy éves kórházi gyakorlatot kötelezővé tette. Annak idején[1] már ismertettük volt a német rendszer intézkedéseit, minthogy azonban most úgy ott, mint nálunk, az intézmény ez évben életbe lép, tanulságos, ha újból emlékezetbe hozzuk a főbb pontokat, s kiegészitjük azon rendeletek ismertetésével, melyek a feljogositandó kórházakra vonatkoznak.

A német szabályzat 56—62 §§-ai foglalkoznak a gyakorlati év eltöltésének helyével s módjával.

A jelölt az orvosi vizsgálatok sikeres letevése után *egyetemi* klinikán, *egyetemi* poliklinikán vagy erre *felhatalmazott* kórházban mint *gyakornok* (Praktikant) működik, s ezen időből legalább egy harmad évet a belsőbajosok osztályán tölt. A kórházaknak a felhatalmazást az illető állam ministeriumával egyetértően a birodalmi kanczellár adja meg, ezek jegyzékét évente közzéteszik.

[1] Orvosi Hetilap. 1901. 45. sz.

A jelölt az intézetet szabadon választhatja, kétszernél többször csak a ministerium engedélyével változtathatja. A gyakorlati év alatt nemcsak practikus ismereteit és képességeit kell tökéletesítenie, hanem tanuságát kell adnia annak is, hogy az orvosi hivatás feladataival s kötelességeivel szemben kellő érzéke van. Az év végén megszabott szövegű nyomtatványon bizonyítványt kap, melynek esetleges megtagadása ellen a jelölt két hét lefolyása alatt a ministeriumhoz appellálhat, melynek joga van illetőt az approbatio előtt további gyakorlatra utasítani. Azon időt, melyet az orvosjelölt egy német egyetemi intézetben (nem klinikán) vagy nem egyetemi, de erre felhatalmazott orvostudományi intézetben (például frankfurti kisérleti gyógytani, poseni hygieniai intézet) a *vizsgálatok letevése után* mint tanársegéd tölt, a ministerium vagy egészben, vagy részben beszámíthatja, sőt kivételesen a külföldi tudományos intézetekben s kórházakban eltöltött idő is beszámítható.

A mennyiben a német birodalom intézetei s kórházai nem volnának elegendők a jelöltek felvételére, a gyakorlati év egy alkalmas s sokoldalúan elfoglalt gyakorló orvos oldalán is eltölthető, erre az engedélyt a jelölt kérésére a birodalmi kancellár — az illetékes ministeriummal egyetértve — adja meg.

Azon feltételek, melyekkel a kórházaknak birniok kell, hogy felhatamazást nyerjenek, a szabályzatban nincsenek benne. A bizottsági tárgyalások alkalmával azonban azon felfogás jutott érvényre, hogy magánkórházak s nem egyetemi poliklinikák nem hatalmazhatók fel; a a kórházaknak nyilvános jellegűeknek kell lenniök, legalább 50 ágyuk legyen s legfeljebb annyi jelöltet vehessenek fel, hogy egy-egyre legalább 20 fekvő beteg essék.

A gyakorlati év csak az összes vizsgálatok sikeres letevése után veheti kezdetét, az approbatiót pedig csak ennek eredményes befejeztével adják meg. Arról, hogy a katonai második félév beszámitható-e a gyakorlati évbe, a szabályzat nem szól, minthogy azonban a német birodalomban az orvosok a második önkéntesi félévet csak approbatiojuk után szolgálhatják, ez pedig csak a gyakorlati év után történik meg, ezzel *lehetetlenné van téve, hogy a katonai második félévet beszámíthassák.* Kivételt képeznek azok, kik a Vilmos császár katonai orvosképző intézetben végezték tanulmányaikat s a kik tanulmányaik végén a berlini Charité-kórházba vezényeltetnek, a mennyiben ezek számára a jelzett kórházban töltött idő a gyakorlati évet helyettesiti.

A birodalmi kancellár már 1903. november 8-dikán közzétette azon kórházak jegyzékét, melyek gyakornokok felvételére feljogosítvák. Az utólag (1904. nov. 5.) még felvett kórházakkal együtt a német birodalomban összesen 369 kórházban 1178 gyakornok nyerhet felvételt, nem számítva az első sorban jogosított *egyetemi klinikákat* és *egyetemi poliklinikákat*, melyek száma a német birodalom 20 egyetemén szintén igen tekintélyes. A kórházak közül 167 Poroszországra esik 700 gyakornok számára, a 47 bajor kórházban 111, a 32 szász kórházban 106, a többi 123 kórházban 261 gyakornok nyerhet felvételt.

Minthogy azonban ez alapon az orvosok még nem nyerhetnek kellő tájékozást a kórházak viszonyairól, a porosz ministerium 1904. deczember 17-diki rendeletével részletes tájékoztatót adott ki, melyet az orvosi vizsgáló bizottságok elnökeinek s a közigazgatási központoknak megküldött. E tájékoztató rendkivül fontos adatokat tartalmaz, nevezetesen az orvosi vezetőkről, az assistensek, ápolók s betegek szá máról s azon *kedvezményről*, melyet a kórház a gyakornokoknak nyujtani hajlandó. Ebben már 269 kórházról van szó, melyekben egyszerre 69,035 beteg nyer ápolást. A főorvosok száma 341, az assistenseké 802, az ápolóké 9818. A felvehető gyakornokok száma 711, igy 1 főorvosra 2, 1 assistensre 1 gyakornok kiképzése jut átlagban, viszont 1 gyakornokra 90 beteg esik. Nagyon fontos adat, hogy a gyakornokok milyen kedvezményben részesülnek a kórházakban: 74 kórház ingyen lakást és teljes ellátást ad, 29 szabad lakás mellett kedvezményes ellátást, 19 ingyen élelmezést, 10 ingyen lakást, 17 kedvezményes lakást és ellátást, 48 kedvezményes élelmet, 19 egyéb előnyöket nyujt, 1 fizetést, s csak 8 olyan kórház van mely *semmi* kedvezményt sem ad. A porosz fölényt s előrelátást jól igazolja azon törekvés, hogy a német birodalom orvosainak gyakorlati kiképzését lehetőleg uralja. Az is tanulságos, hogy az orvosok annyira szükséges decentralisatioját mennyire előmozditja azon körülmény, hogy a legkisebb kedvezést épen a berlini kórházak nyujtják, s a legnagyobbat a vidékiek.

Grósz Emil.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A fehérvérűség gyógyítása Röntgen-sugarakkal.

Közli: **Körmöczi Emil** dr.

Irodalom. 1. *Munch*: La radiothérapie à Chicago. Sem. méd. 1903. április 8. — 2. *Senn:* Case of splenomedullary leukaemia successfully treated by the use of the Röntgen ray. Med. record. 1903. augusztus 22. — 3. *E. J. Brown:* Leukaemia. Report of a case symptomatically cured by the x-rays. Journ. Americ. med. ass. 1904. márczius 26. — 4. *O. W. Steinwand*: A case of pseudoleukaemia successfully treated with x-rays. Ugyanott. 1904. márczius 26. — 5. *Bryant* and *Crane*: Two cases of splenomedullary leukaemia, treatment and recovery. Med. record. 1904. április 9. — 6. *Heinecke*: Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Thiere. Med. Gesellschaft in Leipzig 17. November 1903. Deutsche med. Woch. 1904. 236. — 7. *Heinecke:* Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. Münch. med. W. 1904. 18. sz. — 8. *Krone:* Kurze Mittheilung aus der Praxis zur Arbeit von Heinecke. Münch. med. W. 1904. 21. sz. — 9. *Ahrens*: Über einen Fall von Heilung (?) einer schweren lienalen Leukaemie mit grossem Milztumor durch Röntgenstrahlen. Neue Münch. W. 24. sz. — 10. *Rohde:* Ein Fall von myeloider Leukaemie, erfolgreich behandelt mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. W. 1904. 40. — 11. *Edgren:* Ugyanott. — 12. *Schweinburg:* Röntgenbehandlung bei Leukämie. 76. Versamml. Deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Breslau, 18—24. September 1904. — 13. *Krause:* Röntgentherapeutische Versuche bei Leukämie und Pseudoleukämie. Ugyanott. — 14. *Fried:* Vorläufiges Ergebniss der Röntgenbehandlung zweier Leukämiker. Münch. med. W. 1904. 40. — 15. *Cohen*: Ein Fall von Leukämie mit Röntgenstrahlen behandelt. Münch. med. W. 1904. 48. — 16. *Schenk*: Über die Behandl. der Leukämie durch Röntgenstrahlen. Ugyanott. — 17. *Grawitz:* Zur Demonstration von Blutpräparaten eines schweren Falles von Leuk. Berl. med. Gesellsch. 23. November 1904. — 18. *Levy-Dorn:* Ugyanott. — 19. *Joachim* und *Kurpjuweit:* Über die Behandlung der Leukäm. mit Röntgenstrahlen. D. méd. W. 1904. 49. — 20. *Colombo:* Radiothérapie de la leuk. 14. Congr. de la société Italienne de méd. intern. Tenu à Rome. La semaine méd. 1904. 382. l. — 21. *Guilloz* et *Spillmann*: Action des rayons X dans un cas de leucémie. Comptes rendus hebd. de séances de la société de biol. 18. sz. 1904. május 27. — 22. *Guerru*: Behandlung der Leuk. mit Röntgenstrahlen. Gazz. d. ospedali. 44. sz., Deutsche med. W. 1904. 35. sz. 1292. lap. — 23. *Bozzolo*: Sull' azione dei raggi X sugli organi leucopretici. Giornale della R. Accad. di med. di Torino. 1904. 7—8. sz. Ref. Folia haemat. 1904. 775. lap. — 24. *Capps* and *Smith*: X-ray therapy in leukaemia. Journ. Americ. med. ass. 1904. szeptember 24. és október 1. — 25. *Aubertin* et *Beaujard*: Modifications immédiates du sang leucémique sous l'influence de la radiothérapie. Press. méd. 1904. 67. sz. — 26. *Körmöczi*: Der Einfluss infect. Krankheiten auf die Leukämie. Deutsche med. W. 1899. 47. — 27. *Kienböck:* W. med. Presse. 1901. 19. sz. — 28. *Heinecke*: Exp. Untersuch. über die Einwirk. der Röntgenstrahlen auf den Org. Mitth. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. 1904. 14. I. II. — 29. *Mose* und *Milchner*: Zur Frage der Behandlung der Blutkrankheiten mit Röntgenstrahlen. Münch. med. W. 45. 2029. l. — 30. *Erich Majer:* Die Behandl. der Leukämie durch Röntgenstrahlen. Münch. med. W. 1905. 4. — 31. *Wendel*: Die Röntgenbehandlung der Leuk. Ugyanott. — 32. *Schieffer:* Weitere Beiträge zur Behandlung der Leuk. mit Röntgenstrahlen. Ugyanott. — 33. *Ledingham* and *Mc Kerron*: The x ray treatment of leukaemia. The Lancet, 1905. január 14.

A leukaemia és az ehhez hasonlatos betegségek Röntgen-sugarakkal való gyógyitásáról újabban olyan meglepő és olyan biztató eredményeket olvashatunk, hogy jónak tartottam alábbiakban az eddig közölt és tudomásomra jutott eseteket rövidesen összefoglalva felsorolni, és kartársaim figyelmét ezen új gyógyitási módra felhivni.

Legelőször a continensen a La semaine médicale 1903. április 8-diki számában olvashattunk ezen új gyógymódról, hol *Munch*[1] egy chicagoi levelében felemliti, hogy *Senn* két pseudoleukaemiánál sikerrel alkalmazta a Röntgen-sugarakat. Pár hónappal később maga *Senn*[2] számol be a következő esetről:

Egy 29 éves nőbetegnél, kinek már 12 éves korában is voltak nagy mirigyei, és kinek nyakán több heg volt, hosszú időn át észlelt typusos *myelogen* leukaemiát. A beteg lépe a VII. bordánál kezdődött és a symphysisig ért, a középvonalat pedig 5 cm.-rel haladta meg a köldök magasságában. A máj a bordaszéleket nem haladta túl. A vizeletben fehérjenyomok voltak, az üledékben pár leukocyta és epitheloidsejt. Az esti hőmérsék gyakran túlhaladta a 38° C.-t. Miután a szerző a betegnél 3 hétig hiába próbálta a Blaud-pilulát és Fowler-oldatot, a röntgenezéshez fordult. Naponta 10—20 perczig röntgenezte a szegycsontot és a lép tájékát, továbbá a hosszú csontokat. A kezelés elején a beteg vérének haemoglobintartalma: 56%, a vörös vérsejtek száma 3.500,000, a fehérekéé 64,800 volt, górcső alatt pedig igen sok myelocytát és eosinophil-sejtet lehetett látni. Kéthavi kezelés után a beteg lépe erősen visszafejlődött és a vér összetétele csaknem rendes lett. *Senn*-nek ezen betegénél különben, mint azt később *Capps* és *Shmith*[24] leirták, recidiva lépett fel. A fehér vérsejtek száma újból 250,000-re ment fel. A röntgenezés újból javulást hozott létre, de az már nem volt oly kifejezett és *végre a beteg elhalt.*

Senn-nek ezen közleménye után egy ideig nem hallottunk az új gyógymódról, nyilvánvalólag senki sem bizott benne. A practikus érzékű amerikai orvosok azonban nem hagytak fel a kisérletezéssel, és csakhamar megjelent *Brown*[3] és *Steinwand*,[4] továbbá *Bryante* és *Crane*[5] közleménye, melyek a figyelmet újból és komolyan ezen kérdés felé terelték, miután pedig a német *Heinecke*[6] állatkisérletekkel is bebizonyította a Röntgen-sugarak sajátságos hatását az adenoid szövetre, széltében megindultak a kisérletezések.

A felemlített szerzők dolgozatainak rövid kivonata a következő: *Brown* egy 30 éves myelogen leukaemia esetét közli, melyet előzőleg már 6 hónapig észlelt, és hol az arsent és vasat hiába kisérlette meg. A betegnél nagy léptumor volt jelen, a haemogl. 65%, a vörös vérsejtek száma 2 600,000, a fehérekéé 800,000. A fehér vérsejtek közt:

40% polynuclearis neutrophil gran.-sejt
40% myelocyta
8% az eosinophil sejt
8% az egymagvú granulálatlan sejt
4% az átmeneti alak.

5 havi kezelés után, melynél hetenként kétszer alkalmazta a besugárzást, a lép csaknem egészen eltünt, a közérzet javult. A vér

haemoglobin-tartalma 90%, a vörös vérsejtek száma 4.000,000, a fehér vérsejtek száma 10,980, és ezek közt:

86% a polynuclearis neutroph. gran. sejt
8% a lymphocyta
1% a hízó-sejt
2% az átmeneti alak.

Steinwand egy 14 éves, *pseudoleukaemiában* szenvedő leány esetét ismertette, kinél 4—5 éve voltak a nyaki mirigyek nagyobbodottak, és kinél fájdalmak voltak a lép tájékán és a csontok mentén. A vér vizsgálata másodlagos anaemiát mutatott. A szerző naponta $^1/_4$—$^1/_4$ óráig exponálta a nyaki mirigyeket. 12 napi kezelés után a beteg rosszul lett, lázak támadtak (100° F.), a mirigyek megnagyobbodtak és a lép tapintható lett. Két hét elteltével azonban a beteg újból jobban lett, a lázak elmaradtak, a mirigyek csaknem eltüntek, a lép visszafejlődött, de még mindig palpabilis. A betegnél fejlődött dermatitis miatt a gyógykezelést meg kellett szakitani.

Bryant és *Crone* két beteg kórtörténetét közlik, de csak az első beteg kórtörténete említhető itt. Ez egy 33 éves *myeloid* leukaemiában szenvedő nő volt, kinek nagy lépe volt, és a fehér vérsejtek száma 176,000 (sok normoblast, myelocyta, poikilocyta). Körülbelül 3 havi kezelés után a fehér vérsejtek száma 4500, a vér szövettani képe állitólag normalis, és a beteg igen jól érzi magát.

Az amerikai szerzők ezen „practikus észleléseit támogatták *Heinecke*[6] állatokon végzett kisérletei. Ő azt tapasztalta, hogy míg a Röntgen-sugarak behatása alatt a nagyobb állatok a dermatitis folytán fejlődött pyaemiában, addig a kisebb állatok (egerek) marasmusban pusztultak el. A marasmusban elhullott állatok *lépe* kicsi volt, a pulpa pedig pigmentdús. Egy későbbi[7] dolgozatában leirta a szerző, hogy a lép elváltozásai főleg abból állanak, hogy a lép folliculusai eltünnek, a pigment felszaporodik, a pulpa-sejtek pedig megritkulnak. A lymphoid-sejtek szétesése különben nem csak a lépben, de az egész szervezetben látható (mirigyek, csontvelő, béltüszők stb.). Heinecke közlését nyomon követte *Crone*[8] közlése, ki egy súlyos *myeloid* leukaemiánál (a vörös- és fehérvérsejtek viszonya 1:8) *17* besugárzás után a fehérvérsejtek számának lényeges megfogyását és a beteg közérzetének megjavulását észlelte. Ugyanezt észlelte *Ahrens*[9] *50* ülés után. A lép eltünt, a vér rendesnek (?) látszott. Kevés idő mulva azonban a beteg egy megerőltetés utáni „*recidivában*“ *meghalt. A bonczolásnál nagy lépet és myeloid csontvelőt találtak.*

Ezen közlemények után most már teljes erővel megindultak a kisérletezések és csaknem minden héten olvashattunk új eredményekről. *Rohde*[10] egy myelogen leukaemiát gyógyitott, *Edgren*[11] szintén. Ő azonban kiemeli, hogy *anaemia perniciosánál* ezen kúra inkább káros, mint hasznos. *Schweinburg*[12] szintén positiv eredményről számol be, *Krause*[13] 5 pseudoleukaemia és leukaemia esetben látott eredményt, habár szerinte inkább subjectiv, mint objectiv volt a javulás. *Fried*[14] és *Kahen*[15] szép sikereket ért el, de *Schenk*[16] esetében (chronikus lymphaemia) a beállott tumorcsökkenések és fehérvérsejtmegfogyások daczára a *vörösvérsejtek száma rohamosan fogyott* és mindkét eset halállal végződött. *Grawitz*[17] esete is szépen javult, különben ő azt is bizonyitgatja, hogy *a röntgenezett betegek fehérvérsejtjei hypo- és hypertonikus sóoldatok irányában kevésbé resistensek, mint más beteg vére*, és véleménye szerint ez lenne a kórkép megfordulásának oka. Grawitz bemutatásához hozzászólva, *Levy*[18] szintén jó eredményről számol be. *Joachim* és *Kurpjuweit*[19] egy gyógyult myeloid és egy gyógyult lymphoid leukaemiáról értekeznek. Kimutatják, hogy a leuk. tumorok kisebbedésével arányosan fogynak a fehérvérsejtek, és pedig először a kóros fehérvérsejtek tünnek el. A haemat. lelet azonban *még sem lett rendes a myelaemia esetében. A lymphaemiánál pedig egy súlyos, az aplastikus anaemiához hasonló vérlelet maradt vissza.* Ők azt vélik, hogy a Röntgen-sugarak direct a leuk. tumorokra hatnak, és ezt különösen azért gondolják, mert egyedül a májtájék röntgenezése hatástalan volt. Épen ez okból nem fogadják el *Ellinger* nézetét (Deutsche med. W. 1905. 4. sz. Discussio az eset bemutatásánál), ki azt gondolja, hogy a sugarak azon enzymekre hatnak bántólag, melyek a fehérvérsejtkivándorlást okozzák. Ugyanezen szerzők *Banti*-féle kór egy esetében minden kimutatható eredmény nélkül próbálkoztak meg a röntgenezéssel.

A német szerzők közleményeivel részben egyidejűleg, részben azt követve jelentek meg az olasz, angol és franczia szerzők munkálatai. Ezek közül egyedül *Colombo*[20] nem észlelt (3 esetben) eredményt, pedig 120—150 izben végezte a röntgenezést és mindig 30 perczig. *Guilloz* és *Spillmann*[21] ellenben nemcsak a tumorok megcsökkenését, de a spontan vérzések megszünését is leirják. *Guerra*[22] is sikeresen gyógyitott egy súlyos leukaemia-esetet, kinél pedig előzőleg minden gyógyeljárást (még a tuberculin-injectiót is) megkisérlett.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Prof. Gerber: Handatlas der Operationen am Schläfenbeine. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1904.

A modern fülgyógyászatnak kétségkivül legérdekesebb ága az otochirurgia és épen ezen a téren szembeötlő disciplinánk rohamos haladása. Valóban igaza van *Lucae* berlini tanárnak, ki a fülészet haladásáról a XIX. században értekezve, kifejti, hogy az orvosi tudománynak egyetlen egy ága sem érlelt oly gazdag gyümölcsöket a lefolyt században, mint épen a modern fülészet.

A fülsebészet terebélyes fája ismét érett gyümölcsecsel örvendeztetett meg minket, midőn *Gerber* kézi atlasát tekintjük. Az orrbetegségek atlasa révén ismert szerző, ki jelenleg a königsbergi egyetemen a fülgyógyászat tanára, valóban értékes munkát végzett, melyet előszavában azzal indokol, hogy igen elterjedt orvosi körökben az otochirurgiában való továbbképzés vágya, de e törekvéssel nem áll egyenlő arányban a nyujtott alkalom a tanulásra.

Tiz művészi tökéletességgel biró táblával és kilencz a szövegben alkalmazott kitünő rajzzal illustrálja szerző a nevezetesebb füloperatiókat, melyeket rövid, világos irályú magyarázatokkal bevezet.

Igaz ugyan, hogy ily illustratióknak, bármi mesteri tökéletességűek is, csak korlátolt értékük van, mert a topographiai viszonyokat, a sok változatot, rendellenességet csak hullákon való gyakorlatok által sajátithatjuk el, csakis ezek alapján igazodhatunk el egyrészt a különböző terjedelmű ronesolások, másrészt a csontújképződések útvesztőjében; de vezérfonálként mindenesetre kitünő szolgálatot tehet a *Gerber*-féle atlas.

Az is igaz, hogy kevésbé iskolázott fülorvosok mindent nagyon egyszerűnek és kényelmesnek gondolnak és ekkép veszélyes csábításokra adhatna okot *Gerber* atlasa. Tagadhatatlan ugyanis, hogy a legjobb ábra sem nyujthat kellő képet a különböző mélységi viszonyokról, melyek azonban kiváló fontossággal birnak és melyeket csak szorgalmas gyakorlat által szerezhet meg a fülműtő. Hogy csak egyet említsek, a normális typustól való eltérések, a különböző formájú sinuselhelyezések, rendellenes vagy megbetegedett cellulák a legkülönbözőbb és sokszor távoleső helyeken, mind nem találhatnak kellő méltatást ily atlasban.

Másrészt csak a felnőtteknél tapasztalható viszonyokat ábrázolja *Gerber*, ám minden némileg jártas füloperateur tudja, hogy az első életévekben nemcsak a nagysági, hanem az alaki viszonyok is toto coelo mások és már ismételten figyelmeztették a műtőt a dura mater nem szándékolt sérülései e viszonyok sajátos voltára.

A sikfelületű ábrákat különben czélszerűen kiegészítheti egy másik atlas, értem *Trautmann* meghalt berlini tanár munkáját stereoskopikus ábráival, de mindezen atlasok nem képesithetik a fülsebészetben járatlan kezdőt arra, hogy sikerrel operáljon. Erre assistensi minőségben hosszabb szolgálat szükséges modernül berendezett fülosztályon szakavatott fülsebész vezetése alatt, mert az autodidacticus kiképzés, nyolczhetes cursusok, privatissimumok csak ephemer kontárokat nevelhetnek.

Az ábrák előtt lévő magyarázatok, a javalatok pontos felállítása, hű tükrét képezik az e téren vállvetett munkával elért eredményeknek. Elég tájékoztatásul az egyes gazdag tartalmú fejezetek czimeire utalnom: Javallatok, készülés a műtevésre, instrumentarium, műtét, az antrum typusos feltárása (*Schwartze*-féle operatio), az antrum feltárása kedvezőtlen boncztani viszonyok között, a recessus epitympanicus szabaddá tétele, a totalis felvésés, a teljes felvésés az antrum tájékáról (a *Zaufal*- illetve *Stacke*-féle módszer modifikatioja *Schwartze* szerint), a totalis felvésés a hátsó hallójáratfal tájékáról (sec. Zaufal), teljes felvésés az atticus tájékáról (*Stacke*), plastika, kötés, utókezelés, a retroauricularis nyilás bezárása, a tömkeleg megnyitása, extraduralis tályogok megnyitása, füleredetű agytályogok, a halántéklebenytályogok műtevése, kisagytályogok operatioja, a többi agyszövődmények tárgyalása (meningitis serosa, lumbalis csapolás, gyomrocs-punctio ,pachymeningitis purulenta, leptomeningitis purulenta), a sinus thrombosis operatioja, a vena jugularis alákötése, végül a bulbus szabaddá tétele.

Már e rövid áttekintés mutatja *Gerber* munkájának valóban gazdag tartalmát, melyet vezérfonálként fülsebészeti cursusoknál melegen ajánlhatunk. Az atlas külső kiállítása becsületére válik az orvosi irodalomban előnyösen ismert kiadónak. *Sugár K. Márton* dr.

Uj könyvek. *Löwe:* Zur Chirurgie der Nase. Berlin, O. Coblentz. — *Bumke:* Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Jena, G. Fischer. — *Joachimsthal:* Handbuch der orthopädischen Chirurgie. Jena, G. Fischer. — *Paschkis:* Kosmetik für Ärzte. 3. Auflage. Wien, A. Hölder. — *Meyer:* Über den Einfluss des Alkohols auf die secretorische und motorische Tätigkeit des Magens. Jena, G. Fischer. — *Zesas:* Über die Resultate der chirurgischen Therapie der typhösen Perforationsperitonitis. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Hellpach:* Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig, Engelmann. — *Schnorf:* Neue physikalisch-chemische Untersuchung der Milch. Zürich, Orell Füssli. — *Grasset:* Les centres nerveux. Paris, J. B. Baillière. — *Bouloumie:* Sphygmotonométrie clinique. Paris, J. Rueff.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Staphylococcusok okozta fertőzések ellen *Fiorentini* a thymol intravenosus befecskendezését (10 centigramm 1 kilogramm testsúlyra) szinte specificumnak mondja. (Gazz. degli ospedali, 1904. 97. szám.)

A veseműködés nephrectomia után képezte *Schilling* vizsgálatainak tárgyát. Házinyulak egyik veséjét kiirtva, a másik vese működését pontos vizeletvizsgálattal iparkodott megállapitani. Azt találta, hogy meg nem szorított vízbevitel mellett a chlornatrium-oldatok ép oly gyorsan választattak ki, mint kétveséjü normális állatoknál. Az egyveséjű állatok azonban nem voltak képesek vizeletüket normálisan concentrálni, a mi a mellett szól, hogy a vesében a viz újból felszivódott. A mikor a compensatorius vesehypertrophia már kifejlődött, épen olyan typusban választatott ki a konyhasó egy vese által, mint normális állatoknál két vese által. A gyomorba vagy a vérbe juttatott folyadékok, úgyszintén indigocarmin-oldatok kiválasztása lassabban ment végbe. Egyveséjü állatok phloridzin-mérgezés után kevesebb czukrot ürítettek,

mint kétveséjűek, a mi újabb bizonyíték lehet arra nézve, hogy phloridzindiabetesben a vesében képződik a czukor. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 52. kötet, 1. és 2. füzet.)

Belgyógyászat.

A habitualis obstipatio kezeléséről tartott előadásában *A. Schmidt* tanár (Dresden) mindenekelőtt a pontos diagnosis megállapitására hivja fel a figyelmet. Gyakorlatilag legfontosabb az atoniás és a spastikus obstipatio megkülönböztetése. Utóbbinál jellegzők a vastagbél kóros összehúzódásai, a melyeknek klinikai jeleit kólikaszerű fájdalmak, korgás, a has egyes részleteinek puffadt volta és érzékenysége és a bélsár sajátságos viselkedése (fragmentált bélürülés, kis kaliberü bélsárhengerek) képezik; a bélsárhoz keverve sokszor találni nyákot, mint a vastagbélnyákhártya lobos állapotának biztos jelét; elég gyakoriak a periodusokban jelentkező hasmenések is. Ezzel ellentétben atoniás obstipationál hiányzik minden izgalmi tünet; az egyenletesen és csak kevéssé tágult vastagbél legfeljebb kellemetlen feszültség érzetét kelti. Megjegyzendő azonban, hogy az atoniás obstipatio képét sokszor felváltja a spastikus obstipatio képe, és hogy sokszor nagyon nehéz a kettő között különbséget tenni. A habitualis obstipatio kezelése többnyire nagyon hálátlan feladatot képez, egyrészt azért, mert a benne szenvedők csak akkor mennek orvoshoz, a mikor bajuk már nagyon idültté vált, másrészt mert a betegek az annyira szükséges életmódváltoztatásba nem akarnak beleegyezni.

A habitualis obstipatio kezelésére rendelkezésre álló eszközök a következő csoportokba oszthatók: diaetetikai szabályok, mechanikai kezelésmódok, beöntések, hashajtószerek és psychikai befolyások.

A diaetetikai kezelésnek alapját az a tapasztalati tény képezi, hogy idült obstipatioban szenvedőknél az ételek a bélben jobban feldolgoztatnak és jobban kihasználtatnak; ennek következtében a rothadási és erjedési folyamatok a bélben a minimumra redukálódnak és igy nagyon kevés az erjedési és rothadási termék, pedig ezek képezik a peristaltika természetes ingerét. Oda kell tehát törekednünk, hogy lehetőleg nehezen emészthető, sok salakot adó vagy hasadási termékekben dús ételeket adjunk. Helytelen az a felfogás, mely szerint a cellulose mechanice izgatja a bélfalat; a cellulosedús ételek oly módon javitják az állapotot, hogy a cellulose megvédi a keményitőszemcséket és a fehérjéket a resorptio elől és ezzel alkalmat ad a bakteriumok elszaporodására és a bélre izgatólag ható hasadástermékek képződésére. Chemice izgató anyagok (sók, méz, fűszerek, tejczukor) is tekintetbe veendők az étlap összeállításakor. Az elmondottak alapján összeállított diaeta természetesen csak akkor fog eredményesnek bizonyulni, ha az addig használt étrendhez képest csakugyan másnak mondható; az is természetes, hogy az emésztőszervek részéről jelentkező izgalmi vagy lobos tünetek esetén nem használható. Az obstipatiós diaeta hatásának fokozásához hozzájárulhatnak még más kisebb fogások: egy pohár víz megivása reggel éhomra, testmozgás a reggeli előtt, egy szivar elszivása reggel s más effélék.

A mechanikai kezelésmódok közé tartoznak a hasmassage, a has és a végbél faradizálása, hydrotherapeutikus eljárások és gymnastika. Mindezeknek a hatása közvetett, a hasi szervek circulatio-viszonyainak javitása és a hasizomzat erősitése útján létrejövő. Direkt bélsárkiürítő hatása csak az Ebstein-Gumprecht-féle eljárásnak (a fossa ischiorectalis kinyomkodása) és a Williams-módszernek (defaekálás guggoló helyzetben) van. A hasmassage bizonyos gyakorlatot igényel; kifejezett atoniánál erőteljes lehet, mig a spastikus alaknál nagyon gyengéden végzendő. Hasonló mondható a villamos kezelésről is.

A vízalkalmazásokat illetőleg általában mondható, hogy meleg és alkoholos borogatások, valamint meleg ülőfürdők általában megnyugtatóan, hideg borogatások (esetleg a Winternitz-féle módositásban) és langyos zuhanyok frissitően, hideg ülőfürdők és skót zuhanyok pedig izgatólag hatnak. A gymnastika csak korlátolt számú esetben alkalmazható; sok betegnek obstipatioja hosszasabb járás, tornászás, lovaglás stb. után még rosszabbodik; ilyeneknél sokszor ágynyugalomra következik be spontan székürülés.

A beöntések értékét illetőleg nagyon eltérőek a nézetek; használatuk azonban mégis újabban erősen háttérbe szorult, a mi okát egyrészt abban leli, hogy ma már tudjuk, miszerint magasabbra, a Bauhin-billentyűig csak kivételesen juthat a folyadék; másrészt ma már jobban ismerjük azon veszélyeket, melyekkel a gyakori, továbbá hideg, úgyszintén chemiai anyagokat tartalmazó beöntések a bélre nézve járnak. Végül pedig a beöntések hatása csak tüneti: a belet kiürítik; az obstipatiót azonban nem képesek befolyásolni. Kivételes helyzetet foglalnak el azonban a Kussmaul és Fleiner ajánlotta olajklysmák, melyeknek hatása olyan módon magyarázható, hogy a bakteriumok működése folytán az olajtól lehasadó zsirsavak enyhén izgató hatást gyakorolnak a bélre; ezenkivül az olaj hatása következtében a dörzsölési akadály a bélben csökken és az esetleg izgalmi állapotban levő nyákhártya is megnyugszik; e miatt spastikus obstipatio némely esetében kitünő eredményt érhetni el olajklysmákkal. Szerző a szódavizes klysmákat is ajánlja, mint a melyeknél a szénsav frissitő hatást gyakorol a torpid nyákhártyára. Bélérzékenység esetén szódavíz helyett pezsgő olajok (Chemische Fabrik Helfenberg) használhatók.

A hashajtószerek hatása szintén csak tüneti: eltávolitjuk ugyan velük a nehéz székürülés következményét, a koprostasist, magát a nehéz székelést azonban nem gyógyitjuk meg velük, sőt sokszor még rosszabbá teszszük. Habitualis obstipatio eseteiben ma már csak az enyhébb hashajtószereket használjuk, mint a milyenek a rheum, a cascara, a karlsbadi só, a tamariscus, a Kurella-féle „mellpor“ és újabban a kaliforniai fügesyrup. Jó szolgálatokat tehetnek a species laxantes vagy a Chambard-tea, továbbá az Ewald ajánlotta szilvaiz sennafőzettel. Fontos, hogy a hashajtószerekkel takarékosan bánjunk, és hogy a megszokás elkerülése czéljából azokat gyakrabban változtassuk. Kifejezett spastikus obstipatio esetében csak a legenyhébb szerek engedhetők meg; ilyenkor különben kisérletet tehetünk opiummal, belladonnával, brommal, sőt chloralhydrattal is, mint a melyek nem csupán a fájdalmakat csökkentik, hanem sokszor spontan székürülést is eredményezhetnek. A psychikai befolyások tekintetében fontos a naponkénti defaecatio létesitése, az életmód megváltoztatása; kivételes esetekben a suggestio hypnosisban is igénybevehető. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 3. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Unguentum Credé használata tabes eseteiben. Felbátorítva Netter sikereitől, melyeket egyes idegbajokban az argentum nitricum helyett alkalmazásba vett collargollal elért (1 centigrammos labdacsok tejczukorral, vagy 10—30 köbcentimeter naponként 1%-os oldatból): *Determann* szintén tett kisérleteket collargollal kezdő tabes dorsalis esetekben, csakhogy ő a colloidalis ezüstöt nem belsőleg, hanem külsőleg használta unguentum Credé alakjában, a melyből 20—30 napon át dörzsöltetett be naponként 3 grammnyi mennyiséget. Az eredmények kielégitők voltak. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, 5. kötet, 2—3. füzet.)

Theocinnal cardialis hydrops eseteiben jó eredményeket ért el *Mayer*. Diuretikus hatás mindig jelentkezett, többnyire erősen kifejezetten. Kellemetlen melléktünetek (hányásinger, fejfájás, hasmenés) néha jelentkeztek ugyan, veszedelmesebb fokot azonban sohasem értek el. A hatás többnyire már az első napokban jelentkezik. Használata közben jó hosszabb szüneteket (4 hét) tartani; ilyen módon mindig kellő hatásra számithatunk. Az adag átlag 30 centigramm volt naponként háromszor. Legjobb oldatban adni egy órával evés után. (Württ. medic. Corresp.-Blatt, 1904.)

Folyóiratok átnézete.

Klinikai füzetek, 1905. 1. füzet. *Fischer Ignácz:* Az imbecillek intézeti elhelyezése és kezelése. *Deutsch Ernő:* Az átöröklődésről.

Gyógyászat, 1905. 6. szám. *Porosz Mór:* Az urotropin, hetralin, helmitol, uritone, gonosan és arhovin haszna cystitis ellen. *Rosenák Miksa* és *Feldmann Ignácz:* Makroglossia, lingua lobata cum cystis multilocularibus.

Budapesti orvosi ujság, 1905. 5. szám. *Haberern Jonathán Pál:* A prostata hypertrophia operativ kezelésének újabb módszerei. *Justus Jakab:* A syphilis diaetetikai kezeléséről. *Pfeiffer Gyula:* A terhesség diaetetikája. *Löbl Vilmos:* A mesterséges táplálószerek.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 5. szám. *Hödlmoser:* A pyramidon értéke typhus abdominalis eseteiben. *Gesang:* Idegen testek vándorlása a szemben és spontan kilökődésük. *Hoffmann* és *Schultz:* A röntgenezett lecithin hatása az állati szervezetre. *Schein:* A condyloma acuminatum kezelése fagyasztással.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 6. szám. *Neumann:* Az ó-perui agyagfigurák tanulmányozása. *Hrach:* Rendellenes lefolyású kanyaró. *Herz:* Ritka szülészeti és nőgyógyászati esetek. *Martell:* Calomel-kezelés a gümőkór korai szakában. *Ajello, de Meis* és *Parascandolo:* Kryoskopia a májinsufficientia felismerésére.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 5. szám. *Hochhaus:* A tüdővérzések kezelése. *Hirschfeld:* A diabetes prognosisa. *Mellin:* Thiosinamin heges contracturák ellen. *Israel:* Az a. hypogastrica dextra alákötése az a. glutaea inferior aneurysmája miatt. *Flesch:* A trismus-tetanus neonatorum et infantum prognosisa, különös tekintettel a serotherapiára. *Kromayer:* Uj, biztos epilatiós módszer. *Libbertz* és *Ruppel:* Marhák immunizálása gümőkór ellen. *Friedmann:* Immunizálás gümőkór ellen teknősbéka-gümőbacillusokkal. *Kirchner:* Mellhártyalob és izomrheuma.

Centralblatt für Chirurgie, 1905. 1. szám. *Roth:* Oxygen-chloroform-narkosis. *Schmiuke:* „Holzphlegmone.“ 2. szám. *Mintz:* Amaurosis nyeregorr paraffin-plasticája után.

Neurologisches Centralblatt, 1905. 1. szám. *Breyman:* Inreflexek és sensibilitás-zavar tabes dorsalisban. *Catola:* A hasfalreflex tabes dorsalisban. *Curschmann:* Convergentiagörcsök tabes dorsalisban. *Vitek:* Decubitus-fekély a penisen tabes dorsalisban. *Mendel:* A paralysis-tabes-syphilis kérdéséhez.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905. január. *Reichardt:* Halálesetek functionalis psychosisokban. *Abraham:* Hemianopia szintévesztéssel a megmaradt látótérben.

Archives générales de médecine, 1904. 50. szám. *Mercier:* A malaria Maurice-szigeten. *Vaschide* és *Lahy:* Egy idiota kedvtelésének és örömének physiologiai coëfficiensei. *Rudaux:* Symphyseotomia, új terhesség, spontan szülés. *Grasset:* Sclerodermia és „asphyxie locale des extrémités“. 51. szám. *Piéry* és *Nicolas:* A vizeletvizsgálás értéke a gümőkóros pleuritis prognosisában. *Delore* és *Duteil:* Anuria calculosa egyveséjűségben. *Esmonet* és *Lièvre:* Az atoniás constipatio gyógyítása magnesiumchloridos vizekkel.

La semaine médicale, 1905. 5. szám. *Marinesco*: Amusia. *Lejars*: „Phlegmon ligneux“ (Holzphlegmone).

Le progrès médical, 1905. 4. szám. *Arthaud*: A szív munkája normalis és kóros viszonyok között. 5. szám. *Medea*: A Stokes-Adams-féle betegség pathogenesise.

The lancet, 1905. I. 3. szám. *H. Ashby*: Gyermekkori görcsök. *W. Ewart*: A pneumonia orvoslásának alapelvei. *W. Mackie*: A jodsav és a jodatok klinikai használata. *Mosetig-Moorhof* és *B. Seymour Jones*: Kisérletek jodoform-csontplombozással. *W. Mitchell Stevens*: Heveny leukaemia esete. *T. H. Openshaw*: Térdizületi zsugorodás és ankylosis kezelése. *C. Donovan*: Emberi piroplasmosis. *R. W. Murray*: Pericarditis suppurativa. *W. Mc Gregor Young*: Az omentum veleszületett multilocularis cystája. *F. J. Hathaway*: Koponyarepedés a n. opticus divisiojával. *J. R. Lunn*: Subcutan emphysema tüdőgümőkórban. *J. H. Ray*: Patella-enchondroma. *R. J. Paton*: Vese-echinococcus esete.

British medical journal, 1905. január 14. *J. Barr*: Arteriosclerosis. *A. Edmunds*: Kalium-, ammonium- és epesók befolyása a vérnyomásra. *W. B. Ransom*: A phthisis sanatoriumi kezelésének értéke. *W. Gordon*: Az erős szelek, a talaj, a szegénység és az általános halálozás befolyása a phthisis-halálozásra. *Rowland Thurnam* és *Ch. E. Wheeler*: A phthisis sanatoriumi kezelése. *Th. W. Dewar*: A phthisis kezelése jodoform-infusioval. *C. H. Cattle*: A haemoptysis kezelése. *W. Thomson*: A térdizületi gümőkór operativ kezelése. *W. P. J. Branson*: Gümőkór és gyermekkori halandóság. *A. Felis* és *W. C. Bentall*: 1. Patella-törés esete. 2. Béldaganat képét utánzó interstitialis myositis. 3. Haránfekvéses spontan szülés.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. február 10.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 5. hetében (1905. január 29-től február 4.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 464 gyermek, elhalt 347 egyén, a születések tehát 141-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránysáma: 1000 lakosra: 28·9. — Halálozások aránysáma: 1000 lakosra 21·6, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 12, meningitis tuberculosa 7, apoplexia cerebri 7, convulsiones 3, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordi. 20, morbi myocardii 5, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 3, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 12, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 13, pneumonia 31, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 64, emphysema pulm. 2, pleuritis 1, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 3, enteritis 2 éven aluli 6, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 28, paedatrophia 3, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. 7, carcinoma uteri 6, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 3, scarlatina 2, pertussis 0, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 7, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 9, suicidium 3, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3757 beteg, szaporodás 839, csökkenés 847, maradt e hét végén 3681 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 130 (138), vörheny 55 (56), álh. gége- és roncsoló toroklob 39 (54), hökhurut 11 (8), gyermekágyi láz 1 (2), hasi hagymáz 0 (3), hímlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 19 (40), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 6 (0), lépfene 0 (2), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

⚔ **Oklevélbemutatás.** Okleveleiket a tiszti főorvosi hivatalban 1904. deczember havában Spiller Jenő dr., Lacheta Brunó dr., Gloduvácz Károly dr. és Balázs András dr. orvosok és 2 szülésznő mutatták be.

○ **A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya** január 31-dikén tartott tisztújító gyülésén az elmult 2 évi cyclus lelépő elnöke, *Réczey Imre* helyére elnökül: *Dollinger Gyulát*, elnökhelyettesül: Haberern J. Pált, jegyzőknek: Winternitz M. Arnoldot és Verebély Tibort, pénztárosnak pedig Dapsy Viktort választotta meg.

\+ **A Bókai János-emlékalapitványra** f. évi január 24-dikétől február 7-dikéig bezárólag a következő adakozások folytak be; Wenhardt János dr. 20, Steiner József dr. (Kalocsa) 5, Dirner Lajos dr. és egy betege 30, Egresi Lajos dr. (Kecskemét) 5, Scheiber Samu dr. 4, Gerlóczy Zsigmond dr. 10, Novotny Lajos dr. 20, Lévai József dr. 20, Lencsó József dr. (Mosócz) 5, Horváth Ákos dr. 5, Ehrenfeld R. dr. 10, Grósz Emil dr. tanár 50 kor. Összesen 184 korona. Hozzáadva ehhez az O. H. 5. számában kimutatott 1676 koronát, az alapitványra *eddig befolyt összesen 1860 korona.* Kelt 1905. február 7-dikén. *Poór Ferencz* dr. pénztáros. (Budapest, VIII. József-körút 63.)

\+ **Rövid hirek külföldi egyetemekről.** A greifswaldi egyetemen a belgyógyászat tanárává *Minkowski O.*-t nevezték ki. *Fleiner W.* heidelbergi rendkivüli belgyógyász-tanárt tiszteletbeli rendes tanárrá nevezték ki. *Halban H.* bécsi magántanár a lembergi egyetemen az elme- és idegkórtan rendkivüli tanárra lett. *Gabbi N.* a messinai egyetemen a belklinika tanárává neveztetett ki.

⁄ **Radiologiai congressus.** A Röngten-sugarak felfedezésének tíz éves évfordulója alkalmából radiologiai congressust tartanak. Berlinben április 30-dikától május 3-dikáig.

< **Nyilvános rendelés szellemileg rendellenes (ideges, psychopathiás, abnormis, gyenge tehetségű) gyermekek és fiatalkorúak részére** nyilt meg a nagymélt. vallás- és közoktatásügyi minister engedélyével a siketnémák állami iskolájában lévő, a m. kir. gyógypaedagogiai intézetekhez kapcsolt psychologiai laboratoriumban, Mosonyi-utcza 8. A rendelést, mely vagyontalanok részére ingyenes, kedden és pénteken d. e. 11—12 óráig *Ranschburg Pál* dr. idegorvos, az állami kisegitő iskola szakorvosa vezeti.

\+ **A szt.-Lukács-fürdőben** 1905. január 1-jétől 23-dikáig 76 fürdővendég lakott.

— **A budapesti poliklinikán** 1905. január havában 3693 új beteg fordult meg és 11,559 rendelés történt.

— **A szabadkai önkéntes mentő-egyesület** 1905. január havában 77, fennállása (1896. szeptember 12.) óta pedig 5661 esetben működött.

= **Tauffer professor** szülészeti poliklinikuma 1905. január havában 90 esetben nyujtott segélyt 55 műtéttel.

† **Elhunyt.** *Sümegi Jakab* dr. volt tolnaozorai körorvost e hónap 5-dikén temették el Mezőkomáromban. Negyvennyolcz évi fáradhatatlan, önfeláldozó orvosi működésével kiérdemelte polgártársai igaz szeretetét.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.“** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Vízgyógyintézet a **„Fasor“** (Dr. Herczel-féle) **sanatoriumban.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimeritő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.**

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (V. rendes tudományos ülés 1905. február 4-dikén.) 110. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologia i és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1903. évi november hó 30-dikán.) 111. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai (IV. előadás 1905. évi febuár hó 7-dikén.) 112. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1904. május 15-dikén tartott XXXIV. közgyülés.) 112. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága. (1904. január hó 11-dik tartott ülés.) 113. l. — III. országos elmeorvosi értekezlet. (I. ülés 1904. október hó 23-dikán délelőtt.) 113. l. — Közkórházi orvostársulat. (1904. november 23-dikán tartott XIV. bemutató szakülés.) 115. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 115. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1905. február 4-dikén.)

Elnök: **Korányi Sándor**; jegyző: **Kövesi Géza**.

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Winternitz Arnold, Borszéky Károly, Pólya Jenő tagtársakat.

Invaginatio ileocoecalis két operált esete.

Winternitz M. Arnold: I. eset. 9 éves fiú felvétele előtt nyolcz nappal hirtelen hányás és hasfájdalmakkal betegszik meg. Két nap mulva a tünetek enyhülnek, hányás megszünik, colicás fájdalmak és székrekedés azonban fennállanak. Ötödik és hatodik napon újból hányás lép fel, a hasfájdalmak erősebbek lesznek, közérzet, kinézés, pulsus rosszabbodik, meteorismus erősebb lesz, ezért nyolczadik napon felvétel a Stefánia-gyermekkórházba. Felvételkor arcz halvány, szemek beesettek, nyelv igen lepedékes. Pulsus 136, gyenge. Hőmérsék 38·6. Has erősen meteoristikus, a mesogastriumban tágult vékonybél-contourok, melyek állandó tetanikus nyugtalanságban vannak. A tetanikus bélmerevedésekre való tekintettel laparotomia, mely a colon transversumban ülő, 12 cm. hosszú ileocoecális invaginatiót derit ki. Desinvaginatio, zavartalan gyógyulás.

II. eset. 5 éves leánygyermek, nyolcz nap előtt hirtelen fellépő hasfájdalmak, székrekedés. Beöntésekre negyedik napon székletét, ugyanazon nap azonban gyakori hányás lép fel, hasfájdalmak erősebbek lesznek a hatodik vagy hetedik napon, daczára az ekkor jelentkező székletéteknek.

Felvétel nyolczadik napon a Stefánia-gyermekkórházba. Arcz halvány, szemek beesettek, nyelv igen bevont. Has nem meteoristikus, puha. A jobb epigastriumban halvány resistentia érezhető. Ugyanazon nap délután laparotomia. Invaginatio ilecoecalis, mely 15 cm. hosszú és már a haránt colonban foglal helyet. Desinvaginatio. Gyógyulás.

Alapy Henrik: A kórisme és a therapia szempontjából óhajt egy-egy megjegyzést tenni. A kórismét bemutató oly behatóan tárgyalta, hogy ahhoz nincs mit hozzátenni, csupán egy szintén említett mozzanatra szeretné a figyelmet terelni: ez a hasfalak puha volta. Állandó és igen nagy fontosságú tünet. Ha a subjectiv tünetek, a kórelőzmény stb. alapján más bajok mellett invaginatiora is lehetne gondolni és úgy vélnők, hogy az invaginatiora jellemző tumort csupán a hasfalak feszessége folytán nem tudjuk kitapintani: akkor tévedünk, mert a hasfalak feszes volta már eo ipso kizárja az invaginatio kórisméjét.

Másik megjegyzése a desinvaginatio technikájára vonatkozik. Sokszor olvassuk, hogy bélresectiót kellett végezni, mert az invaginatumot hüvelyéből sem kihúzni, sem kitolni nem sikerült. De ennek oka nem összenövésekben rejlik, mint sokan vélik, hanem a hibás technikában. Ha az intussusceptum csak kissé hosszabb, bárki tapasztalhatja, hogy a kinyomási kisérlet meddő marad, ha pedig a belépő belet próbáljuk húzni, ez alig enged néhány centimeterre, azután érezzük, hogy ha tovább húznók, elszakadna. Ha ellenben azt a műfogást alkalmazzuk, melyről felszólaló e helyütt már többször referált, akkor a kihüvelyezés könnyen sikerül. Marokra fogjuk t. i. a tumor alsó végét s azt kezünkből kinyomva, a hüvelyt tartalmáról lehúzzuk. Három izben fejtett ki ily módon oly hosszú betüremkedést, mely egész a flexura sigmoideáig leért. Hosszú ideig azt hitte, hogy a leirt műfogást ő találta fel, míg pár hó előtt rájött, hogy Hutchinson már igen régen alkalmazta. A műfogás sikere egyszerűen magyarázható. Leichtenstern és Nothnagel vizsgálatai óta tudjuk, hogy a betüremkedés hogyan keletkezik. Nem úgy, mintha a felső bél az alsóba belépne, hanem akként, hogy az alsó bél reáhúzódik a felsőre. A desinvaginationál tehát egyszerűen meg kell a folyamatot fordítani.

Nem szükséges hangsúlyozni, hogy a betegre nézve milyen előnyös, ha a desinvaginatio sikerül és nem kell resekálni. Már a felnőttre vagy idősebb gyermekre nézve is nagyon fontos, hogy elkerültessék az e műtéttel járó idővesztesség, hosszabb altatás, a vérveszteség és a fertőződés veszélye. A csecsemőre nézve azonban egyenesen életkérdés. Ha ennél bélresectiót kell csinálni, akkor az a csecsemő menthetetlenül elpusztul; míg ha a desinvaginatio sikerül s igy a műtétet rövid idő (15—20 percz) alatt simán be tudjuk fejezni, akkor a csecsemő is felgyógyulhat, mint ezt több eset, többi közt felszólalóé is, bizonyítja.

Bókay János: Az invaginatio a gyermekkorban aránylag gyakori és csodálatos módon az egyes országok közt e tekintetben nagy különbségek vannak. Hirschsprung hivta fel e körülményre a figyelmet 1885-ben. Dán orvosok gyakorlatában gyakori, ellentétben a franczia orvosokéval, kik viszont többet látnak mint az angolok vagy az Egyesült-Államok orvosai. Ribbing is reámutat, hogy Dániában gyakori, míg Svédországban és Norvégiában elenyésző az invaginatiók száma. A különbség oka valószinüleg a raceban és nem a táplálkozásban található.

Winternitz M. Arnold: Alapy felszólalására az a megjegyzése, hogy a tumort egyszerűen kihúzni nem lehet, sőt veszedelmes lehet, mert a desinvaginatiót meg is hiúsithatja. Ugy kell csinálni, hogy az ember részben alulról nyomja, részben a tumort húzza, mint a hogy egy keztyűujjat desinvaginálunk, az invaginatumról desinvaginájuk az intussuscipienst. Különösen csecsemőknél kell erre ügyelni, mert ha a desinvaginatio 1/4 óra alatt nem sikerül, akkor a csecsemő feltétlenül meghal. Négy esete közül csak egy maradt meg, mert nyolcz órai tartam után már megoperálta; nagyobb gyermekek a műtétet kiállják.

Diplococcus peritonitis esete.

Winternitz M. Arnold: Az utóbbi években különösen franczia szerzők hivták fel a figyelmet arra, hogy a diplococcus Fränkel gyermekeknél gyakran okoz részben eltokolt, részben általános peritonitist, melyek jellemző klinikai lefolyással birnak. Jellemző rájuk a hirtelen kezdet, hányással, hasmenéssel. A 8—10. napon túl a tünetek enyhülni kezdenek, de exsudatum kezd jelentkezni a hasban, mely lassan a köldökig terjedhet. E közben a betegek igen lesoványodnak. Ha sebészi beavatkozás vagy a köldökön át való spontan áttörés következik be, úgy a gyógyulás rendes.

Egy ily esetet észlelt és operált a Stefánia-gyermekkórházban. 10 éves fiú felvétele előtt három héttel hirtelen hasfájdalmak, hányás, magas láz és székrekedés tüneteivel bet gszik meg. A második héten spontan székletek és a tünetek enyhülése mellett exsudatum lép fel, mely a has alsó és oldalsó részeit a köldökig kitölti. Felvétel a harmadik héten. Laparotomiánál a vékonybelek összetapadva és felfelé tolva találtatnak. Az alhasat és kismedenczét két liter sürű zöldes fibrinosus geny tölti ki, melyben diplococcus Fränkel tiszta tenyészetben volt kimutatható.

Bókay János: Peritonitis pneumococcicával főként franczia szerzők foglalkoztak, a német irodalomban alig van nyoma, pedig a diagnosis, prognosis és therapia szempontjából fontos. Két alakja van: a diffus és a circumscript vagy betokolt.

A betokoltnak diagnostikája annyiban fontos, hogy műtéti úton vagy a nélkül is áttöréssel elég jól gyógyul.

Ugy látszik a peritonitis pneumococcica nem is olyan ritka és ha figyelünk reája, gyakrabban fogjuk látni. A mit régebben peritonitis acuta idiopathicának vagy rheumaticának hivtunk, valószinűleg ugyanaz. A diffus alak diagnostikájában tévedhetünk, mert appendicitis áttörése után fellépő diffus peritonitisnek tarthatjuk.

A gyomron keresztülhatoló lövés gyógyult esete.

Borszéky Károly: A 15 éves erőteljes földműves előadja, hogy mult évi deczember hó 12-dikén ebéd után jobb oldalára fordulva, fejét jobb tenyerére támasztva, a földön feküdt, a midőn tőle két lépésnyi távolságban álló pajtása véletlenségből meglőtte. Fájdalmai a lövés után nem igen voltak, csakis az erős vérzés miatt hivattak orvost, a ki egy kötést adott és Réczey tanár klinikájára utasította, a hova a sérülés napjának éjjelén szállították be.

Felvételkor a beteg egyáltalán nem tette súlyosan sérült benyomását. A linea albától kissé jobbra a köldök felett két harántujjnyira látható a lövés bemeneti nyilása; kimeneti nyilás nem található. A has alig meteoristikus, nyomásra csupán a seb környékén fájdalmas; tompulati eltérés nincs. A subjectiv jó érzéssel és a hasi lelettel ellentétben a pulsusa feltünően gyenge, könnyen elnyomható, száma perczenként meghaladja a 100-at.

A lőcsatornát nem sondázzuk. A sérülés után 18 órával chloroform-narcocisban a processus xiphoideustól a köldökig a linea albában vezetett metszéssel a hasüreget megnyitjuk. A megnyitás után a lövés bemeneti nyilásába tolva a sondát, keressük azon helyet, a hol a golyó a peritoneumon keresztülhaladt; azonban a sonda csak a peritoneumig tolható előre; a hashártya maga a lőcsatorna végének megfelelőleg teljesen sima, vérzésnek, vagy vérzéses beszürődésnek semmi nyomát sem mutatja. Ezért a hasfalban keressük a golyót, azonban sehol sem lehet azt tapintani.

Ezen vizsgálatok alatt a belek egy részét eventerálva, feltünik a bélserosának halvány, fénytelen volta, kisebbfokú belöveltsége és a peritoneális savó tapadós volta. Az egyes vékonybélkacsok helyenként igen könnyen szétválaszthatólag össze is vannak már tapadva. Kétségtelen jelei lévén tehát jelen egy kezdődő általános peritonitisnek, a lövésnek mégis a hasüregbe hatolónak kellett lennie. A gyomor mellső falán semmi elváltozást kimutatni nem lehet, csupán a gyomor alsó szélén, közvetlenül az art. coronaria inf. felett a pylorus és a cardia közötti távolságnak körülbelül a közepén található egy lencsényi véralvadék; ezen helyhez a cseplesz nincs odatapadva. Ezen véralvadék letörlése után a gyomor falán ugyan semmi anyaghiányt látni nem lehet, azonban ezen hely körül a serosa élénken belövelt és a gyomorfal megvékonyodottnak tapintható. Ezen helyet vizsgálva, a serosa beszakad és a sonda minden ellentállás nélkül a gyomor űrébe hat. Ezen helyet Lembert-Czerny-varratokkal egyesítve, a gyomor hátsó

falát vizsgáljuk azon czélból, hogy a lőcsatorna kimeneti nyilását feltaláljuk.

Az omentum majust felhajtjuk és egy 6—8 cm.-nyi nyilást készitünk a colon transversum és a gyomor között, hogy a gyomor hátsó falát hozzáférhetővé tegyük. Ezen nyilás készítése után feltünik, hogy a gyomornak hátsó felszine körülbelül a lövés bemeneti nyilásától kezdve egyrészt a mesocolonnal, másrészt a colon transversummal össze van tapadva; ezen összetapadás szétfejtése után a gyomrot felfelé húzva, hirtelen gyomortartalom ömlik elő. Ezen körültokolt ürbe vezetett ujjunk most a gyomor hátsó felületén, nem messze a cardia alatt, megtalálja a kimeneti nyilást, a mely oly nagy, hogy az ujj hegyét befogadja. Körülrakva steril törlőkkel ezen üreget, a gyomor nyilását csomós varratokkal zárjuk. Az első átöltő varratnál fogva a gyomrot jól előhúzzuk, hogy a gyomorbennék folytonos kiszivárgását megakadályozzuk. A varrat befejezése után az üreget szárazon kitörüljük és az álhártyákat mindenütt lefejtjük; ezen tisztogatás alatt közvetlenül a lép hylusa alatt megtaláljuk a golyót.

Erre az összes beleket meleg törlők közé takarva, exenteráljuk és bőségesen leöblitjük langyos steril vizzel. Körülbelül 3—4 liter konyhasóoldatot a hasűrben hagyunk. A lép hylusáig egy Mikulicz-tampont tolunk előre és ezen tamponnak megfelelőleg a peritoneumot a bőrhöz kivarrjuk, alul a hashártyát összevarrva, a hasüreget zárjuk.

A lefolyás teljesen zavartalan volt; a beteg a műtétet jól tűrte, hőemelkedése egyáltalában nem volt, nem esuklott, nem hányt.

Másodnapra azután székürülése volt. A Mikulicz-tampon tizednapra meglazulván, eltávolittatott, az üreg szépen sarjadzott és jelenleg csak a hegvonal felső szélének megvastagodása mutatja a tamponade helyét.

Ez esetben tehát a projectil a hasfal sebével szemben a gyomor alsó szélén hatolt be és rézsút felfelé és hátrafelé haladva, a cardia alatt lépett ki a gyomorból. A lőcsatorna ezen lefutása azon helyzetben, a melyben a sérült a lövés pillanatában volt, könnyen érthető, t. i. a beteg féloldalt a földön feküdt és a lövés egy tőle jobboldalt álló egyén kezéből történt. A gyomor fundusa mélyen feküdt, mert a sérülés közvetlenül étkezés után történt.

Figyelemre méltó ezen esetben, hogy a súlyos sérülés daczára csakis a pulsus számának megnagyobbodása és gyengesége voltak az egyedüli tünetek, melyek a lövés behatoló volta mellett szólottak. Annál inkább feltünő ez, mert a műtétnél már egy kezdődő általános hashártyagyuladást lehetett megállapitani.

A hasi zsírszövet-nekrosisról.

Pólya Jenő: Hét idevágó esetét ismerteti, melyeket *Herczel* tanár osztályán észlelt s melyek közül ötnél a zsírszövet-necrosis anatomice be lőn igazolva (egy műtét útján gyógyult eset); kettőnél (spontan gyógyulások, egy kifelé való áttörés, egy felszivódás által) csak a klinikai körülmények teszik valószinűvé, hogy hasonló kórképpel állottak szemben.

Ezzel kapcsolatban összefoglaló képet nyujt a zsírszövet-nekrosis anatomiájára, pathogenesisére, más betegségekkel való összefüggésére, symptomatologiájára és therapiájára vonatkozó ismereteink mai állásáról.

A zsírszövet-nekrosis lényegére nézve a *Langerhans*-féle felfogás bizonyult igaznak, mely szerint a folyamat a zsírsejtekben levő zsir folyékony és szilárd alkotórészekre való bomlása és a szilárd zsírsavaknak mészsókkal való egyesülése által jő létre.

A folyamat genesisére vonatkozó számos theoria közül ma csak kettő: a bakterium és a ferment-theoria, jő komolyan szóba.

A bakteriumos theoria mellett sem positiv, sem negativ irányban döntő bizonyiték nincs. Positiv irányban azért nem, mert

1. csak ritkán sikerült és igen különböző féleségű bakteriumokat lehetett a zsírnekrosisos góczokban kimutatni és

2. ezen bacteriumok secundaer bevándorlása a lobos peritoneumból vagy hullatünet gyanánt való jelentkezésük nem volt kizárható.

Negativ irányban sem döntők a bizonyitékok, a mennyiben

1. feltehető volna, hogy a zsírszövet-nekrosissal egyidejűleg pankreasbántalmat is előidéző bakteriumok a pankreasnedv secundaer kilépése folytán ennek közismert baktericid hatása miatt elpusztulnak,

2. a hasűri lobos folyamatok aetiologiájában jelentékeny szerepet játszó anaërob bakteriumokra nézve eddig az esetek nem vizsgáltattak.

Mindenesetre ellene szól a ferment-theoriának a positiv bizonyitékok hiányán kivül főleg az, hogy

1. nincs bebizonyitva, miszerint bakteriumok egyáltalán képesek-e a zsírnekrosishoz hasonló elváltozások létrehozására, bár zsirhasitó lipasekat tartalmazó bakteriumok a szervezeten kivül ismeretesek,

2. a zsírnekrotikus góczok közepén lobos tünetek állandó hiánya s a széli részleteken mutatkozó lobos jelenségek evidensen demarkáló, eliminálo jelentősége.

Ezzel szemben a pankreas-ferment-theoriát támogatják

1. ama állatkisérletek, melyek bizonyítják

α) hogy a pankreasnedv képes a zsírszövetnekrosisra jellegzetes elváltozásokat létrehozni,

β) hogy ezen elváltozásokat mindig a pankreasnedv zsirhasitó fermentje hozza létre,

γ) hogy ezen elváltozások csak ama zsírszövet-részletekben jönnek létre, melyek a pankreas lipolytikus fermentjével direkt contactusba jutnak,

2. a bántalom fészekhelye mindig a pankreas körül van,

3. a bántalom majdnem állandó összefüggése a pankreas sérüléseivel és súlyos megbetegedéseivel első sorban (pankreas-nekrosis, vérzés, acut pankreatitis),

4. azon kivételes esetek is, melyekben a pankreas ilynemű megbetegedése kimutatható nem volt, a ferment-theoriával összhangzásba hozhatók.

A pankreasnedv zsírszövetoldó hatásához szükséges, hogy a pankreasnedv a hasi zsírszövettel direkt contactusba jusson, ez történhetik a pankreas szakadásainál, duodenum-perforatióknál (egy ilyen eset észlelve lőn) s a pankreas fentjelzett megbetegedéseinél, melyek közt azonban éles határ nem vonható s melyek az állatkisérletek tanulsága szerint egymásba át is mehetnek. Keletkezésükben a pankreas önemésztésének mindenesetre lényeges szerep jut s egy kellően nem méltányolt physiologikus momentum itt az, hogy a pankreas-váladék a ductus Wirsungianus-ban a trypsinnek csak profermentjét tartalmazza és lehet, hogy a pathogenesis homályos pontjainak talán épen az a kulcsa, hogy a pankreasnedv a pankreason belül fehérjeemésztésre képessé válik.

A zsírszövet-nekrosisra praedisponáló állapotok és megbetegedések: az endoarteritis, szivbajok, anaemia, obesitás, alkoholismus, a szülés és a cholelithiasis.

A symptomatologia kezdetben az acut pankreas-bántalmakéval, később valamely hasűri geny gyülemével esik egybe; eseteiben typikus bursális, továbbá pericholecystitikus, lumbális, appendiculáris genygyülemeknek megfelelő exsudatumokat észleltek.

A therapia lehető korai operativ beavatkozásban kell hogy álljon.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1903. évi november hó 30-dikán.)

Elnök: **Huber Alfréd.** Jegyző: **Emődi Aladár.**

Egyes hólyagbajoknak permanens katheter mellett való fennjáró kezelése.

Feleki Hugó: (Beteg- és eszközbemutatás.) Bemutató mindenekelőtt is egyszerű módját demonstrálja az állandó katheter alkalmazásának, melynek előnye, hogy az a betegnek oly kevés alkalmatlanságot szerez, hogy a kijárás, sőt utazás vele teljesen veszélytelenül történhetik. Az indicatiókat illetőleg, az eddig ismerteken kivül főleg az idült cystitisre hivja fel a figyelmet. Eljárását összesen 23 betegnél alkalmazta, de ezek közül néhánynál abba kellett hagynia a kezelést, vagy mert a beteg azt nem tűrte, vagy mert a türelme elfogyott; 14 olyan betege volt azonban, a hol az állandó katheter alkalmazásának legrövidebb ideje két hét, leghosszabb ideje pedig 17 hét volt. Közli 6 eset részletes kórtörténetét. A permanens katheter alkalmazása főleg ott indikált, a hol a hólyag systematikus kezelése a főczél, a mikor a helyi orvoslás mellett főleg a húgyintoxicatio veszélyei ellen alkalmazhatjuk eredményesen. (Az előadás in extenso megjelent a „Budapesti Orvosi Ujság" „Urologia" czimű mellékletének 1. számában 1904. január 7-dikén).

Papillomák és incrustatio a húgycsőben.

Remete Jenő: 48 éves férfibeteget mutat be, kinél hét év előtt lithotrypsiát végeztek. Jelen baja ez év október havában kezdődött vizelési nehézségekkel, a vizelet többször el is akadt.

Status praesens: Igen gyakori vizelési inger, vékony vizeleti sugár, vizelet tiszta. Húgycső 14. sz. Char. sondával átjárható; a pars cavernosában egy körülbelül 1½ cm. hosszú merev szűkület, a pars membranacea és a bulbus határán egy rövidebb gyűrűszerű strictura. A sonda visszahúzásánál az első szűkület mögött köérzést (incrustatio) nyerünk.

Therapia: Eleinte időszakos tágitás és a húgycsőbeli vérző papillomák ecsetelése, részben kanállal való eltávolitása az urethroskopon át. A hátulsó szűkület a fokozatos tágitásnak alig enged, ezért az endoskopon át a *Kollmann*-féle bistourival két radiális irányú incisiót ejtünk rajta, ezután a 26-os sonda akadály nélkül becsúszott. A szűkületek ily módon történt megoldása után az immár vastag vizeleti sugár maga sodorta ki a retrostricturális incrustatiót.

A papillomák kórszövettanilag kötőszövetből és hámsejtekből állóknak bizonyultak.

Hypospadiasis érdekesebb esetei.

Remete Jenő: Három körülbelül egy korban lévő fiatal embert mutat be, kiknél a jelentéktelennek látszó és egyébként elég gyakran észlelhető hypospadiasis glandis mellett, fejlődési rendellenesség alapján, a hímvessző concavitásával lefelé néző ivalakú görbületet képez. A három egyénnél a jelzett curvatura különböző fokban áll fenn, úgy hogy míg egyiknél a makknak lefelé való konyulása aránylag oly kisfokú, hogy jelentékenyebb zavarokat nem okoz, addig a második esetnél már vizelésnél is, coitusnál is kellemetlenségekre szolgáltat az okot, a harmadiknál pedig az immissio in vaginam már egyáltalán nem lehetséges és ekképen az egyén impotentia coëundi et generandi-ban szenved.

A szóban lévő fejlődési rendellenességre vonatkozó embryologiai adatok vázolása után quoad therapiam fejtegeti nézetét és oda concludál, hogy a harmadik helyen említett súlyos esetben a helyzetnek sebészi úton való javitását fogja megkisérelni, ámbár e beavatkozás sem kecsegtet nagy sikerrel, mivel a deformatiót csak kis részben okozza a penis börének anomaliája, a mélyebb rétegek pedig jelentékeny szöveti hiányokat tüntetnek fel.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

(IV. előadás 1905. évi február hó 7-dikén.)

A gyermekágyi megbetegedések prophylaxisa és therapiája.

Liebmann Mór: Előadó a bevezetésben utal a gyermekágyi láz prophylaxisának fontosságára úgy gyakorlati, mint közegészségügyi tekintetben. Összehasonlítva a 30 év előtt a szülészetben gyakorolt fertőtlenítő eljárást a mostanival, konstatálja annak fokozatos fejlődését és tökéletesedésének kedvező befolyását a gyermekágyasok halálozási viszonyaira. Tárgyalja azután a terhesség, szülés és gyermekágy alatt követendő óvintézkedéseket és ismerteti az ez irányban legújabb időben felmerült javaslatokat.

Előadásának második részében kiterjeszkedik a genitális infectio folytán keletkező megbetegedések kezelésére és referál a manapság előtérben álló therapeutikus eljárásokról.

A legközelebbi előadás 1905. február 14-én lesz. Tárgya *Tauffer Vilmos* előadása „*A méhrákról*".

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1904. május 15-dikén tartott XXXVI. közgyülés.)

Elnök: **Konrád Márk**; jegyző: **Rácz Ödön**.

1. *Elnök*: Üdvözölve az egybegyült tagokat, a közgyülést a következő beszéddel nyitja meg:

Mélyen tisztelt közgyülés!

Nagy örömömre szolgál, hogy t. polgármesterünk lekötelező szívességéből a mai közgyülésünket városunk új székházának díszes termében nyithatjuk meg.

Felemelőleg hat mindnyájunkra, hogy mienk e palota, a mely mindenkoron hirdetni fogja Nagyvárad város áldozatkészségét. Legyen áldott e hely s legyen áldás mindazoknak működésén, a kik e helyen a város jólétének előmozdításán fáradoznak.

E törekvésből egyletünk, annak minden egyes tagja kivette részét a multban s ki fogja venni a jövendőben is, mint e városnak polgára és mint szakember egyaránt, a kinek szent hivatása megvédeni, megőrizni az egyének s a társadalomnak legdrágább kincsét, az egészségét, bármily nehéz feladatot ró is az élet az orvosra e kötelességének teljesítése közben. Hivatásbeli küzdelmeink közepette egyleti életünk bátorított a kitartásra, a nyugalmat nem ismerő munkásságra és ösztönzött áldozatkészségre szegénynyel és gazdaggal szemben egyaránt. Bármily szerény volt is az egyletben kifejtett tudományos munkásságunk, mégis ébren tartotta bennünk az érdeklődést szaktudományunk és ennek haladása iránt. Ébren tartotta idealizmusunkat is a szép, a jó és az igaz iránt.

Ez egyleti munkálkodás fejlesztette erőnket és élesztette munkakedvünket is, ez keltette fel bennünk az összetartás ideális törekvését is. S erre, Uraim, nagy szükségünk van, hogy a gyakorlati élet küzdelmeiben megtarthassuk önbecsülésünket és nemesebb önérzetünket. Szükséges, hogy rendünknek megszerezzük a társadalom becsülését, mert a közgazdasági és társadalmi viszonyok átalakulása nem hagyja érintetlenül orvosi rendünket sem, a melyet ez átalakulások készületlenül találtak. Az új viszonyok, a melyek minden előkészület nélkül szakadtak az orvosi rendre, nagy kárt okoztak neki erkölcsileg és anyagilag.

Gondoljunk első sorban a betegsegélyző pénztárak intézményére, a melynek egynémely káros hatását nemcsak az orvosi rend, hanem a munkásosztály is érzi. Nem a csekély díjazás az, a mely főkép elkeseríti a betegsegélyző pénztárak orvosait, hanem főkép az a sajnálatos körülmény, hogy egy-egy orvos vállaira oly sok beteg gondozása nehezedik, hogy a betegek kárára kötelességét híven teljesíteni képtelen. Ebből ered a nagy elégedetlenség úgy a pénztári orvosok, mint a betegek körében. Az orvos testileg és lelkileg kimerül a mindennapi sikertelen küzdelemben és elégedetlen a szegény beteg munkás is s nem egynek egészsége megy veszendőbe a mind nagyobb tért hódító kuruzslás munkája miatt.

Sajnos, a kuruzslás elharapódzásában nagy része van az orvosi rendnek is, a mely megfeledkezett a szép hippokratesi elvről: „medicina est magister naturae". Az orvos méltóságán alólinak tartotta, hogy önmaga foglalkozzék a vízgyógyászattal, massage-zsal és e két fontos gyógytényezőt a szolgaszemélyzetre bizta. Igy lettek a masszőrök s a fürdőszolgák az orvosok versenytársai, nemcsak e téren, hanem általában a gyógyítás terén is.

A vegyészet, a melynek az élettan és a gyógytudomány oly sokat köszönhet, szintén veszedelmes vetélytársa lett az orvosnak. A hangos reklám, a melylyel tudományos színezetű nyomtatványokban újabb meg újabb gyógyszereket és tápszereket hirdetnek, a közönségnek egy részénél nem téveszté el hatását. Ezeknél szinte feleslegessé vált az orvos, mert a gyógyszertárakból és drogériákból önmaguk rendelik gyógyszereiket. Az orvos is, a ki mindig a haladás jelében akar gyógyítani, betegeinek mindenkor az újabb és legújabb gyógyszereket rendeli s ily módon rontják le idővel a változatos gyógyszerek az orvos iránti bizalmat is.

A mikrobiologia, a melynek az orvoslás tudománya, az emberiség annyit köszönhet, a felületesen itélőben szintén megingatta némileg az orvos gyógytudományába vetett hitet. De a tudománynak újabb vívmányai, a fertőző mérgeknek felfedezett ellenmérge, a serum-gyógymód mégis alkalmasak voltak arra, hogy az orvosok önbizalmát emeljék. A mai közegészségügyi tevékenység már nem elégszik meg a régi ismeretek alkalmazásával, hanem az újabb vívmányokat is értékesíti.

Gyógytudományunk a bonczolástan, élettan és a kórtan alapján ma is szilárdan áll. Ezek óvnak meg a gyógyításnál a nihilizmustól s az elbizakodottságtól s biztos alapjai therapiánk fejlesztésének. Ily módon vált a hydrotherapia, az elektrotherapia, az orthopaedia, a massage, stb. is tudományossá! Az orvos hatásköre napról napra bővül. Kisérjük figyelemmel tudományunk vívmányait, beszéljük meg itt a tanulságokat és értékesítsük betegeink javára az orvosi gyakorlatban.

Ez legyen a törekvésünk. A siker reményében és óhajtásával megnyitom mai közgyülésünket.

2. *Edelmann Menyhért* titkár felolvassa titkári jelentését, a mely hű képét adja az egylet mult évi működésének.

A titkári jelentés a következő:

Tisztelt Közgyülés!

Érthető és menthető emberi gyarlóság, jobban mondva, emberi gyengeség, hogy tetteink, munkálkodásunk felett szemlét tartva, hogy azokról beszámolhassunk, önkénytelenül is szépitgetünk és arra törekszünk, hogy tetteinket kedvezőbb szinben tüntessük fel, munkánk eredményét túlbecsüljük. Akárhányszor hiányzik bennünk még a tudata is annak, hogy e szépitgetés, e túlbecsülés tulajdonképen nem más, mint a tényeknek hamis szinben való feltüntetése, bár alapjában véve nem annyira ámitás, mint inkább önámitás.

Ha a különféle testületek és egyesületek időszakonként nyilvánosságra jutó beszámolóit olvassuk, ritka kivétellel mindenütt e jelenségre bukkanunk és csak olykor-olykor ismerünk reá a rideg tárgyilagosság hangjára, a mely nem kérkedik azzal, a mi nem érdeme, a mely nem hivatkozik oly tettekre, a minőket a valóságban nem vitt véghez, nem mond többet, mint a mennyit teljes joggal mondhat, a mely nem leplezgeti a hiányokat, nem hallgatja el a mulasztásokat és nem mentegeti a tévedéseket.

Az a rózsás szemüveg, a melyen át az egyesületi élet krónikásai mindent tekintenek és megitélnek, kétségtelenül igen kellemes segédeszköz és mindenkor tápot ad az öntetszelgésnek, de a midőn hamis szinben tünteti fel a valóságot, ellensége az igazságnak, a melynek rovására teng túl önelégültségünk.

Úgy érzem azonban, úgy hiszem, hogy ezen egylet közel négy évtizedes, sikerekben gazdag multjához méltatlan volna az igazság meghamisitása. A ki ez egylet munkájáról beszámol, annak hű krónikásnak kell lennie, őszintének és szókimondónak akkor is, a midőn kedvezőtlen birálatra nyilik alkalma. Úgy vélem, itt is csak az igazságnak van termékenyitő és éltető ereje; a hibák és mulasztások felismerése és bevallása már maga a jobb utra térés és záloga egy jobb jövőnek.

Ez a meggyőződés vezette tollamat ezúttal is, a midőn egy újabb, a mai nappal letelt egyleti év eseményeiről akarok kötelességszerűleg beszámolni. A miket elmondok, azokból hiányozni fog az önámitás szépitgetése és komoly szándékom óvakodni attól, a mi az alaposabb birálat elemzése után alaptalan kérkedésnek bizonyulna.

Jelentésem a legnagyobb optimismus mellett sem lehet hivalkodó, mert az a munkálkodás, a melyre a mai napon, egy letelt év határmesgyéjén visszatekinthetünk, igen kis méretű volt és csak szerény, ezúttal leszállitott igényeket elégithetett ki.

Nem tagadhatom el, hogy annyit sem tettünk, a mennyi tőlünk tellett volna.

A nagyobb igényű birálat jogával nem is akarok élni, mert jól tudjuk, mennyit várhatunk joggal, jól tudjuk — mi türés-tagadás benne —, hogy itt nem lebbenthetjük fel megfigyelt természeti jelenségek rejtett titkairól az elfedő leplet, jól tudjuk, hogy nem itt lehet az a hely, a melyből a világ minden tája felé az egész világot izgalomba hozó tudományos felfedezések hire röppen szét, be kell látnunk, hogy e helyen nem lehetett alkalom és mód arra, hogy az egész orvosvilágot ámulatba ejtő új tények állapittassanak meg és soroltassanak a már ismert tények mellé, itt legfeljebb csak az önképzés, az ismeretközlés, az eszmecsere, a megvitatás szerény és igénytelen munkája folyhatott, hogy ily módon egymás ismereteit tőlünk telhetőleg gyarapitva, választott élethivatásunkat hasznosabban tölthessük be.

S én most töredelmessen bevallom — bizton hiszem, hogy ugyanigy cselekednék az egyesületnek minden tagja —, hogy végzett munkánk még e kisebb igényeket sem elégithette ki és kitüzött czéljainkat nem szolgáltuk híven. S ez annyival nagyobb mulasztás, mert e czélok nem elérhetetlenek és nem haladják meg erőinket.

Annak akárhány a mentsége és a magyarázata, hogy a nagy munkából, a mely körülöttünk, a mozgalmas tudományos világban oly sokakat foglalkoztat s a melynek szolgálatában a tudomány munkásainak, harczosainak egész tábora áll, — sajnos — alig vehettünk részt. Nekünk legfeljebb csak az érdeklődő szemlélő és figyelő szerepe juthatott, a kikhez, akár csak egy félreeső sziget partjaihoz az örök mozgásban levő tenger vize, csak a nyomtatott betű útján juthatot el az aktuális tudományos mozgalmaknak egy-egy hulláma.

A közlekedés mai sokfélesége és könnyű volta, a gondolatközlés sokféle módja, a hirszolgálat gyorsasága, a sajtótermékeknek szinte megszámlálhatatlan sokasága, e mozgalmaknak hullámait csaknem a keletkezés pillanatában juttatja el mindenfelé, hozzánk is, és mi, ha magunk csak tétlen szemlélői voltunk és lehettünk az értékes munkának, a melyet a tudomány munkásainak nagy serege végzett, azért szintén részesei lehetünk a munka eredményeinek. A mit egy távoli földrész távoleső zugában egy termékeny agy ma kieszel, a mi a földgömb legtávolabbi pontján esetleg egy sárgabőrű, ferdeszemű másfajú

embernek agyában megfogamzott, azt a hír villámgyorsan szárnyaira veszi és hozzánk is eljuttatja.

S e szerencsés lehetőség mellett az eltelt évben egyletünkben mindössze három referáló előadás hangzott el s ezek közül sem volt csak egy is, a mely egyet a nagyszámú kérdés közül ölelt volna fel, a mely mostanában a tudományos világot foglalkoztatja és forrongásban tartja.

A tudományos mozgalmaknak egy hulláma sem jutott el félreeső szigetünk partjáig.

(Folyt. következik.)

Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága.

(1904. január hó 11-dikén tartott ülés.)

Elnök: **Korányi Frigyes.** Jegyző: **Ritoók Zsigmond.**

Szontagh Felix: Az infantilis gümőkór nehány kérdéséről. *Behring* állította fel azon tételt, hogy a gyermekkorban történt fertőzés a tuberculosis bacillusaival teremti azon állapotot, melyet a tüdővész iránti dispositionak nevezünk. A hereditásnak és veleszületett hajlamnak ebben szerepe nincs; a hajlamot a tüdővészes ember a gyermekkori fertőzés útján szerzi meg. A fertőzés főforrása a tehéntej, melyből a védőapparatussal nem rendelkező és sértetlen nyálkahártyái a csecsemő emésztőrendszerének a bakteriumoknak a nyirokba jutását meg nem gátolhatják. Ezzel ellentétbe helyezkedik *Koch* felfogásával, ki szerint a tuberculosis-infectio mindig inhalatiós, s a tehéntej az infectiora embernél nem is alkalmas. E két nézet eldöntésében fontos szerepe van a csecsemő-tuberculosis lefolyásának, melyet előadásában kíván ismertetni.

A csecsemőkori tbc. gyakoriságát illetőleg: osztályán 5 év alatt kezelt 4032 beteg közül meghalt 571, bonczoltatott 498; utóbbiak közt 24·6%-ban a halálok tuberculosis, és hozzávéve a más halálokkal birt, de egyszersmint tuberculosisban is szenvedett eseteket, az elhaltak 32·3%-a szenvedett tuberculosisban. Az első életévben az elhaltak 21%-ának, 1—2 évesig 20%-ának volt tuberculosisa. E szerint *úgy absolut, mint relativ számarányát tekintve a tuberculosis a csecsemőkorban elég gyakori betegség.* Szemben áll ez a *Nägele* statistikájával, melyben 0—1 évesig tuberculosis alig fordult elő, 1—5 évesig 17%-ban. Azonban 1 éven aluli esete 16, 1—5 éves esete 35 volt, tehát oly kevés, hogy abból következtetést vonni — mint *Nägele* maga elismeri — nem lehet, s így tétele, hogy a tuberculosis gyakorisága az első életévben minimális, csakis az ő statistikájára áll. *Torday* a Stefánia-gyermekkórház 10 éves beteganyagán azt találta, hogy 1549 bonczolás közt 40%-ban volt tuberculosis kimutatható. Leggyakoribb 1—2 évesig, azután 2—3, majd 3—4 s ezután az 1 éven aluli korban. *Cnopf, Neureutter, Wiederhoffer, Brandenburg* statistikái is mind azt bizonyítják, hogy a legnagyobb százalék az 1 éven túli korra esik és pedig az 1—2 éves korra. Az irodalomból összeállítható statistikai adatok általában megfelelnek e felvételnek s e tekintetben különösen *Miller*-nek, a moszkvai lelenczház főorvosának 1894-ben megjelent dolgozatát tartja fontosnak, mely szerint említett lelenczházban 10 év alatt felvett 155,459 csecsemő közül 1/10 rész a légzőszervek megbetegedésében pusztult el (15,000 közül 14,000 tüdőgyuladásban). Interstitialis tüdőgyuladás az esetek 6%-ában találtatott; de ezeknek fele szövődött volt hurutos tüdőgyuladással, különösen annak sajtos alakjával; sajtos góczok és cavernák már 3—4 hetes csecsemőknél észleltettek. A bronchopneumoniák 6%-a sajtosodásba ment át, 3%-a valóságos tüdővészbe oly csecsemőknél, kik a 6-dik élethetet megélték. A tuberculosis miliaris ritkább volt, mert a csecsemők előbb elpusztultak, mintsem az általános fertőzés bekövetkezhetett volna. Ezekből következik, hogy *a csecsemőkori tuberculosis nagyon is rosszindulatú, megállapodásra, gyógyulásra kevés hajlamot mutat,* továbbá, hogy *a latens tuberculosis a gyermekkorban nem oly gyakori mint felnőtteknél.*

A csecsemőkorra jellegző a tuberculosisnak rohamos, vészes lefolyása; bár nem tagadja, hogy a nagyobb, fél éven túl levő gyermekek megküzdhetnek a fertőzéssel, hogy bajuk esetleg később, 20—30 év mulva újból életre keljen, de ez esetek kivételesek, vagy legalább is a nagy kisebbséget alkotják.

E felvételt megerősíti *Cornet, Comby, Moussons, Richardière, Garrier* leírása és álláspontja is. Mindez azonban nem kedvez sem *Behring* hypothesisének, sem *Baumgarten* felvételének: az öröklésnek. Ha utóbbiak hypothesise állana, a csecsemőkor tuberculosisát két csoportba kellene sorozni: 1. a gyors lefolyású, halálos esetek kisebb, 2. az évtizedekig latens esetek nagyobb csoportjába, a mire semmi positiv támpont nincs.

A mi különben az *öröklés kérdését* illeti, az *Orth*-féle megkülönböztetés az öröklött és congenitális, azaz intrauterin infectio útján létrejött betegség között adott esetben keresztül nem vihető. *Korányi* szerint a placentáris infectiót bebizonyítottnak tekinthetjük, ellenben az ovogen infectio majdnem biztosan kizárható; a dispositio átörökölhető és ebben fekszik az öröklés lényege. E szerint a világrahozott tuberculosis mindig congenitálisnak tekinthető. Ez eset nem oly ritka, mint sokan gondolják; a *Möller*-féle adatok, *Querat, Liebermeister* eléggé bizonyítják, de bizonyítja az irodalomból felsorolt számos más véleménynyel is; mindamellett kétségtelennek tartja, hogy *az esetek óriási többségében a csecsemő is az extrauterin életben szerzi a tuberculosist.*

A fertőzés útját illetőleg a gyermekkori tuberculosis pathologiája elég positiv adatot szolgáltat. A bronchialis mirigy-tuberculosis uralja a gyermekkor tuberculosisát a 12-dik életévig. Ez szerinte inhalatio útján jön létre, mert nem tételezhető fel, hogy az etetés útján bejutott bakteriumok az egész tápcsatorna nyálkahártyáján áthaladva, nyom nélkül passirozzák a tápcsatorna nyirokmirigyeit, hogy talán nem is a nyirok-, hanem a vérpálya útján a hörgök körüli mirigyeket inficiálják; vagyis utóbbiak a tuberculosis iránt sokkal nagyobb hajlamossággal birnának, mint a test többi nyirokmirigyei.

Bizonyos, hogy az aërogen infectio első postulatuma, hogy a csecsemő tüdeje a bacillusokat keresztül engedje magán, a nélkül, hogy megbetegednék. Azonban ritkán ugyan, de előfordul a primaer tüdőlocalisatio is. *Beckmann* a bakteriumok bejutását a tonsillákon, innen a nyaki mirigyeken át véli magyarázhatónak. *Zakata* kimutatta ugyan, hogy a retropharyng. nyirokmirigyek direct összeköttetésben vannak a peribronchiális, sőt a retroperitonealis mirigyekkel, de a fertőzés e lehetséges útja mégis csak kivételes lesz, mert különben az odavezető mirigyeknek még gyakrabban meg kellene betegedniök, mint a peribronchiálisoknak. *Gravitz* is igen nagy szerepet tulajdonít a fertőzés közvetítésében a tonsilláknak, a mandulák tuberculosisa azonban még nem teszi absolute bizonyossá, hogy a bakteriumok étellel kerültek belejük. Maga a bonczlelet csak a béltuberculosis ú. n. tiszta eseteiben bizonyíthatja positivitással, hogy a bacillusok táplálékkal kerültek a szervezetbe. *Northrup, Neumann, Brasch* az inhalatiós, *Fick, Volland, Behring, Friedmann* az alimentatiós fertőzés mellett nyilatkoznak. Az egész ez irányú irodalom méltatása és ismertetése után maga részéről oda concludál, hogy a gyermekek tuberculosisánál az esetek túlnyomó többségében a bacillusok inhalatio által kerülnek a szervezetbe. A fertőzés ezen módja az, a mely a tényleges viszonyokkal, a bonczasztalnál szerzett tapasztalatokkal legjobban egyezik. Az etetési tuberculosis lehetősége nem tagadható, de előfordulása aránylag ritka. Hogy pedig az etetési tuberculosisnál a tej játszaná a főszerepet, még bizonyításra szorul, mert a bacillusok más úton-módon is kerülhetnek a szájba és torokűrbe.

III. országos elmeorvosi értekezlet.

(I. ülés 1904. október hó 23-dikán délelőtt.)

(Folyt.)

Elmebetegség és elmegyengeség jogi és orvosi szempontból. *Balogh Jenő* egyetemi tanár jogi szempontból tárgyalta a kérdést.

Előadó magánjogunk, büntető törvényünk, továbbá a polgári és bűnvádi perjog és a közigazgatási jog idevágó tételeinek kifejtésével feltüntette, hogy az elmebetegség és elmegyengeség a jogéletnek minden ágában, a jogrendszernek mindegyik részletében nagyjelentőségű következményekkel jár. Felemlítette az értekező azt is, hogy polgári törvénykönyvünk tervezete magánjogunkat e kérdésben több irányban igen lényegesen fogja módosítani.

Az idő rövidsége miatt az előadó egész kiterjedésben értekezésének csak a büntető jogra vonatkozó részét olvashatta fel.

A tanulmánynak ez a része kifejti a beszámíthatóság fogalmát, ennek alkatelemeit és előfeltételeit s ismerteti azt az álláspontot, melyet a franczia, olasz, német és norvég büntető törvény, valamint az angol jog és a svájczi javaslat az elmebetegség és elmegyengeség tekintetében elfoglalnak.

Büntető törvényünk az indeterminismus alapján áll és 76. §-ában beszámítást kizáró okul állapítja meg az elmetehetségnek oly megzavarását, mely miatt a tettes vagy részes akaratának szabad elhatározási képességével nem birt. Előadó kimutatta, hogy ezen rendelkezés mily módon került törvényünkbe, bírálta a 76. §. szövegezését s kifejtette annak jogi tartalmát. Ez a körülírás magában foglalja az elmebetegség összes eseteit, továbbá a kóros elmegyengeséget illetőleg a szellemi degeneráltságnak egyes fajait s olyan testi, pl. idegbetegségeket is, melyek a szellemi életműködést megzavarják. A 76. §. alkalmazása szempontjából a bíróságnak nemcsak az elkövetett cselekményt magában véve, hanem általában azt kell vizsgálni, hogy a tettes a cselekmény elkövetésekor beszámítható volt-e vagy sem. A részleges beszámíthatóság fogalma nem helyes.

Bírálta az előadó büntető törvényünknek azt az álláspontját, hogy csak absolute normális és teljesen beszámíthatatlan egyénekről rendelkezik. Annak felemlítésével, hogy törvényhozásunk a bűnvádi perrendtartás 246. §-ában is elfogadta a *korlátolt* beszámíthatóság fogalmát, az előadó indokolta azt a véleményét, hogy büntető törvényünk novellájába is fel kell venni a *korlátozott* beszámíthatóságra vonatkozó rendelkezést. Egyúttal előterjesztette a 76. §. helyett felveendő rendelkezések szövegét.

Minthogy a bíróság nincs kötve a szakértők véleményéhez, hanem annak helyességét szabad mérlegelése szerint dönti el, ha a szakértő megállapítja is azt, hogy a vádlott elmetehetsége meg volt zavarva, a bíróság, illetve esküdtbírósági hatáskörbe tartozó ügyekben az esküdtek határozzák meg azt, vajjon az adott esetben a vádlott beszámíthatósága ki volt-e zárva. Az előadó rámutatott azokra a veszélyekre, melyek az ilyen szakkérdéseknek a törvényszéki elmekórtan elemeiben is teljesen járatlan esküdtek által való eldöntéséből előállhatnak.

Végül kifejtette az értekező azt a nagy jelentőséget, melyet a büntető jog újabb irányai és különösen a büntető-lélektani iskola az elmeállapot megzavarásának tulajdonítanak.

Moravcsik Ernő Emil dr. egyetemi ny. r. tanár orvosi szempontból tárgyalja a kérdést. (Mint eredeti czikk egész terjedelmében lett közölve lapunk más helyén: Elme- és idegkórtan 1904. 4. sz.)

Salgó Jakab: Semmi sem bizonyítja jobban a spekulativ philosophiának rossz befolyását a jogi tudományra, mint az a radikális

eljárás, melylyel Balogh tanár egész röviden azt kivánja kimondani, „be nem számítható az, a ki elmebeteg vagy öntudatlan“. Nem kiván kiterjeszkedni a beszámithatóságra vagy akaratnyilvánításra alkalmasság kimondására, mely kérdés csak azért kerül az orvos kezébe, mert a biró nem tudott reá megfelelni.

A kifejezett elmebetegség esetében nincs nehézség, mert az orvos és biró egyetértenek. Nehezebb a kérdés, mikor nem világos elmebetegségről van szó, hanem úgynevezett csökkent beszámithatósággal járó abnormis állapotról és ebben a természettudományi módszer a jogtudományban is meghozta azt a nagy fordulatot, hogy nem az a kérdés, milyen mértékben van befolyásolva az akarat szabadsága, hanem, hogy *mit csináljunk ezen emberekkel, kik abnormálisak?* Ezen egyének számára egészen külön eljárást kell megindítani, és nem bűnüket, hanem az állapotukat kell nézni és e szerint őket elhelyezni külön e czélra berendezett intézetekben, és pedig nem büntetőbirósági itélet, hanem gondnokság alapján.

Szigeti Henrik: Az új büntető perrendtartás hatályon kivül helyezte azt a régi ministeri rendeletet, hogy főbenjáró ügyekben a terhelt mindig megfigyeltessék. És ezért tisztán a véletlentől függ, hogy megfigyeltetik-e a terhelt, mert csak ha „gyanúok merül fel elmezavar iránt“, rendeli el a perrendtartás az elmeorvosi vizsgálatot. Már pedig éppen tudjuk, hogy elmebetegek szeretnek dissimulálni és esetekkel igazolja, hogy elmegyógyintézetekben már kezelt terheltek kerültek börtönbe, a hol a fogházorvos deritette ki az elmebajt. Ezért kivánatos volna, hogy a bűnvizsgálat során már a régi ministeri rendelet értelmében minden főbenjáró ügyben a terhelt elmeorvosilag megvizsgáltassék. Hasonlóképen a gyujtogatók, szemérem ellen vétők, visszaeső fiatal bűnösök.

Fischer Jakab: Aggályosnak találja a „csökkent beszámithatóságnak“ behozatalát, mert ez még nagyobb zavarokat fog okozni, mint a mostani gyakorlat. A psychiater elmebetegnek néz valakit, de kételyei vannak és inkább a csökkent beszámithatóságot mondja ki. Lesz eset, a mikor a védő ügyvéd a csökkent beszámithatóságba fog belekapaszkodni a maga szakértőjével együtt. Szükségesnek tartja, hogy imbecillitás eseteiben a Salgó által felhozott értelemben történjék intézkedés.

Konrád Jenő: Teljesen osztja Balogh tanár felfogását, mely teljesen modern felfogás és ehhez mindannyian hozzájárulhatunk. A determinismust végső következtetéseiben el nem fogadhatjuk, mert ez az állam és jogrend felforgatásához vezetne. A csökkent beszámithatóság eseteiben szükséges olyan intézkedés, mely nem annyira büntetés, mint gyógyító és nevelő befolyás.

Niedermann Gyula: A birák az egyetemen sok mindent tanulnak, csak azt nem, a mi működésük tárgyát képezi, az *embert* nem. Igen sok a psychiatrikus része a büntető törvénykönyvnek és sem elméletileg, sem gyakorlatilag nem tanulnak psychiatriát. Nagy hiányát látja a biróképzésben a psychiatria hiányának, a mi oka a sok birói tévedésnek. Ezért el kell jönnie az időnek, midőn a birák is meg fogják tanulni a psychiatriát.

Pándy Kálmán: A bűntettesek, különösen a visszaesők között sok az olyan, ki korlátolt, ezek nem tébolydákba, de nem is a Salgó által említett intézetekbe valók, hanem soknak ezek közül legjobb helye a börtön, és pedig nem meghatározott időre, hanem az elmeorvos által megszabandó időre.

(Az elnöklést átveszi *Raisz Gedeon*. Jegyzők: *Hudovernig Károly, Ferenczi Sándor.*)

Az elmebetegek gondnokság alá helyezésének és a gondnokság megszüntetésének eljárása. Előadta *Márkus Dezső* kir. itélőtáblai biró.

A polgári perrendtartásról szóló törvényjavaslat tizenharmadik czimében a gondnokság alá helyezési és annak megszüntetése iránti eljárást tárgyazó második fejezet fenntartja az elmebeteg és a gyengeelméjű közt az 1877 : XX. t.-cz. 28. §-a által megállapitott különbséget.

A törvényhozás a gondnokság alá helyezés szempontjából ne tegyen különbséget elmebetegek és gyengeelméjűek közt, mivel részleges elmekór nincs, hanem csak általános psychikus betegség és mivel az elmebetegség fokát csakis esetről esetre állapithatja meg az orvos-szakértő. Épen ezért kivánatos, hogy a törvény általánosságban az „*elmebajos*“ kifejezést használja. A cselekvőképesség korlátoltságának vagy teljes hiányának megállapításánál a biróra az legyen az irányadó, vajjon az elmebajos, betegsége ellenére is, képes-e az ő sajátos életviszonyai közepette vagy mindennapi működésének körében, rendes körülmények közt előforduló közönséges tennivalóit úgy ellátni, a mint azt a hasonló viszonyok közt élők józan felfogás szerint ellátni szokták, vonatkozzanak azok akár vagyoni, akár egyéb életviszonyaira.

Ha az árvaszék az elmebajos körülményei alapján a gondnokság alá helyezés szükségét látja, a mit sem az elmebaj megállapitása egymagában, sem az elmegyógyintézetben elhelyezés egymagában meg nem okol, hanem csakis az elmebajos és a jogi fogalom érdekeinek egyaránt fontos megóvása: a betegnek jogosult hozzátartozóit az erre irányuló eljárás megindítására felhivja, annak kijelentésével, hogy az ő mulasztásuk esetében az eljárást ő fogja megindítani. Hivatalból indítja meg az árvaszék az eljárást akkor is, a mikor a beteg ezért közvetlenül hozzá vagy a bírósághoz fordul, avagy ha a betegnek az eljárás megindítására jogosult hozzátartozói nincsenek.

Hasonló eljárást követ az árvaszék akkor, a mikor a hozzá érkezett hivatalos jelentésekből a gondnokság megszüntetését megokoltnak találja.

Azt, hogy valakit elmebaj okából gondnokság alá helyeztek vagy hogy részére gondozót rendeltek, a születési anyakönyvben hivatalból kell feljegyezni. A gondnokság vagy gondozás megszüntével ezt a feljegyzést hivatalból kell kitörülni, a kitörlés után kiadott anyakönyvi kivonatban azonban sem a korábbi feljegyzést, sem a későbbi törlést feltüntetni nem szabad.

Elmegyógyintézetbe vagy kórháznak elmegyógyító osztályába, tekintet nélkül arra, vajjon hatósági vagy magángyógyintézetről (kórházról) van szó: a nyilvánvaló közveszélyesség esetének kivételével, csakis a beteg kezelőorvosának és a reá nézve illetékes hatósági orvosnak legfeljebb nyolcz nappal korábban kiállított bizonyitványa alapján szabad beteget ideiglenesen befogadni. A gyógyintézet vezetője minden betegbefogadást azonnal bejelent az intézetre nézve illetékes kir. járásbiróságnak, a melynek vezetője haladéktalanul a helyszinén megjelenni, a szakértőket meghallgatni és a beteg jelenlétében a befogadásnak elmebaj alapján megengedéséről határozni köteles.

Hasonló módon határoz a kir. járásbiróság vezetője akkor, ha az elmegyógyintézet vezetősége valamely beteget az arra jogosultak kérelmének ellenére az intézetből elbocsátani vonakodik, mert azt még nem tartja meggyógyultnak vagy ha nem akar valakit az intézetben tartani, mert nem tartja elmebetegnek. Ilyen esetben az intézet orvosa nem lehet szakértő.

Ha a gondnokság alá helyezés az elmegyógyintézetbe való szállitással nem egy időben történik: a gondnokság alá helyezést újabb szakértői véleményadásnak s birói helyszini szemlének kell megelőznie. Az intézet orvosának véleménye nem elégséges.

Hatósági orvosi bizonyítvány alapján az elmebajos maga kérheti a gondnokság alá helyezést és ugyanígy kérheti annak megszüntetését is. A biróság ilyen esetben ugyanúgy jár el, mintha a kérelmet az elmebajos hozzátartozói vagy az árvaszéki ügyész terjesztette volna elő.

A büntető törvény terjesszse ki a közhivatalnok fogalmát az összes elmegyógyintézetek (kórházak) tulajdonosaira, vezetőire, orvosaira és alkalmazottaira és a személyes szabadságnak közhivatalnok által megsértése gyanánt (BTK. II. R. X. fejezet 193—198., 202. §§) büntesse azt, a ki valakit birói határozat nélkül elmegyógyintézetbe befogad vagy pedig meggyógyulása után vagy birói határozat ellenére ott tart.

Azok, a kik a házassági jogról szóló törvény értelmében a házasságkötés szempontjából nem cselekvőképtelenek, de a kikről a születési anyakönyvben fel van jegyezve, hogy gondnokság vagy gondozás alatt állnak, csakis két orvosszakértőnek egybehangzóan kedvező véleménye alapján köthessenek házasságot.

A házasság felbontását kérhesse az a házasfél, a kinek házastársa elmebaj okából legalább három év óta gondnokság alatt áll.

A közönséget alkalmas módon állandóan fel kell világositani az elmebajosnak elmegyógyintézetben való elhelyezése áldásos voltáról és arról, hogy az elmebaj kórjellege miben sem különbözik egyéb súlyos bajtól, az elmegyógyintézet pedig semmi más, mint elmebajosok kórháza. Fel kell továbbá világositani arról, hogy hazai viszonyaink közepette a familiaris rendszer, mely Belgiumban (Gheel, Lierneux) annyira bevált és a melynek érdekében Skócziában és Németországban (Ilten) is történtek kisérletek, nem ajánlható. Ellenben kivánatos az elmegyógyintézet felügyelete alatt az ott el nem helyezett betegekkel is a mezőgazdaság különböző ágainak műveltetése.

Az elmegyógyintézetben el nem helyezett elmebajosokat a lakhelyük szerint illetékes hatósági orvos legalább félévenként köteles meglátogatni.

Konrád Jenő: Köszönetét fejezi ki, hogy előadó két év előtt e tárgyban kifejtett álláspontját lényeges részeiben osztja. Abban a véleményben van, hogy elmebetegség és elmegyengeség kategoria fenn nem tartható, szükségtelen és hátrányos. A biró szempontjából szükségtelen, mert a biró csak azt akarja tudni, hogy az illető elméje ép-e vagy rendellenes, másodszor hogy elmeállapotának megfelelő kötelmi jog szempontjából hová sorozza be az egyént. Hogy az elmebetegek a kötelmi jog szempontjából különböző fokozatokba tartoznak, azt tagadásba venni nem lehet. Tehát fokozati különbségek vannak, mit szóló példákkal illustrál.

Üdvözli az előadót a bátor szóért, melyet a psychopathiára nézve a házasság kérdésében kimondott. Különösen, mert jogász mondotta ki, és nem orvos, kit könnyen túlzással vádolnak; reményli, hogy az eszmének lesz kihatása.

A psychopathiának sokféle fokozatai vannak és az átöröklésnek is vannak törvényei. Szólónak is vannak már tapasztalatai, de ezek még közlésre nem értek meg. 5—600 elmebeteg utódainak egészségügyét vizsgálta és általánosságban mondhatja, hogy a 3., ritkán a 4. generatioban regenerálódik, vagyis nyoma sincs az elmebetegségnek, vagy pedig a család kihal. De azt is meg lehet állapitani, hogy nem minden utód lesz psychopathiás.

A kérdés nem érett még meg a részletekre, és ezért nagyon megfontolandó.

Salgó Jakab: Bámulatos éleslátással világított be előadó olyan kérdésekbe, melyeknek mi mindennap tanui vagyunk. A mi szólót meglepte, az az elmebetegségnek mint házasságbontó oknak kijelentése. Ez e kérdés Francziaországban is már több izben vita tárgya volt, de a szakértők a gyógyíthatatlanságot illetőleg megegyezésre jutni nem tudtak. — Egy esetében pl., mely már 10 év óta áll kezelése alatt, 10 év után következett be a legmegbizhatóbb és kétségtelen módon a gyógyulás, tehát 3 vagy 2×3 év után is milyen rettenetes fegyver volna a társadalom kezében, ha egy elválasztott elmebeteg végre is gyógyul és kijön az intézetből és családi életétől meg van fosztva. Ez mély megsértése volna a humanismusnak.

Fischer Jakab: Nagyjában egyetért előadóval. A házassági és anyakönyvi kérdésben nem. A gondnoksági eljárás tarthatatlan. Szerette volna az újat ismerni, hogy erre is megtehette volna megjegyzéseit.

A mostani eljárás szerint, ha egy 18 éves leány maniakális lesz, gondnokság alá helyezik, egy év mulva meggyógyul, a gondnokság által meg van bélyegezve, alig mehet férjhez, pedig a gondnokság alá való helyezés felesleges volt, mert 24 éves koráig úgyis gondnokság alatt van.

Márkus Dezső: Félreértették őt. A perrendtartás javaslata épen azt tervezi, hogy az eddigi anomaliák megszünjenek. Nevezetesen az elmegyógyintézetbe való befogadást és a gondnokság alá való helyezést elkülönitik, vagyis: az elmeorvosi értekezlet óhajtása figyelembe van véve.

A mi a házasságkötést akadályozó és bontó voltát az elmebetegségnek illeti, természetes, hogy ez sokkal nagyobb megfontolást igényel. Konrád az utódokat védi, szóló nem is akarja, hogy legyenek utódok. Tehát egy embernek kell viselnie az igazságtalanságot, hogy több ne legyen kénytelen vele. Kivételek mindig voltak és lesznek és justizmordok mindig történhetnek a legnagyobb óvatosság mellett is. De meg a hol a házastársak között a szeretet dominál, ott úgy sem kerül elmebetegség esetén válásra a dolog. Általános szabályt, a kivételekre való tekintet nélkül, kell statuálni.

(Vége következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(1904. november 23-dikán tartott XIV. bemutató szakülés.)

Elnök: **Schwarz Arthur**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Folyt.)

Donath Gyula: Ő a rókusi Röntgen-intézetet berendezte és úgy diagnosfikai, mint therapiai czélból alkalmazta az X-sugarakat. De 10 perczen túl sohasem exponált. A legtöbb szerencsétlenség a röntgenezésben onnan származik, hogy 10—15 percznél hosszabb ideig is exponálnak. Kemény lámpa mellett sem kell félni, csak ne tartson tovább az expositio 10 percznél. A Holzknecht-féle eszközök által jobban dosirozhatjuk a sugarat és redukálhatjuk a hatást. Vannak betegek, kik idiosynkrasiával birnak az X-sugarak iránt. Az évek mulva fellépő elváltozások bizonyára az edényekre gyakorolt hatásból származnak.

Stein Adolf: Teljesen egyetért Havas tanárral. Félreértések kikerülése végett ki kell jelentenie, hogy az átvilágitás, ha többszörösen történik is, teljesen ártalmatlan. Hogy károkat csinálhat a röntgen, nem csoda, mert annyiféle baj ellen és annyifelé alkalmazzák, ½—1 óráig is. A Holzknecht-féle radiometerrel megtudjuk ugyan, hogy menynyit fogyasztott a beteg, de nem tudjuk, mennyit bir el. Az expositio másod-, harmadnaponként történjék 10—15 perczen át. A beteg idionsykrasiája figyelembe veendő.

Kollarits Béla: A beteget a bőrgyógyászati klinikán kezelte. 1904 márczius elején egy héten belül három, egyenként 15 perczes expositiora elosztva összesen 8 Holzknecht-egységnek megfelelő sugárzást kapott, miközben a sugarak penetrálóképessége a Benoist-radiometer 6. számának felelt meg. A lupus vulg. Röntgen-kezelésénél erősebb lob előidézését nem intendálták. Daczára ennek e sugárzással szép eredményt tudtak elérni. Tény, hogy csak hosszabb ideig folytatott kezelés után és igaz, hogy ilyenkor mindig izolált lupusgöbök maradtak vissza, melyeket azután kiégettek. Az utóbbi két körülmény indította arra, hogy a boroszlói bőrgyógyászati klinika tanársegédének, *Scholtz*-nak eljárását alkalmazza. Scholtz az Arch. f. Dermat. 1902. évfolyamában ismertette. A sugárzást *„bis zur Bildung eines Röntgenschorfes“* folytatja, mely fekélyesedésre vezet. Ez utóbbi soká gyógyul szép sima heggel, lupusgöbök nélkül, sőt tuberculininjectiora sem mutatkozik reactio. Igy nyilatkozik *Lion* is. Ezekkel ellentétben *Schiff, Freund, Hahn, Albers- Schönberg, Grouv.n, Kümmel* nagy elővigyázatra int és nagyobb lob előidézését perhorreskálja. Ők is annyira óvatosak voltak, hogy a Scholtz energikus eljárásának elbirálására két oly beteget választottak, kiknél a lupus a kézhát bőrén mutatkozott. A most bemutatott betegnél a kézhát előzetes műtétek által hegessé tett bőrén kiterjedt területen számtalan lupusgöb volt látható és ezenfelül kétfillérnyi verrucosus hypertrophiás kiemelkedés. Egy héttel az utolsó világitás után felületes, élénk rózsaszinű erosio keletkezett — *Röntgenpörk nélkül* —, mely eleinte szépen hámosodott. A behámosodás megakadásával az erosio mélyebb fekélylyé alakult át, mely szalonnás lepedékkel volt bevonva. Hogy az aránylag nem nagy fénymennyiség (8 H) ily ulceratiot eredményezett, annak oka tán abban rejlik, hogy a megvilágitás előzetes műtétek *merev* (!) hegén történt. Még egyszer kiemeli, hogy az intensivebb megvilágitás nem a saját kényelme szempontjából történt és véletlen, talán gondatlanságból eredő túlexpositioról sem lehet szó, mert a sugárzást nem helytelenül idő szerint mérték, mint azt Donath és Stein kivánják, hanem a Holzknecht-féle chromoradiometerrel, mely e tekintetben sokkal megbizhatóbb, sőt a sugarak penetrálóképességét is ellenőrizték a Benoist-féle radiometerrel. Havas követelménye, hogy röntgenezéssel csak bőrgyógyászok foglalkozzanak, mindenesetre helyes. Rosaceát, acne vulgarist, eczemát sohasem sugaraztak és a hypertrichosis könnyebb eseteiben a röntgenezést ugyancsak nem végezik. Favus, folliculitis supp. barbae, trichophytiasis, epithelioma eseteiben a Röntgen-therapia adja a legszebb és leggyorsabb eredményt. Lupus erythematodes csak ritkán javul, lupus vulg.-nál a nem energikus, lassú eljárás mindenesetre indikált és nagyon szép eredménynyel is jár. A Röntgen-ulcusok kezelésére *Ehrmann* és *Freund* a sugárzó meleget ajánlották, *Bar* a vörös fénynyel ért el eredményt, *Oudin* és *Apostoli* a hydrogensuperoxyd-ecsetelésnek és magas feszültségű áram alkalmazásának szószólói. Személyes tapasztalata e téren nincs.

Havas Adolf: Ő a beteg előadása szerint említette a félórai expositiót. A röntgen-kezelést egyetlen egy olyan bőrbajban sem szabad alkalmazni, melyben más úton is lehet jó eredményt elérni. Különösen veszedelmes cosmetikai czélból, továbbá psoriasisnál és véredénytágulással járó bőrbajokban. Csak olyanok foglalkozzanak a Röntgennel, kik a bőrgyógyászatban is jártasak. A lupus therapiájában első helyen áll a Finsen eljárása, mely nélkülözhetővé teszi a többi módot. Azután a sebészi és vegyészi eljárások és csak végül jöhet a Röntgen.

Syphilis annularis et gyrata.

Havas Adolf: V. I.-né, 28 éves, vinczellér neje, négy gyermek anyja. Az első és negyedik gyermek, mint a beteg előadja, közvetlen a szülés után kelevényekben meghalt. Beteg antiluetikus kezelésben sohasem részesült. Most a nyakon, háton és felső mellkason, nemkülönben a bal szem körül sötét barnásvörös, merev infiltratumok láthatók körkörös vagy ivszerű elrendeződésben. Differentiális diagnosis szempontjából mycosis fungoides vagy sarcomatosis cutis jöhetne tekintetbe.

Sérvtömlőben keletkezett appendicitis esete.

Milko Vilmos. A sérvtömlő tartalmát nem ritkán képezi a vakbél a féregnyúlványnyal együtt, s így természetes, hogy az appendicitis in hernia sem tartozhatik a ritkaságok közé. Mindazonáltal csak 1889 óta találunk az irodalomban erre vonatkozó nagyobb számú casuistikus közléseket. Kétségtelen, hogy azon kórfolyamat, melyet előbb sérvtömlőgyuladás, peritonitis hernialis stb. elnevezéssel illettek, sok esetben nem volt egyéb, mint egy appendicitis in hernia. Az ilyen appendicitisek diagnosisát rendesen csak a műtőasztalon tudjuk megállapitani, mert a tünetek teljesen azonosak lehetnek egy kizárt sérv tüneteivel.

A bemutatott eset a következő: A 48 éves férfibetegnek 12 év óta fennálló kétoldali sérve van, mely daczára, hogy sérvkötőt nem viselt, neki soha semmi bajt nem okozott. F. é. augusztus 17-dikén nehéz tárgy emelése után hirtelen erős fájdalmak léptek fel a jobboldali sérvben, melyhez hidegrázás, majd a jobboldali sérv megduzzadása csatlakozott. Orvosa sérvkizáródást diagnostizált és megkisérlette a repositiót, a mi nem sikerülvén, hashajtókat alkalmazott, szintén eredmény nélkül. Négy napig a betegnél teljes szék- és szélrekedés állott fenn. 5-dik napon beöntésre széke lett, ennek daczára a fájdalmak és láz nem szüntek meg, s a herezacskódaganata növekedett.

A betegség 8-dik napján vétetett fel az osztályra a következő statussal: Hőmérsék 38, pulsus 90. A jobb herezacskó gyermekfejnyi, resistens daganatot alkot, alsó polusán borsónyi sipolynyilással, melyből állandóan bélsár szivárog. A herezacskó felett a bőr erősen lobos. Tekintettel a jelzett tünetekre, a diagnosist elhanyagolt hernia incarceratára tette, a sipolynyilást az elhalt bél perforatiojából magyarázván. A kezelés, mint ily esetben szokásos, egyszerű incisioból állott. Azonban csakhamar meggyőződtek róla, hogy nem egyszerű kizárt sérvvel van dolguk, mert az antiseptikus kötözések alatt néhány hét mulva a bélsárfolyás megszünt, a herezacskó daganata lelohadt, s az előbb irreponibilis sérv alsó részletének kivételével a hasűrbe visszahelyezhetővé vált. Már ekkor érezni lehetett, hogy a teljes repositiót a herezacskó alsó polusához rögzitett kemény köteg gátolja.

Október 30-dikán kétoldali radikális sérvműtét chloroformnarcosisban. A jobboldali sérvben benne van a vakbél az ileum alsó részével és a proc. vermiformissal együtt. A sérvkapu szabad. A proc. vermiformis alsó, mintegy 5 centimeter hosszú darabja, szivós hegtömegbe ágyazva, a sérvtömlő falával összenőtt, csúcsa pedig a tömlő alsó polusán azon helyhez rögzített, a hol az előbb leirt sipolynyilás volt. Az appendix kiirtása a rendkivüli összenövések miatt csak 2 részletben sikerült. A csonkot a szokott módon Lembert-varratokkal zárták, s azután a vakbelet reponálva, Bassini-műtétet végeztek. A beteg per primam gyógyult.

A kiirtott appendix 8 cm. hosszú, kisujjnyi vastag, nyákhártyája duzzadt, helyenként vérömlenyes, izomrétege megvastagodott.

Balás Dezső: Hasonló esetről referálhat. Ez év juniusában 57 éves férfibeteg vétetett fel Janny tanár osztályára. Vidékről jött incarcerált hernia diagnosissal. Jobboldali sérve volt 24 év óta, sohse tudta reponálni. Felvétele előtt 3 héttel mások javaslatára, különben minden ok nélkül sérvkötőt vett, az irreponibilis sérvre alkalmazta és noha fájdalmat okozott neki, hordta. Három hét mulva a sérvtömlőben kólikaszerű fájdalmak léptek fel, elesettség, szél- és székrekedés. Sérvtartalma fájdalmas, de a kapu tág és laza, orvosa ezért nem indikálta a műtétet, borogatást rendelt, 3 nap mulva ricinusra bőséges széke volt. De a beteg állapota ennek daczára rosszabbodott és ezért küldte fel osztályukra. Felvételkor 38·5° hő, pulsus rhythmikus. Jobb inguinális tájon 2 férfiökölnyi, fájdalmas, feszes, rugalmas terimenagyobbodás lobtünetekkel. A sérvkapun két ujj bevezethető a hasüregbe, a sérv tartalma szabad. Acut appendicitis lehetőségére állitották fel a diagnosist. Sérvtömlő felmetszésére bélsárral vegyes ichorosus folyadék ürül és kiderül, hogy a sérvtartalmat vakbél, cseplesz és a perforált appendix képezte. A sérvtömlő a hasüreggel nem közlekedett. A proc. vermiformis kiirtatott, hydrogensuperoxyddal kiirrigáltatott és nyitva hagyatott a seb. A beteg állapota fokozatosan javult. Három hét mulva a vakbél és a cseplesz összenövéseiből kiszabadittatott és radikális Bassini végeztetett, mire a beteg teljesen meggyógyult. Az appendicitis oka ezen esetben a sérvkötő által okozott mechanikus insultus volt.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

513/1905.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai középjárásába kebelezett **Tiszabő** községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állasra** ezennel pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi márczius hó 10-dikéig** annál bizonyosabban adják be, mert a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1000 (egyezer) korona törzsfizetés.
2. Negyedévi előleges részletekben fizetendő 200 (kétszáz) korona lakbér.
3. A halottkémi teendők teljesítéséért 30 (harminez) korona.
4. A fizetőképes betegektől a szabályrendeletben megállapított látogatási díjak, a fizetésképtelen betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.
5. A vágatási biztosi teendők ellátásáért szedhető díjak.

A választást 1905. évi márczius hó 13-dikán délelőtt 9 órakor fogom Tiszabő községházánál megejteni.

A megválasztott községi orvos köteles állását a választás jogerőre emelkedése után legkésőbb 3 nap alatt elfoglalni.

Tiszaroff, 1905. évi február hó 6-dikán.

2—1 *Jancsó Geza*, főszolgabiró.

Pannonhalmán (Győrmegye) a **főapátsági orvosi állás** betöltendő.

Illetmény: Évi 2400 korona készpénz, 48 m³ kemény tűzifa, 4—5 szobás lakás (konyha, kamara, padlás, pincze, 672 négyszögöl kerttel); 10 évenként 200 korona korpótlék, de nyugdijra való igényjogosultság nélkül.

Az állást elnyerni óhajtó r. kath. orvostudorok szakképzettségüket, eddigi gyakorlatukat, egészségi és családi állapotukat feltüntető okmányokkal fölszerelt kérvényöket **f. é. márczius hó 15-dik ig** a pannonhalmi főmonostori perjelnél személyesen nyujtsák be. Fogorvoslásban jártasak — különben egyenlő körülmények között — előnyben részesülnek.

Munkakör: Orvosi gondozásban részesiti 1. a főmonostorban tartózkodó (körülbelül 65) és a közel vidéken lakó (körülbelül 8) rendtagot; 2. a helybeli apáczákat (körülbelül 5—6); 3. a főmonostor külső és belső alkalmazottjait, cselédjeit (körülbelül 60 személy) és ezek közül körülbelül 15-nek családját is; 4. a szentmártoni gazdasági kerület gazdasági tisztjeit, alkalmazottjait, cselédjeit, családjokkal együtt.

A munkakör részletei a főmononstori perjelnél tudhatók meg.

Pannonhalma, 1905. évi február hó 6-dikán.

2—1 *Vojnits*, főmonostori perjel.

A szegzárdi Ferencz-közkórházban egy **alorvosi állas** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyo évi márczius hó 1-jéig** nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtéssel és világitással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1905. február hóban.

2—1 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

1468/1905. sz.

Somogy vármegye **kaposvári közkórh.-zánál** évi 1000 korona törzsfizetés, lakás, fűtés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-a 3-dik bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Somogy vármegye főispánjához czimezve hozzám **folyó évi február hó 20-dikáig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Megjegyzem, hogy ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkeznék, azon esetben belügyministeri jóváhagyástól feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni. A kinevezés ideiglenesen és 2 évre történik.

Ezen állásra csak nőtlen orvos pályázhatik. Magángyakorlat megengedve nincs; végül az inspekciós szolgálatot az alorvosok felváltva teljesitik.

Kaposvár, 1905. évi január hó 16-dikán.

Alispán helyett:
Gabsovits Károly, főjegyző.

1296/1905. ai.

Borsod vármegye tulajdonát képező **Erzsébet- özkórház-ban** lemondás folytán egy **ideiglenes segédorvosi állás** jött üresedésbe.

Ezen megürült és főispáni kinevezés utján betöltendő segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 800 korona készpénzfizetés és teljes ellátás (kórházban szabad lakás, fütés, világitás, kiszolgálás, élelmezés.)

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 1. §-a, valamint 9. §-ának II. részében előirt képesitésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt s a V. Ü. Sz. 4. §-ának megfelelőleg Borsod vármegye főispánjához czimzett kérvényüket hozzám **folyó évi februar hó 20-dikának délelőtti 12 órájáig** annyival inkább adják be, mivel az elkésetten érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Miskolcz, 1905. február hó 1-jén.

Tarnay Gyula dr., alispán.

Egyéb üresedésben levő állasok.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
febr. 14.	közs. o.	Páty	1200 korona	Geréby főszolgabiró
„ 15.	közs. o.	Pusztaföldvár	1200 k., 200 k. lakbér	Ambrus, fszb. Orosháza
„ 15.	közs. o.	Szentetornya	1200 k., 300 k. ú. á., 300 k., halottkémlés, lakás	Ambrus, fszb. Orosháza
„ 25.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 k. uti át.	Somlyódy főszolgabiró
„ 25.	körorv.	Magyar-Fráta	1000, 200 lb., 400 k. ú. á.	Gaál Jenő dr. főszolgab.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Budapest, VI. ker., Ó-utcza 42.

Wonke Rezső műszerész

Wien, IX/3. Universitätsstrasse 12.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kapcsoló készülékek villamos fényvezetékekhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fény-gyógykészülékek.

Gazdagon illusztrált árjegyzek ingyen és bérmentve.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és b cteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

LEVICO

Elsőrangú arsentartalmú vasas víz, semmiféle hasonló ásványvíz által arsen-vastartalmát illetőleg el nem éretik. Vízben, sörben, vörös borban 10-szeresen higítva, klinikus tekintélyek egyhangú véleménye szerint, **kiváló hatású** és mivel minimális adagokban alkalmazható, **gyermekek, gyengék** és **dispeptikusok** által **nagyon jól** tűretik.

Kapható minden gyógyszertárban és ásványvíz-raktárban.

Kizárólagos fő- és egyedüli raktár:

S. UNGAR jr.

Cs. és kir. udv. szállító és ásványvíz-nagykereskedés

WIEN, I., Jasomirgottstrasse 4.

LEVICO

Császárfürdő Budapesten.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévvízi gyógyfürdő, **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb közös és **külön i zapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-, kád-, tűlég-, szénsavas- és villamvízfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legsolidabb kezelés.
Prospectus kivánatra ingyen és bérmentve.

Chologen

Tabletták 1, 2., 3. sz. — Név törv. védve.
A cholelithiasis gyógyitására, Dr. Rob. Glaser szerint, Muri (Aargau).
(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1903. évf. 3. sz.)
Irodalom ingyen és bérmentve
az egyedül megbizott gyáros által:
Physiolog. chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg.
Berlin, W. 50. Spichernstrasse 19
A Chologenszerek valamennyi gyógytárban, de csakis orvosi rendelésre kaphatók. Ára K. 3.60 dobozonként bármely számú (100 dbot tart.) tabl.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer
szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.
Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, *(Strassburg):*
A **„Pertussin"** hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerű katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhurut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak

Dr. Model, v. kir. körorvos *(Weissenburg):*
„Pertussin" használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szivnám be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen feltünő volt, mert sok évi hörghurut folytán meglehetős tüdötágulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, *(Neuhausen):*
Az a véleményem, hogy a **„Pertussin"** az a szer, mely a legrövidebb idö alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen hörghuruttá változtatja. Ez idö szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnynyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, *(Bir feld, Steierm.):*
A három **„Pertussin"**-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készitménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hömérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszertárak útján.
Előállitja a
„Kommandantenapotheke E. Taeschner"
Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
Ingyen minták szivesen állanak rendelkezésre.
Raktárak: **Török József** gyógyszertár, Budapest, **Dr. Egger Leo és J.** Budapest, stb.

Dr. BULLING-féle INHALÁCIÓ

orvosok ajánlják a légzőszervek összes betegsége ellen.
Készülék házi használatra **„Thermo-Variator"** minden szakmabeli üzletben kapható.
„Thermiol" (phenylpropriolsavas natron), kizárólagos gyáros: Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz, jól bevált tüdö- és gégefötuberculosis ellen. Csakis a „Thermo-Variator"-ral lehet a nagyhatású **„Thermiol"**-inhalációkat végezni. Téli inhalatorium: Lussinpiccolo. Értesítéseket ad: **Dr. Bulling inhalatorium Syndicat, Wien, IV., Gusshausstrasse 10.** Magyarországi megbizottja: **László Frigyes dr., Budapest, Erzsébet-körút 41.**

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyúvíz

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.
Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti ezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Calorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Bornyval

(Borneol-Isovalerianasavester)
a tiszta valerianahatás sokszorosával bir, kellemetlen melléktünetek nélkül.
Specificum vérkeringési, emésztési és idegrendszer **összes neurosisainál,** főleg szívzavarok, hysteria, neurasthenia, agripina és cephalalgia, hószámi klimakterikus panaszok esetében.
Eredeti doboz 25 drb 0·25 gm.-os gelatincapsulával. Adag többnyire 3—4-szer naponta 1 szem.
Kimerítő irodalom rendelkezésre áll.
Chemische Fabrik von J. D. Riedel, Berlin N. 39.

Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és fölszerel
Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. czég
Budapest, IX., Tinódy-utcza 3. sz. alatti gyártelepe.
A fürdők kitünő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.
Prospektusok ingyen és bérmentve.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltóintézet

Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.
Kitünő minőségű és mérsékelt árú
diphtheria-serum elárusítása.
TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON.
Vezető orvos: **Dr. Székely Ádám.**

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású
himlőnyirkot
alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola		2—3	egyénre	---	---	---	1	korona	—	fill.
5 vagy több phiola á		2—3	„	---	---	---	—	„	80	„
1 phiola	10	egyénre	---	---	---	---	1	„	60	„
1 „	20	„	---	---	---	---	2	„	40	„
1—2 phiola összesen	50	egyénre	--	---	---	---	4	„	—	„
1—5 „ „	100	„	--	---	---	---	8	„	—	„

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér nem ajánlva **40** fillér

Szag és iz nélküli a
Zoltán-féle Csukamájolaj
(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)
s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitünő hatású: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus** és **scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.** — Készitője:
ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Szabadság-tér
Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.
! AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLITÁSON KITÜNTETÉST NYERT !

Negyvenkilenczedik évfolyam. 8. szám. *Budapest, 1905. február 19.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá a köz- és magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: **HŐGYES ENDRE** EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET **Schulek Vilmos** és **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT **Bókay János** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT **Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza** és **ifj. Klug Nándor** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

— **Minden jog fenntartatik.** —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Sellei József: Közlemény a „Teleia“ nyilvános rendelő intézetből venereás betegek számára. A húgycsőkankó gyógykezelése prolongált befecskendezésekkel. (húgycsőtöltések) 117. lap.

Balogh Pál: Közlemény a szt. István-kórház ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő orvos: Donath Gyula dr. egyet m. tanár.) Adatok a liquor cerebrospinalis cyto-diagnostikus értékéhez. 122. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári magy. kir. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr., min. tanácsos.) Uj inképlő módszer az angolkóros és statikai lúdtalp gyökeres gyógyitására. 123. lap.

Ministeri rendeletek és határozatok. 125. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Körmöczi Emil**: A fehérvérűség gyógyítása Röntgen-sugarakkal. — *Könyvismertetés. Landois*: Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. (Kőrösy.) — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Müller* és *Hurck*: A táplálék hőmérsékének befolyása a gyomorműködésre. — *Gyógyszertan. Bibergeil*: Digalen. — *Sebészet. Krougiline*: Rectalis narkosis. — *Voert*: A veselob eseteiben használt operativ beavatkozások. — *Bőrkórtan. Delbanco*: Caseinalbumose-szappan. — *Dubreuilh*: A bőr blastomycosisa. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Schrage*: Hetolbefecskendősek. — *Meyer*: Anthrasol. 126—127. lap. — *Folyóiratok átnézete.* 127. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kuzmik Pál. — Schwartz Ármin. — Czirfusz Dezső. — Adományok a Semmelweis-emlékalapra. — Külföldi egyetemi hirek. — Merck W. — A német sebésztársaság 34. congressusa. — A német orthopaed-társaság 4. congressusa. — A rák kutatása. — Bársony professor poliklinikája. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Tátrafüred. — Elhunyt. 127—128. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akademia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — Közkórházi orvostársulat. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. E. Merck vegyészeti gyár „Hydrosuperoxyd“ czimü prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a „Teleia“ nyilvános rendelő intézetből venereás betegek számára.

A húgycsőkankó gyógykezelése prolongált befecskendezésekkel (húgycsőtöltések). (Pansements intra-urethraux.)

Irta: *Sellei József* dr., rendelő orvos.

Mióta *Janet* a húgycsőkankó kezelésére irrigáló eljárását ajánlotta és mióta a mellette és ellene elhangzott vélemények közül nézeteink ezen eljárás értéke felől tisztázódtak: immár megállapodott véleménynek jelenthetjük ki, hogy a Janet-féle irrigálás értéke első sorban a húgycső mechanikai kezelésének hatásában keresendő. E tárgyra vonatkozó vizsgálataimból[1] magam is meggyőződtem arról, hogy az alkalmazandó folyadék *minősége* teljesen irrelevans, a mennyiben a szokásos concentratiókban, akár hypermangan-, akár protargol- stb. oldatot használtunk, a gyógyulás menete teljesen egyenlő maradt — persze individualis különbségekkel — úgy az egyik, mint a másik folyadékkal eszközölt irrigálásnál.

Ezen vizsgálatok folyamán azonban arról is meggyőződtem, hogy *nem elegendő* a húgycső irrigálása, hanem — végezzük akár az eredeti Janet-féle irrigálásokat, akár pedig a helyette talán még hathatósabban alkalmazható mosásokat nagyobb fecskendővel — utólag, *azaz nyomban a mosások után, antigonorrhoicumoknak alkalmazása is* (argentum nitricum, vagy ennek pótszerei, vagy egyéb készítményei, mint az argentamin, ichtargan, protargol stb.) *szükséges.*

[1] *Sellei*: A húgycső-irrigálások értéke stb. Orvosok lapja, 1903.

E felfogásomban különösen *Motz*[1]-nak nem régen megjelent dolgozata és ajánlott eljárása, a „Pansements intra-uretraux“, még inkább megerősített.

Motz ugyanis a húgycső elülső és hátsó részének bórvízzel vagy Hg oxycyanatummal (1 : 2000) való kimosása után ajánlja, hogy a húgycső hátsó, majd elülső részébe összesen körülbelül 4—5 cm³ lentebb ismertetendő antiseptikus folyadékot fecskendezzünk, mely folyadék hosszabb ideig maradjon a húgycsőben, hogy hatása sokáig és intensivebben érvényesüljön.

Az eljárás Motz szerint tehát következőképen történik:

A húgycsőnek kimosása után 4—5 cm³-t az említett folyadékok közül Guyon-féle cseppentővel a húgycsőbe, annak hátsó és elülső ré-zébe fecskendezünk; a bal mutató és hüvelykujjal comprimáljuk a glanst, hogy az elülső részbe befecskendezett folyadék ki ne folyhasson. Most vattadugót mélyen benyomunk az orificum externumba, e fölé újabb vattacsomót adva, ezt kaucsuk condommal, vagy a glanst fedő és fonállal megerősített battist-darabbal rögzítjük. A folyadék órákig — a meddig csak a beteg kibirja és vizelési inger nála nem lép fel — a húgycsőben marad. Motz leginkább a hermophenylt[2] ajánlja, még pedig a beteg érzékenysége szerint három különböző oldatban.

Ezek a következőket tartalmazzák (gm.-okban.)

	I. oldat	II. oldat	III. oldat
Hermophenyl	0·50	0·75	1·0
Protargol	0·50	0·75	1·0
Cocain-hydrochlor.	1·0	1·0	1·0
Aqua dest.	1000·0	1000·0	1000·0
Glycerin	30·0	30·0	30·0

[1] *Motz*: Traitement des uréthrites chroniques. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1903.

[2] A hermophenyl egy újabb higanypraeparatum.

Míg az I. oldat mindennap alkalmazható, addig az erősebb oldatokat csak kétnaponként ajánlja és szerinte 6—7 ily pansement után erősen csökken, sőt meg is szünik a váladék; azonban czélszerű az eljárást még néhányszor azután is ismételni.

A hermophenyl oldat helyett Motz hydrarg. oxycyanat. oldatot (0·20-tól feljebb) is ajánl. Szerinte az oldatban alkalmazandó gyógyszerek következő hatások kifejtésére rendelendők: A *cocain* szükséges az első vizeléskor jelentkező fájdalmak kikerülésére; a *glycerin* az epithel felpuhítására, a *protargol* gyenge diapedesis előmozdítására, az intercellularis űrök kitágítására és az antisepticum (tehát a *hermophenyl*) bejutásának elősegítésére szolgál.

Motznak ezen eljárását úgy a vezetésem alatt álló rendelésen, valamint magángyakorlatomban is többszörösen kipróbáltam a húgycső kiirrigálása után, és úgy az általa ajánlott antisepticumot, mint pedig más combinatioban egyéb antisepticumokat is különböző concentratiókban alkalmaztam.

A fent említett eredeti Motz-féle oldaton kivül ugyanis a következő oldatokat alkalmaztam:

1.*a)* Rp. Argenti nitrici 0·50
Glycerini 25·0
Aquae dest. 1000·0

1.*b)* Rp. Protargol 1·0
Glycerini 30·0
Aquae dest. 1000·0

2.*a)* Rp. Cupri sulfur. 1·00
Protargol 1·50
Glycerini 25·0
Aquae dest. 1000·0

2.*b)* Rp. Cupri sulfur. 1·0—3·0
Glycerini 30·0
Aquae dest. 1000·0

3. Rp. Hydrarg. oxycyan. 0·50—1·0
Protargol 2·0—5·0
Glycerini 40·0
Aquae dest. 1000·0

4. Rp. Hermophenyl 1·0
Protargol 2·0
Glycerini 30·0
Aquae dest. 1000·0
(II. sz. hermophenyl-oldatom.)

5. Rp. Acidi trichloracetici 0·50—1·0—5·0
Hydrarg. oxycyan. 0·50—1·0
Glycerini 30·0
Aquae dest. 1000·0

Mint látható, mindenekelőtt a cocaint hagytam el, mert abban a concentratioban, a melyben Motz ajánlja (0·5—1·0 : 1000), úgy sem nagy a fájdalomcsillapító értéke, nagyobb concentratioban meg némely esetben határozottan veszedelmes lehet, a mint azt az idevonatkozó néhány, az irodalomban ismertetett esetből tudjuk. De hátránya a nagyobb százalékban alkalmazandó cocainnak még az is, hogy egyéb szerekkel, pl. argentum nitricummal vagy más szerrel összehozva, könnyen kicsapódik, értéke semmis lesz.

A cocain pótszerei közül az eucaint ugyan eleinte szintén felvettem, később azonban ezt is teljesen elhagytam.

Az I. és II. számú hermophenylt (Motz szerint) egy sorozatban hasonlóképen alkalmaztam, azonban kisérleteim további folyamán teljesen felhagytam a gyengébb oldatokkal és kizárólag 1%-os oldatot 2‰ protargollal (általam II. sz. hermophenyl-oldatnak nevezve) használtam. A hermophenylt helyettesítettem, mint látható, hydrargyrum oxycyanatummal, cuprum sulfuricummal, argentum nitricummal, mely utóbbi esetben a protargolt hagytam el. Acidum trichloraceticummal is próbálkoztam, a mennyiben főleg *Posner* vizsgálataiból tudjuk, hogy különösen némely chronikus esetben, a midőn egyéb antigonorrhoicumok sikertelenek maradnak, czélt érhetünk el oly módon, hogy acidum trichloraceticumot fecskendezünk be az urethrába és ekkép mintegy megváltoztatjuk a gonococcusok fejlődésére alkalmas talajt. És a fentemlítetten kivül alkalmaztam az acid. trichloraceticumot akkép is, hogy egy nap az 1—2%-os oldattal töltve meg a húgycsövet (¼ óráig), másnap a hermophenyles vagy más oldattal végeztem az instillatiót.

Mint Motz is kiemeli, szükséges azonban, hogy a húgycső töltése előtt az urethrát szorgosan kimossuk valamely gyenge antiseptikus folyadékkal. Ezen czélból kalium hypermangan.-oldatot vettem, a melyet heveny esetekben 1 : 5000 dilutioban a Majocchi által módosított Janet-féle irrigatiók alakjában böven applikáltam. A Majocchi-féle módosítás tudvalevőleg abban áll, hogy az orificium ext. urethraehez alkalmazandó üvegcső belül kettéválasztott; s ekkép tulajdonképen két üvegcső folyik egymással az egyik végén össze, míg a másik végén a két üvegcső egymástól eltávolodva, az egyik cső az irrigatorral lesz összekötve, míg a másik üvegcsőre illesztett kaucsukcső a húgycsőbe befolyó oldat kieresztésére szolgál. E módosítással ekkép elérhetjük azt, hogy a folyadék csakis a húgycső elülső részébe jut és nem a hátsó részbe is. Csak kivételesen tapasztaljuk, hogy enyhe nyomás is már ilyenkor legyőzi a compressor urethrae ellenállását és a folyadék így a hátsó részbe is jut. A Majocchi által módosított Janet-féle irrigálásokat azonban eleinte kizárólag az acut és subacut esetekben használtam, míg a chronikus kankó-esetekben a Guyon-féle nagy fecskendővel való húgycsőmosásokat alkalmaztam. Avagy pedig a Janet eljárásával az elülső húgycső kiirrigálása után engedtem a folyadékot a hátsó részbe is.

A húgycsőnek ily módon előzetes kimosása után a fentemlített egyik folyadékkal megtöltöttem a húgycsövet. Az acut és subacut esetekben közönséges kankófecskendővel végeztem a fecskendéseket, a chronikus urethritis totalis esetekben azonban, a midőn arra is fektettem súlyt, hogy a folyadék a pars posteriorban is kifejtse hatását, Ultzmann-féle cseppentővel végeztem az instillátiókat. Ha csakis az elülső részbe fecskendeztem, akkor 5—6 cm³ mennyiséget vittem be a pars anteriorba, míg a hátsó részben is végzendő töltéskor ebbe körülbelül 1 cm³, az elülső részbe pedig 1—3 cm³ folyadékmennyiséget vittem.

A fecskendővel végzett töltés után a fecskendő leemelése előtt a beteg ujjaival összenyomja a glanst, most a sulcus coronarius táján vatta darabbal körülpólyázzuk a penist, s gaze-zel vagy egy ujjnyi széles zsinórral, vagy vászonkötőszalaggal a vattát megerősítjük, ekkép a folyadék az urethrából nem csurogh at ki; a húgycső töltése be van fejezve.

A húgycsőbe vitt folyadék 3—4 óráig maradjon benn; csakis akkor, ha a betegnél fellépő vizelési inger nem türné tovább a kötést, kell azt feloldani.

A húgycsőtöltéseket naponkint vagy másodnaponként alkalmaztam. Acut esetekben, a midőn abortive igyekeztem hatni, 5—6 töltést adtam egymás után, majd — szükség esetén — a másodnaponkénti húgycsőtöltéssel is elértem a czélt. Chronikus esetekben — az esetnek megfelelőleg — szintén naponkint vagy másodnaponként használtam az eljárást.

Prostatitis esetén a húgycsőtöltéseket prostata massage-zsal kötöttem össze, vagyis a húgycső mosása után massiroztam a prostatát, a beteget vizeltetve, újból mosást, majd a megfelelő húgycsőtöltést applikáltam. A prostatamassaget és húgycsőtöltést ilyenkor kétnaponként végeztem és a közbeeső napokban csak a húgycsövet mostam.

Az esetek bizonyos számában egy és ugyanazon eljárást és folyadékot vettem igénybe, vagyis egy seriest kaliumhypermanganmosásokkal és túlnyomólag hermophenyles oldattal, egy másik seriest mosásokkal és hydrargyrum oxycyanat oldattal kezeltem stb. Minthogy azonban más irányú tapasztalatainkból tudjuk, hogy a húgycső egy bizonyos szerhez könnyen hozzászokik, azért számos esetben az oldatokat felváltva is rendeltem.

A húgycsőtöltéseket az eredeti Motz-féle eljárástól így csakis lényegtelen módosításokkal eltérve végeztem és eredményeimet a következőkben foglalhatom össze.

Összesen eddig 44 esetre pillanthatok vissza, a melyekben az eljárást rövidebb-hosszabb időn át a czélnak megfelelő módon alkalmazhattam és a hol a kezelés befejezésével is a legtöbb beteget rövidebb-hosszabb ideig még megfigyelhettem. Ezen itt felemlített 44 eseten kivül azonban az eljárást további eseteimben is foganatosítottam és ezekről folytatólagosan máskor ismét be fogok számolni. *Motz* eljárását első sorban chronikus kankónál ajánlja. Én azonban úgy acut, mint chronikus húgycsőkankó ellen megkiséreltem az eljárást.

I. Heveny-esetek.

Eset száma	Név, kor, foglalkozás	Hányadik infectio	Most mióta beteg	Váladék	Vizelet a jelentkezés napján	Subjectiv panaszok	Húgycső állapota a jelentkezés napján	Hólyag	Prostata	Mellékhere	Mosáson kivül milyen oldattal kapott húgycsőtöltést (P)	Meddig lön kezelve	Hányadnaponként kapott húgycsőtöltést (P)	Lefolyás	Eredmény	Megjegyzések
1	P. J. 27 é. napszám.	II.	10 nap óta	Bő, Gc. +	I. r. erős. zav. II tiszta	Vizeléskor fájdalmak	Pars. ant. beteg	—	—	—	1%-os protarg glycerin a jelentkezés napján; P (cu)	10 napig	Naponként	Váladék teljesen megszünt	Gyógyult	
2	F. F. 26 é. kőfaragó	I.	3 hét „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. kevéssé zavaros	„	Pars. ant. et poster. beteg	—	—	Jobb mellékhere fájdalmas és duzzadt	Eleinte sedativumok, majd mosás és P (cu) P (hermophenyl) P (hydrarg. oxycyan.)	14 húgycsőtöltést (P) kapott (3 hó óta kezeltetik)	Hetenként kétszer P különben mosás	Váladék teljesen megszünt	„	
3	V. E. 23 é. gyakorn.	II.	12 nap óta	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. homály.	„	Pars ant. et poster. beteg	—	—	—	Eleinte sedativ, 4 hét mulva P (hermoph.)	5 húgycső töltést (P) kapott eddig	—	Urethr. cyst. fejlődött, melyhez prostatitis társult	Javult	Kezelés alatt áll
4	Cs. A. 24 é. géplakat.	II.	2 „ „	Kevés, Gc. +	I. r. váladék II. r. tiszta	„	Pars ant. beteg	—	—	—	P (cu)	4 P. kapott	—	—	Gyógyult	
5	Sch. H. 21 éves mészáros	I.	2 „ „	Kevés	I. r. homály. II. r. kevés foszlány	„	Pars ant.	—	—	—	P (cu) P (Hg. oxycyan.)	5 hétig	10 P.	—	„	
6	L. A. 18 é. műszerész	II.	6 „ „	Kevés, Gc. +	I. r. váladék II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.) P (Hg. oxycyan.)	8 hétig, 4 hétig a beteg maga fecskendezte húgycsövét	2. nap P. közben csak húgycső-mosás	3 P. után 4 hétig nem kezeltette magát, újra jelentkezett	„	
7	R. J. 34 é. hivataln.	I.	3 „ „	Kevés, Gc. +	I. r. kevéssé homályos II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.) P (cu)	6 hétig	3. nap; közben húgycső-mosás	—	„	
8	W. N. 19 é. szabó	I.	10 „ „	Kevés, Gc. +	I. r. fon. vál. II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (cu) P (hermoph.)	8 hétig	2 nap	—	„	
9	M. J. 23 é. lakatos	I.	8 „ „	Bő, Gc. +	I. r. homály. II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.) P (cu)	12 napig	Naponként	—	„	
10	H. A. 17 é. vaseszt.	I.	8 „ „	Bő, Gc. +	ugyanaz	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.) P (cu)	12 napig	„	—	„	
11	V. D. 19 é. géplakat.	I.	12 „ „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. homály.	„	Pars ant. et pars posterior	—	—	—	P (ag) P (cu)	3 hétig	2 nap	Eleinte laudanum + urotropin belsőleg	„	
12	C. J. 32 é. betűszedő	I.	8 „ „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. hom.	„	ugyanaz	—	—	—	P (hermoph.) P (cu)	4 hétig	2 „	Eleinte helmitol	„	
13	K. G. 27 é. pénzügy.	I.	2 hét „	Kevés, Gc. +	I. r. néhány fonáltörm. II. r. tiszta	„	Pars ant.	—	—	—	P (hermoph.) P (cu)	2 „	Naponként	—	„	
* 14	B. S. 19 é. kárpitos	I.	2 „ „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. hom.	„	Pars ant. et pars posterior	—	—	—	P (Hg. oxycyan.)	4 „	2 nap	Eleinte javult, majd 2 hét után urethr. posterior újra fejlődött	Nem gyógyult	Elmaradt

Eset száma	Név, kor, foglalkozás	Hányadik infectio	Most mióta beteg	Váladék	Vizelet a jelentkezés napján	Subjectiv panaszok	Húgycső állapota a jelentkezés napján	Hólyag	Prostata	Mellékhere	Mosáson kivül milyen oldattal kapott húgycsőtöltést (P)	Meddig lőn kezelve	Hányadnaponként kapott húgycsőtöltést (P)	Lefolyás	Eredmény	Megjegyzések
15	K. Gy 20 é.	I.	1 nap óta	Bő, Gc. + és nagymenny. streptobac.	I. r. váladék II. r. tiszta	Vizelés-kor fájdalmak	Pars ant. beteg	—	—	—	P (cu) P (herm.) II	6 hétig	2-od nap	—	Gyógyult	
16	A. L. 24 é. hivataln.	I.	4 „ „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (herm.)	8 „	—	Betegnél 2 hét mulva urethro-cystitis, majd prostat. fejlődik	—	Még kezelés alatt áll
17	S. K. 20 é. fényező	I.	8 „ „	ugyanaz	I. r. zavaros II. r. hom.	„	Pars ant. et post.	—	—	—	P (herm.), P (cu) P (Hg. oxycyan)	5 „	2-od nap	—	Gyógyult	
18	Sp. M. 44 é. szappanos	II.	12 „ „	Kevés, Gc. +	I. r. váladék II. r. tiszta	„	Pars ant.	—	—	—	P (Hg. oxycyan) P (hermoph.)	3 „	—	—	„	
19	L. Gy. 33 é. hivataln.	II.	3 „ „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.)	10 napig	Naponként	—	„	
20	A. B. keresk. s.	I.	3 „ „	ugyanaz	I. r. hom. II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.)	8 napig naponként; gyógyult. 5 nap mulva ismét kiújult (?) és azóta 5 hétig kezelve, pars post. is beteg				
21	I. R. 19 é. betűszedő	I.	3 „ „	ugyanaz	I. r. zavaros II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (hermoph.)	3 hétig	Eleinte csak mosás, egy hét mulva P (Hg. oxyc.), erre pars post. is beteg. Laud. + urotr.-ra javulás. Kezelés alatt.			
22	B. E. 21 é. czipész	I.	4 „ „	ugyanaz	I. r. zavaros II. r. tiszta	„	„ „	—	—	—	P (Hg. oxycyan.)	2 „	A második P után 4 napig csak mosás, a mire javul, újból mosás és P (herm.) gyors gyógyulás.			

II. Idült esetek.

1	Sch. Zs. 31 éves czukrász	I (?)	2 év óta	Bő, Gc. +	I. r. erősen II. r. kev. za.	Vizelés-kor fájdalmak	Pars ant. et post beteg	rendes	Mindkét lebeny nagyobb.	—	1—%-os protargol-glycerin; később hermophen. (I) oldat	12 töltés	2-od nap	4. P után I. rész váladék, II. kr. tiszta. Prostata-massage és P (hermoph.)	Gyógyult	
2	B. J. 18 é. műszerész	I.	5 hét „	Bő, Gc.	I. r. erősen II. r. kev. zav.	—	Periurethralis abscessus, mely paquelinnel szétroncs.	„	rendes	—	Hg. oxycyanat, hermophenyl (II)	15 „	2-od „	Urethrocystitis az 5. P. után	Javult	
3	T. A. 28 é. szobafestő	II.	7 hó „	Kevés, Gc.	I. r. kevés váladék II. r. töm.	—	Pars ant.	—	—	—	P (cu) P (hermoph.)	Kezelés folyamán 8 P után erősebb folyás. Majd urethr. post. P felhagyatnak és más kezelésre		—	Nem gyógy.	
4	L. F. 26 é. lakatos	II.	8 „ „	Kevés, Gc.	I. r. kevés váladék-fon. II. r. tiszta	—	Pars ant.	rendes	Mindkét lebeny nagyobb, j. lebeny érzékeny	—	I. sz. P (herm.) P (cu), 1%-os protargol-glyc.	8 töltés	2-od nap	Prostata-mass. mosás és P	Javult	8 P után elmaradt
5	B. J. 30 é. lakatos	II.	3 „ „	Sok, Gc.	I. r. homályos benne uszkáló fonalak II. r. tiszta	Vizelés-kor fájdalmak	Pars ant. et post.	—	—	—	I. sz. P. (herm.) P (cu), P (Hg. oxycyan.)	3 hó óta kezelés alatt	2-od „	Húgycső-mass. Prostata-mass.	„	
6	L. L. 20 é. tanuló	I.	4 „ „	Bő, Gc.	I. r. zavaros II. r. tiszta	—	Pars ant.	—	—	—	P (cu), P (Ag)	10 töltés	2-od „	—	Gyógyult	

7	S. Gy. 17 éves napidíjas	I.	1 év „	Kevés	I. r. fonalak II. r. „	—	Blenn. granulosa	—	—	—	P (cu), P (Ag) P (Hg. oxyc.) P (hermoph.)	19 töltés	2-od nap	Prostata-mass. Húgycső-mass.	Gyógyult		
8	Cz. G. 32 éves nyerges	I.	3 „ „	Kèvés genycoccusok. Rövid streptobac.	I. r. „ II. r. „	Vizelés-kor fájdalmak	Pars ant. et post. beteg	—	Nagyobbodott, puha	—	ugyanaz	24 „	2-od „	ugyanaz	Javult	Varicocele	
9	Sch. M. 25 éves műszerész	I.	4 hó „	Bő, Gc.	I. r. zavaros II. r. kevéssé homályos	—	„	—	Mindkét lebeny megnagyobbod. érzékeny	—	ugyanaz	10 hétig	Naponként mosás. 2-od nap P (prost.-mass.)	Kezelés folyamán urethrocyst. lépett fel, mely meggyógyult. Utána ismét mosások és P (herm.) és P (cu)	Gyógyult		
10	G. M. 27 é. szabó	I.	7 „ „	Kevés	I. r. váladék II. r. „	—	„	—	—	Epid. l. d.	P (herm.) I. sz. P (Hg. oxyc.)	4 „	Naponként	—	Javult		
11	Sch. S. 24 éves munkás	I.	4 év óta hol gyógyul, hol kiújul	Kevés, Gc. +	I. r. zavaros II. r. hom.	—	„	—	—	—	P (herm. I. sz.) P (cu) és Hg. oxycyan.	5 „	Kétnaponk.	Prost.-massage.	Gyógyult	A kezelés 10. napján váladék Gc.-t már nem mutatott	
12	H. P. 30 é. munkás	I.	5 hó óta	ugyanaz	I. r. váladék	—	Pars ant.	—	—	—	P (cu)	2 „	Naponként	—	„		
13	K. P. 21 é. lakatos	II.	2½ „ „	Bő, Gc. +	I. r. zavaros II. r. kissé homályos	—	Pars ant. et post.	—	—	—	P (cu), P (Ag) P (herm.) P (Hg. oxycyan.)	5 „	Kétnaponk.	Prost.-massage	Javult		
14	R. L. 25 é. bádogos	I.	1½ év „	ugyanaz	I. r. homályos (fonalak) II. r. tiszta	—	Pars ant.	—	—	—	P (Ag) 2-szer; P (Hg. oxyc.) 3-szor; P (herm.) 2-szer	7 töltés	„	Kezelés folyamán a 6. P után urethr. post. miatt laud. + urotr.-por, majd a vizelési inger csillapodásával újra mosások és P	„		
15	K. V. 19 é. nyomdász	I.	2 év óta hol javul, hol kiújul	ugyanaz	ugyanaz	—	Pars ant. et post.	—	—	—	P (Ag) P (herm.)	4 hétig	„	Prost. massage	„		
16	St. M. 31 é. géplakat.	I.	2 év óta	Kevés, streptobac. Gc. —	—	—	—	—	Nagyobbodott, puha	—	P (cu)	3 „	„	„	Gyógyult	Urethr. non gonorrhoica	
17	S. M. 44 é. szappanos	II.	4 hét „	Kevés, Gc. +	—	—	Pars ant.	—	—	—	P (Hg. oxyc) P (hermoph.)	3 „	„	—	„		
18	B. A. 20 é. pénzügy.	II.	8 hó „	—	I. r. zavaros II. r. tiszta	—	„	—	—	—	P (hermoph.) és P (Hg. oxyc.)	4 „	„	—	Javult		
19	R. V. 19 é. eszterg.	I.	5 „ „	—	I. r. zavaros II. r. tiszta	—	„	—	—	—	P (Ag) P (herm.)	2 „	Naponként	—	„	Elmaradt	
20	V. J. 34 é. asztalos	II.	1 év „	—	I. r. fonalak II. r. törm.	—	„	—	—	—	P (Hg. oxyc.)	2 „	„	—	Gyógyult		
21	V. I. 23 é. vaseszt.	I.	5 hó „	Gc. —	I. r. váladék	—	„	—	—	—	P (cu) P (Hg. oxyc.)	2 „	„	—	„	Urethritis non gonorrhoica	
22	H. K. 20 é. pénzügy.	I.	6 „ „	Kevés v. Gc. +	I. r. váladék II. r. tiszta	—	„	—	—	—	P (Ag) P (oxyc.) Hg.) P (herm.)	5 „	Kétnaponk.	—	„		

Heveny esetek.

Az *acut esetekben* a húgycsőtöltéssel aránylag gyors eredményt kaptam.

A 22 acut eset közül:

2—3—4 napos eset volt		8
1 hét óta fenálló	„ „	6
1—2 hét óta fennálló eset volt		7
2—3 hét óta fennálló eset volt		1
	összesen	22 eset volt

Ezek közül gyógyult, illetve javult

2 héten belül		8	eset
3	„ „	3	„
4	„ „	1	„
5	„ „	2	„
6	„ „	2	„
7—12	„ „	4	„

összesen 20 eset, nem gyógyult 2 eset.

A 22 eset közül e methodus szerint gyógyult összesen 17
javult 3
nem gyógyult 2
összesen 22

A két héten belül gyógyult eset közül a jelentkezés napjáig

3—4	nap óta	beteg volt	4	egyén
8	„ „	„ „	2	„
10	„ „	„ „	1	„
14	„ „	„ „	1	„

Azért emeltük ki különösen ezen adatokat is, mert belőlük azt a tanulságot vonhatjuk, hogy a két héten belül gyógyuló esetek (8:22) csakis azért irhatók statistikánk javára, mert a bántalom még nem állott fenn sokáig, vagyis még oly időben kerültek gyógykezelés alá, a midőn klinikai tapasztalataink szerint a gonorrhoeás lobfolyamat a pars posteriort még nem érte el. Minél frissebb eset kerül gyógykezelés alá, annál inkább remélhetjük azt, hogy ezen eljárással gyorsabb eredményt fogunk elérhetni. És itt, ellentétben egyéb iskolák tanításaival, azt a nézetet vallom, hogy teljesen *szükségtelen a tulajdonképeni localis kezeléssel a második hét végéig várni; hanem ellenkezőleg, irányuljon törekvésünk oda, hogy a lobfolyamatot ép az első két héten belül szüntessük meg, vagy legalább is csökkentsük, t. i abban az időben — óvatos, azonban elég erélyes eljárással — hassunk oda, hogy a gonorrhoeás urethralis folyamat szünjék meg, a mikor semmi vagy legalább is igen csekély complicatióktól kell tartanunk.* Míg azonban akkor, ha a gonorrhoea a pars posteriort túlhaladja, tudvalevőleg a complicatiók egész serege fenyegetheti a beteget. De még akkor is, ha — a mint azt eseteink is mutatják — a gonorrhoea nem terjedt még a hátsó részre át és az infectio óta 2—3 hét is elmult, az eredmény ugyancsak kedvező lehet; de tekintettel arra, hogy több mint 80%-ban a gonorrhoea már a második hét után terjed hátrafelé, azért igenis indokoltnak tartom, hogy a fentebbiek szerint törekvésünket arra fordítsuk, hogy már ezen időn belül a heves lobos állapotot megszüntessük.

E czél elérésére a húgycsőmosásokkal combinált húgycsőtöltéses methodussal hathatós és legtöbb esetben eredménynyel járó eljárás birtokába jutunk. Már az első 2—3—4 mosás és húgycsőtöltés után a váladék nagymérvű csökkenését lehet tapasztalni; a gonococcusok a váladékban csak gyéren mutathatók ki; végtére a váladék csökken és a folyamat csakhamar véget ér. Ha a vizeletvizsgálatból, valamint a subjectiv panaszok alapján arról győződtünk meg, hogy a lobfolyamat csakis az elülső részre van localizálva, úgy ezen fenti tapasztalatok alapján a húgycsőnek előzetes kiirrigálása után rögtön alkalmazzuk a húgycsőtöltéseket; csakis akkor, a midőn a hátsó rész heveny megbetegedését van okunk felvenni, vagy ha a húgycső elülső részének irrigálásánál ilyenkor attól kellene tartanunk, hogy a lobfolyamatot eljárásunkkal esetleg a hátsó részre is átvihetnők, *rögtön hagyjuk abba*, vagy ha a beteg már ilyen állapotban keresett volna fel, *ne erőszakoljuk a localis kezelést*, mert — mint ez más hasonló kankóellenes gyógyító eljárásról is tudva van — sok kellemetlen complicatioba sodornók a beteget. Igy már a jelentkezés napján urethritis posterior tüneteivel jött 6 beteg, kiknél az ismert sedativumokat (laudanum 0·20:10 porra; ½ cgm.-os morphin suppositoriumok, vagy laudanum 0·30 + urotropin 10·0 in dos. aequ. No. X) rendeltük és csak az objectiv tünetek és subjectiv érzések enyhültével (gyakoribb és fájdalmas vizelési inger, vizelési kényszer stb. gyérülése után) tértünk át a húgycsőmosásokra és húgycsőtöltésekre.

Ugyszintén megtörténik az is, hogy *a kezelés folyamán* lépnek fel a pars posterior részéről izgalmi vagy lobos tünetek, a midőn magától értetődik, hogy a kezelést félbe kell szakítanunk; ilyenkor néhány napra csillapítókat és az ismert húgydesinficiensek valamelyikét (urotropint, helmitolt) vagy balsamicumokat rendelünk és csak azután alkalmazzuk az ismertetett methodust (l. 3. 16 és 22. eset.) (A balsamicumokat egyébiránt néhány esetben még a kezelés kezdetén is rendeltük, más kezelésben azonban csak azon betegek részesültek, kik nem tudtak naponként az intézetbe eljönni, a midőn ugyanis otthon végeztek fecskendéseket az ismert adstringens oldatok valamelyikével.)

Vajjon sikerülhet-e heveny esetekben a methodus igen korai foganatosításával a blennorrhoeát teljesen coupirozni, arra nézve — tekintettel az ilyen intézeti betegek intelligentiájára, kik csak a betegség néhány napi fennállása után szoktak orvosi kezelést igénybe venni — nincsen sok tapasztalatom.

Ha azonban szabad még abortiv eljárásról beszélni akkor, a midőn a betegséget kezdetleges stadiumában 4—5 mosással, illetve húgycsőtöltéssel végleg meg lehetett szüntetni, akkor utalok 4., 9., 10., 13., 20., 22. számú esetemre, vagyis 22 acut eset közül hatban vált be ilyenkor e methodus.

Idült esetek.

22 chronikus urethritis eset közül két eset nem volt gonorrhoeás eredetű, a mennyiben a többszörös górcsövi vizsgálat rövid streptobacillusokat derített ki.

E két eset igen rövid időn belül gyógyult.

A 20 gonorrhoeás eset közül a jelentkezés napján már következő szövődmények voltak jelen:

Periurethralis abscessus	1	eset
Prostatitis	5	„
Epididymitis . . .	1	„
Blennorrhoea chronica anteriorral jelentkezett	11	egyén
Blennorrhoea chr. ant. et posteriorral „	9	„

A 20 gonorrhoeás beteg közül teljesen gyógyult 9 eset
javult 10 „
nem gyógyult 1 „
ehhez még a két urethr. non gonorrhoica (gyógyult) 2 „
összesen 22 eset

A kezelés folyamán fellépett complicatiók:

Blennorrhoea ant. hoz csatlakozott a hátsó rész lobja	2	eset
Blennorrhoea post.-hoz csatlakozott urethrocystitis	1	„
összesen	3	eset

vagyis 20 gonorrhoeás beteg közül háromszor konstatálhattunk a kezelés folyamán és talán következtében complicatiókat, melyek azonban — eltekintve attól, hogy bármely más dívó kezelési eljárás mellett hasonlóképen felléphetnek — a helyi kezelés felhagyása és sedativumok, húgydesinficiensek használata után csakhamar megszüntek.

A 11 „javult“ esetre vonatkozólag ki kell emelnem, hogy ezeknél csakis a *váladék teljes megszünését nem tudtam a táblázatban jelzett idő alatt elérni*, s így mint „javult“ eseteket jeleztem azokat, a hol bár gonococcusok a váladékban 1—2 szeri vizsgálattal nem is voltak kimutathatók, mégis a gonorrhoea teljes megszünését nem lehetett teljes biztonsággal felvennünk és sondakezelés, húgycsőmassage és húgycsőirrigálások, továbbá egyéb localis kezelések még szükségesnek mutatkoztak.

Ha a kórboncztani elváltozásokat szem előtt tartjuk, a melyeket az idült gonorrhoea az urethrában előidéz, akkor nyilván érthetővé válik, hogy az idült húgycsőkankó kezelésénél egyszerűen a húgycsőmosásokkal és húgycsőtöltésekkel nem fogunk minden esetben czélt érhetni. Én felsorolt eseteimben azonban csakis az e methodus nyujtotta eredményekre voltam figyelemmel és így szántszándékkal nem alkalmaztam — kivéve prostatitisben szenvedő betegeimnél — egyéb eljárásokat. A mióta azonban a

húgycsőirrigálásokat és húgycsőtöltéseket kombináltam a húgycső dilatatiós kezelésével és massage-ával stb., azóta eredményeim is feltétlenül jobbak lettek. A chronikus húgycsőkankó kezelésénél végtére is egy és sablonszerü kezeléssel nem fogunk sikert elérni. A húgycsőtöltéses kezelés chronikus kankó esetén is igen értékes és sok esetben igen hasznos eljárás, de a mint az az egyéb ajánlott és alkalmazott eljárásokra nézve is áll, *egyedül* ezen methodus sem képezhet panaceát a baj ellen.

* * *

A húgycsőtöltésre acut esetekben legjobbnak bizonyult a Motz által ajánlott összetétel:

Rp. Hermophenyl 0·5—0·75 —1·0
Protargol 0·5—0·75—1·0
Glycerin 30·0
Aquae dest. 1000·0

Chronikus esetekben legtöbb eredménynyel az általam II. számúnak nevezett hermophenyles oldatot:

Rp. Hermophenyl 1·0
Protargol 2·0
Glycerin 30·0
Aquae dest. 1000·0

Közben-közben a Hg. oxycyan.-os, az acidum trichloraceticumos és a cuprum sulfuricumos összetételü szert adtam.

A prolongált húgycsőinstillatiók eszméje már régebb keletü. *Unna* a protargolos befecskendéseket is akkép ajánlotta, hogy a húgycsőbe befecskendett folyadékot 10—15 perczig tartja a beteg a húgycsőben. Hasonló eszméből indultak ki különben már régebben[1] *Normann*, *H. Zeissl*, *Schuster*, *Larrey* és mások, kik különböző gyógyszereket tartalmazó urethralis pálczikák bevezetését ajánlották a kankó különböző szakaszaiban; az „antrophor"-ok és kenőcscsel tölthető kanillirozott szondák alkalmazásával is hasonlóképen a gyógyszernek prolongált hatását kivánták egyesek elérni. Nem lehet e különböző eljárásokkal itt bővebben foglalkozni, csak annyit emelek ki, hogy a gyakorlatban egyik sem tudta magát hosszabb ideig fentartani, és ma már csak historicumként említhetők.

Ha a fent bővebben ismertetett eljárásról röviden összefoglalom tapasztalataimat, úgy mondhatom, hogy a *húgycsőtöltéses eljárás az acut húgycsőkankónál előzetes és óvatos húgycsőirrigálásokkal kapcsolatosan a legtöbb esetben aránylag igen rövid időn belül, chronikus esetekben pedig egyéb eljárásokkal (sondázás, húgycső-, prostatamassage stb. stb.) combinálva hasonlóképen sikerre vezet.*

Közlemény a szt. István-kórház ideggyógyászati osztályáról. (Rendelő orvos: Donath Gyula dr. egyet m. tanár.)

Adatok a liquor cerebrospinalis cytodiagnostikus értékéhez.

Irta: *Balogh Pál* dr.

A *Quincke* által kigondolt lumbalpunctio útján nyert folyadék cytodiagnostikus értékéhez oly esetekben, melyekben a meningealis terület izgalma áll fenn, szó már alig férhet. A vizsgálók nagy része egyetért abban, hogy a cytologiai formula a meningealis ingerület mennyiségétől függ, a mennyiben heveny vagy genyedő loboknál túlnyomólag polynuclearis leukocytákat, idült vagy kevésbé intensiv folyamatoknál ellenben lymphocytákat találtak. *Batinski* és *Nageotte* azt a tételt állították fel a fenti szerzőkkel szemben, hogy a lymphocytaer reactio minden esetben gümőkórra vagy luesre mutat. A gümőkórra nézve már egész bizonyossággal ki van mutatva, hogy gümőkóros agyhártyalobnál a lymphocyták megszaporodása állandó jelenség; ellenben a lues és a cerebrospinalis liquor bőséges lymphocyta-tartalma közötti összefüggés még mindeddig nincs kellően tisztázva, a vizsgálók ebben az irányban nagyon különböző eredményre jutottak. Hogy ezt a viszonyt kellően a maga egészében megállapíthassuk, természetesen feltétlenül szükséges volna vizsgálni azt is, hogy a lues primaer, secundaer és tertiaer stadiumában hogyan viselkedik a cerebrospinalis liquor, mit eddig tudtommal csak két szerző vizsgált, egyikük *Maillard*, ki arra az eredményre jutott, hogy a cerebrospinalis liquor a lues mindhárom stadiumában bőséges lymphocytosist mutat, vele szemben *Nobl*, ki viszont a lues fentemlített három stadiumában negativ eredményről beszél.

Vizsgálataim, melyeket *Donath* tanár úr osztályán és az ő segítségével végeztem, oly czélból történtek, hogy az *előrement* lues és a lymphocytaer reactio közötti összefüggést kimutassam. Eseteimet úgy válogattam, hogy két egyént lehetőleg egyforma kórképpel választottam ki, kik közül egyiknek anamnesisében lues szerepelt. Figyelemmel voltam vizsgálataim közben más körülményekre is; miután alkalmam volt egy és ugyanazon betegnek cerebrospinalis liquorját a betegség lefolyása alatt többször vizsgálni, mert hiszen egyes betegeknél therapeutikus, másoknál diagnostikus czélból többször történtek beavatkozások, megfigyelhettem, hogy miképen viselkedik a liquor cerebrospinalis a betegség progrediálása, esetleg gyógyulása esetén. Ebben az irányban megerősíthettem az összes szerzők azon nézetét, hogy a folyamat progrediálásával a lymphocyták mennyisége szaporodik, míg a folyamat gyógyulásával normálisra száll alá.

Figyelemmel voltam végre arra is, hogy a sejtes elemek alakbeli különbözősége nem-e bir esetleg diagnostikus értékkel. A mi a sejtes elemek, a leukocyták alakját illeti, a franczia szerzők, *Jolly*, *Dominici*, *Weil* négyféle alakot irnak le, lymphocytákat, mononuclearis leukocytákat, polynuclearis alakokat és végre *anormális* alakokat, a német szerzők ellenben csak 3 alakot ismertetnek: lymphocytákat kisebb-nagyobb, sötéten festődő maggal, ezt keskeny protoplasma-öv veszi körül, mely világosabban festődik; nagy leukocytákat excentrikusan fekvő maggal; végre polynuclearis leukocytákat több szabálytalan maggal. Én összes eseteimben csak a német szerzők által leirt alakokat észleltem és diagnostikus értéket csak a polynuclearis alakoknak tulajdoníthatok, a mennyiben ezek jelenléte rendesen heveny folyamatra mutat.

A mi a lymphocyták normális számát illeti, eltérőleg *Sicard*-tól, ki normálisnak 4—5 lymphocytát mond 500-szoros nagyítás mellett *látóterenként*, én egyezőleg *Merzbacher*-rel az egész praeparatumban 5—7 lymphocytát találtam normálisnak 400—500-szoros nagyítás mellett.

A lumbalpunctio technikáját és a cytologikus vizsgálatra vett folyadékkal való kezelési módot illetőleg, utalok *Donath*-nak közleményére (Budapesti orvosi újság, 1903. 27. sz.), a mennyiben teljesen az ott leirt eljárást követtem.

Most már áttérek eseteim ismertetésére, a melyekben legnagyobb számmal *tabeses* betegek szerepelnek, kiknél legtöbb esetben történt therapeutikus czélból is a beavatkozás (crises gastriques stb.) Tabesnél a szerzők legtöbbje több positiv esetet talált mint negativot, ugyanígy találtam én is 30 eset közül 21-ben (70%) positiv eredményt, és ezek közül 12 esetben ment előre lues (57·6%), míg 9 esetben (42·2%) az anamnesisben luest nem találtunk, a negativ esetek közül három esetben ment előre lues, sőt egy esetben az illetőnél secundaer lues tüneteit is észleltük.

Epilepsia genuinánál a szerzők közül eddig csak *Merzbacher*, *Nageotte* és *Balinski* találtak positiv eredményt, a többi szerző negativ eredményről beszél, a mi nehezen magyarázható meg, mikor tudjuk, hogy epilepsiánál mily gyakori a meninxek és az agyállomány lobosodása. Én az esetek többségében 16 eset közül 12-ben (75%) positiv eredményt találtam. A *Merzbacher* által megemlített azon tényt, hogy epilepsiásoknál gyakran van a cerebrospinalis liquorhoz vér keveredve, mi is gyakran észleltük, az eseteknek 40%-ában és okául mi is hajlandók vagyunk az arachnoidea erős vascularisatioját felvenni. A mi a cerebrospinalis liquor lymphocyta tartalmának a luessel való összefüggését illeti, epilepsiásoknál sem tudtam kimutatni positiv eredményt.

Paralysis progressiva, valamint *taboparalysis* minden esetében positivnak találtam az eredményt. A paralysis az egyedüli kór, melyben eddig az összes szerzők egyetértőleg positiv eredményre jutottak, ugyanannyira, hogy a mint meg is van említve, kétes esetekben a cytodiagnostikus vizsgálat positiv volta döntötte el az eredményt a paralysis progressiva javára. Mi is észleltünk egy beteget, a ki neurasthenia diagnosissal került osztályunkra és a kinél a cerebrospinalis liquor positiv eredménynyel történt vizs-

[1] Zeissl: Lehrbuch der venerischen Krankheiten 1902. 72. l.

gálata alapján paralysis progressivára állapitottuk meg a diagnosist és a kórlefolyás igazat adott nekünk.

Positiv volt eredményem *tumor cerebri 3* esetében is, melyek közül az egyik *sarkoma durae matris*, a másik egy *tuberculum* — mindkettő autopsiára került —, a harmadik *glioma* volt. Lues egyik esetben sem ment előre. A szerzők közül eddig csak *Achard* és *Laubry* találtak positiv eredményt agytumorok eseteiben, más szerzők negativ eredményről beszélnek, holott ha tekintetbe veszszük azon óriási pangást, melyet egy tumor az agyban okoz, könnyen megmagyarázható a sejtes elemek megszaporodása a liquorban.

Melancholia, dementia senilis, dementia praecox, encephalomalacia legtöbb esetében positiv volt a cytologikus vizsgálat eredménye, jóllehet az esetek felében lues nem ment előre, sőt egy esetben kimutatható luetikus tünetek mellett is negativ volt a vizsgálat eredménye. Melancholiánál vizsgálataink, de therapeutikus eredményeink alapján is figyelemre méltónak véljük azon utóbbi időben felmerült theoriát, mely szerint a melancholiát a bélből obstipatio következtében felszívódott toxinok okoznák, vagy véleményünk szerint legalább fokozzák; mindenesetre szembeszökő a hashajtók kedvező hatása a melancholiás folyamatra, miután pedig ezen toxinok valószinüleg izgatják a meninxeket, ezen izgalomból magyarázhatnók a bő lymphocytosist. És tényleg azt láttuk eseteinkben (6), de különösen két esetben charakteristikusan kifejezve, hogy a jelzett kezelést alkalmazva, *a baj javult, a lymphocyták mennyisége csökkent, a két esetben pedig teljes gyógyulást értünk el és ezzel együtt a lymphocytaer reactio teljes eltünését is észleltük.*

Negativ volt az eredmény *neurasthenia, hysteria, myelitis acuta* és *chronica, alkoholismus chronica, morbus Basedowi, rheumatismus chronicus* és *apoplexia* minden esetében.

Végeredményben tehát azt mondhatjuk, hogy:

1. A cerebrospinalis liquor bő lymphocyta tartalma egyáltalán nem függ egy előrement luestől.

2. A sejtes elemek különböző alakjainak semmiféle cytodiagnostikus értéket nem tulajdoníthatunk, kivéve a polynuclearis leukocytákat, mert ezek jelenléte heveny folyamatra mutat.

3. A paralysis progressiva az egyedüli kór, a hol minden vizsgáló positiv eredményt talált és a hol kétes esetekben a lymphocytaer reactio a diagnosist a paralysis progressiva javára dönti el.

4. Végül kiemelhető, hogy agytumor és melancholia eseteiben is találtunk lymphocytosist. Az utóbbiakra nézve nagyobbszámú anyagon további vizsgálatok kivánatosak lennének.

Nem mulaszthatom el végre, hogy igen tisztelt főnökömnek, *Donath* m. tanár úrnak hálás köszönetemet ki ne fejezzem azon szives támogatásért, melyben engem munkálataim közben részesített.

Irodalom. Sicard: Le liquide cephalo-rachidien. — *Duflos:* La ponction lombaire en psychiatrie. — *Monod:* Les elements figurés du liquide cephalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie generale. Soc. méd. des hop. január 18. 1901. — *Schoenborn:* Die Cytodiagnose des Liquor cerebrospinalis. Neurolog. Centralbl. 1903. 13. — *Donath:* Adatok a Quincke-féle lumbalpunctio diagnostikus és therapeutikus értékéhez. Budapesti Orvosi Ujság. 1903. 27. sz. — *Meyer:* Ueber cytodiagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Berliner klin. Wochenschrift. 1904. 5. sz. — *Merzbacher:* Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Centralbl. 1904. 12. sz. — *Nobl:* Die cytodiagnostische Bedeutung des Liquor cerebrospinalis bei syphilitischen und parasyphilitischen Krankheiten. Wiener klin. u. therapeut. Wochenschrift. 1904. 37—39. sz.

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr., min. tanácsos.)

Uj ínképlő módszer az angolkóros és statikai lúdtalp gyökeres gyógyitására.

Hevesi Imre dr., klinikai I. tanársegédtől.

(Vége.)

A bal lábon a mütétet az első mütét után 3 hónappal végeztem, egyébként ugyancsak a leirt műveletekkel, csupán a m. ext. hall. longus átültetésének módját változtattam meg. Az inát t. i. nem a lábszáron helyeztem át a mellső sípizom ináva, hanem az átültetést a lábon végeztem. A hosszú hüvelykfeszitő inát átvágva, centrális csonkját a sajkacsont mediális-alsó felületén a csonthártyával, azonkivül pedig a sípizom inának visszahajtott és már a csonthártyára varrt végével varrtam össze. A környi csonkot selyemínnal megtoldva, a m. ext dig. comm. long. két első inával hoztam összeköttetésbe a keresztszálagból való kilépésük alatt. E műveletnek van előnye is, hátránya is az eredeti móddal szemben. Előnye az, hogy a sajkacsont felhúzására használt két izom nem egy, hanem két ín útján fejtheti ki erejét; továbbá, hogy a hüvelykfeszítő teljes erejében felhasználtatik, míg a lábszáron történő átültetésnél egy kis része e czélra felhasználatlan marad, mivel az izomhas messze leterjed. Ezzel szemben ez a művelet komplikáltabb és müínat igényel. Az eredmény tökéletes.

Eljárásomnak jelentékenyebb továbbfejlesztésére szolgáltatott alkalmat a következő eset.

Egyik körülbelül egy év előtt operált beteg, miután a klinikát gyógyultan elhagyta, otthon is heteken át egészen jól volt mindaddig, a míg a havasokban nehéz erdei munkával nem kezdett foglalkozni. A mint ezt tette, két hét mulva jelentkezett azon panaszszal, hogy a bal lábán megint fájdalmat kezd érezni. Ezen volt annak idején a deformitás a legszélsőbb fokig kifejlődve. Jobb lábával a műtét óta semmi baja sem volt.

Volt ugyan némi okom a gyanúra, hogy csak a téli favágás elől akar a hosszasan élvezett kórházi kényelembe menekülni, annál is inkább, mert a láb felületes megtekintésre visszaesés jeleit nem igen mutatta: a lábboltozat nem volt leereszkedve, a lábtő nem hajlott kifelé, sőt inkább hanyintásban állott, képes volt erős aktiv hanyintásra és lábháti hajlításra.

Azonban tüzetesebb vizsgálatnál egy tünetet találtam, melyet figyelemre méltónak kellett tartanom. Ez az előláb távolított állása volt; és ha ezt ki akartam igazitani, a rövid szárkapocsizom ina élesen kiugrott és erős feszülésével az előlábat mindjárt a hibás állásba húzta vissza.

A m. peroneus brevisnek ezt a káros hatását különben már előzőleg is észrevettem a lúdtalpak redressálásánál. Egy beteg nél, a ki csak többszörös redressement nek vetette alá magát, de véres műtétbe nem egyezett bele, a m. peron. br. ezen zsugora az előláb külső szélén a gipszkötésben felületes felfekvést is okozott. Már akkor gondoltam ezen hátrányos izomhatás megszüntetésére, esetleg csak böralatti ínmetszés által.

Jelen esetben azonban megfontolva azt, hogy hátha mégis visszaesés fenyeget, arra a gondolatra jöttem, hogy még ezt az izmot a correctio hatályosabb biztosítására is jó felhasználhatnám.

Miután ismételt rendressement és gipszkötés sem igen változtatott az ín feszülésén és mivel a betegnek nem volt ellene kifogása, a bal lábon 1903. deczember 13-dikán a következő mütétet végeztem.

A m. peroneus brevis inát lefejtettem az V. lábközépcsont gumójáról, kihúztam a boka felett a szárkapocsizmok inainak tartószálagából, keresztülhúztam a mellső izomcsoport inai alatt görbe fogóval tompán fúrt alagúton és a végét a sajkacsont alsó medialis felületére erős feszülésben reávarrtam. Erre a czélra három rövid metszésre volt szükségem: a láb külső szélének közepén, a retinaculum peroneorum felett és a sajkacsont gumójánál egyre-egyre. Ez utóbbi sebnél azon érdekes tapasztalatot tettem, hogy a mellső sípizomnak több mint félévvel azelőtt *E. Müller* szerint a sajkacsontra átültetett ina a csontba és csonthártyába úgy beleforrott, hogy az utóbbitól meg sem lehetett különböztetni.

Mindjárt az ín leválasztása után tapadásáról észlelhettem, hogy az előláb közelítését immár semmi sem akadályozza; az átültetés után pedig az ín a lábboltozatot még jobban emelte s a láb hanyintott állását is fokozta.

A beteget, ki már a 4. héten kötés nélkül ugyanazon czipőkben, melyeket azelőtt is viselt, fennjárni kezdett, az 1904. február 12-diki orvosi szakülésen bemutattam. Mezítláb is egészen biztosan, fájdalom nélkül járt. Ugy egy év előtt operált jobb lába, mint a másik, igen jó állásban voltak. Söt a csontok tetemes visszaalakulása is nyilvánult abban, hogy a jobb lábon semmiféle rendellenes kidudorodás sem volt látható, a bal lábon pedig csak a sajkacsont gumója állt ki kissé erősebben. Mind a két láb, de különösen a bal, az eredeti gipszöntvényekkel összehasonlítva, alakban és állásban óriásilag megváltozott.

Ezen eseten okulva, mindjárt elhatároztam, hogy ezentúl

minden súlyosabb, nevezetesen rögzített lúdtalp esetben, a mikor a m. peroneus brevis ína erős feszülést mutat, ezt azonnal transplantálom a sajkacsontra. Erre csakhamar nyilt is alkalmam a következő esetben.

Pintye Sándor nevü 16 éves parasztsuhancz bal lábán nagyobb fokú, rögzített, fájdalmas lúdtalp miatt kereste fel a sebészeti klinikát. Az elöláb erős abductioban állott; közelítési kisérletnél a m. peroneus brevis ina erősen megfeszült. 1904. február 19-dikén végzett módosított mütétem a leirtak szerint a következő volt. Achilles-ín hosszabbítása, harmadának áttétele a rövidített hátsó sípizom-ínra; a mellső sípizom inának áttétele a sajkacsontra; a m. peroneus brevis inának áthúzása ugyanide, végének összevarrása a csonthártyával és a m. tib. ant. inának már odavarrt végével; a m. ext hall. long. átültetése a lábszáron leszállólag a m. tib. ant.-ra, felhágólag a m. ext. dig. communisra. Lefolyás és gyógyeredmény kifogástalan.

Az ismertetett inképléseken kivül már jóformán csak a m. flexor hallucis longus inát lehetne felhasználni, és pedig a m. tib. post. ínára való átültetésre; a mely esetben az öregujj hajlító inának környi csonkját a m. flexor dig. comm. longusra lehetne akasztani. Ez utóbbi maga a m. tib. post.-ra való átültetésre azért nem volna oly alkalmas, mert gyengébb a flexor hall.-nál, noha ennél közelebb fekszik a sípizom ínához. Ettől az átültetéstől azonban már az izomhatások nevezetes fokozását nem igen lehetne várni, mert az öregujj hajlítója a m. triceps surae ereje mellett eltörpül. Épen azért, hogy ez az egész erő a supinatio, továbbá az elöláb közelítése és hajlítása czélját szolgálja, az Achilles-inat nem hasítom be az izomhasba felterjedőleg, vagyis nem igyekezem egy külön izomegyedet létesíteni. Eleinte próbáltam ezt, és pedig a m. soleust iparkodtam alsó részletében a m. gastrocnemiustól elválasztani és átültetni. Később azonban az emlitett okból ettől egészen elállottam, nem is említve a technikai nehézséget, melylyel épen az alsó, egymásba szövödött inas részek elkülönítése jár.

A előadottakból látnivaló, hogy eljárásom a deformitás minden egyes tényezőjével számol, azokat külön-külön befolyásolja és pedig annyi tevékeny izomerőnek okszerü felhasználásával, a mennyinek összessége a fennmaradó káros tényezőket — pl. a redressement által nyujtott és elszakitott lágyrészek zsugorodása, a nehézségerő — ellensúlyozni képes.

A különbség az eddigi javaslatok és ismertetett módszerem között épen az, hogy míg amazok csupán egy-egy tünetet vettek számba, addig én az egész tünetcsoport minden egyes részletére kiterjeszkedtem. Ez a különbség abban is nyilvánul, hogy pl. *Hoffa* kifejezetten a mozgékony, tehát az enyhébb alakokat ajánlja inképléssel való kezelésre, én pedig épen a legsúlyosabb esetekben értem el eklatáns eredményeket. És pedig ez eredmények elérésére rövid pár hónap elégséges, holott annyit a beteget és orvost kimerítő, tisztán orthopaediai eljárásokkal, melyeket hétről hétre újra feldicsérnek, ugyanannyi év alatt sem, vagy egyáltalában nem remélhetünk.

Mégsem fölösleges számot vetnem azon várható ellenvetéssel, hogy a lábszárizomzatnak ilyetén felhasználása a láb alakjának, csontvázrészei állásának befolyásolására talán erőltetett, nem természetes és a mi fő, czélját tévesztett dolog.

A mi az elsőt illeti, semmi esetre sem erőltetettebb, még nem is oly erőszakos beavatkozás, mint az e helyen hallgatással mellőzött csontmütétek. A mütét kellő sebészi készültség mellett koczkázattal nem jár; a betegek legkésőbben 5 hét mulva már szabadon fennjárhatnak.

Az izmok természetellenes össze-vissza cserélésének vádja sem nyugtalanít. Mert ha olyan izmokat használ is fel az ember bizonyos czélra, melyek rendesen nem erre valók, ez jogunkban áll, csak más oldalról kárral ne járjon. Már pedig — a mint speculatio alapján is el lehetett várni s a mint eddig operált eseteim is beigazolták — az eljárásból a láb rendes működésére, mozgásaira semmiféle észrevehető hátrány nem háramlik.

A czéltalanság ellenvetése azzal állhatna elő, hogy a láb rendes alakját és részeinek egymáshoz való állását nem is a lábszárizmok, hanem inkább a talp feszes szálagkészüléke, főként az aponeurosis plantaris, a mennyiben pedig izomerő számba jöhet, a talp rövid izomzata tartja meg.

Legújabban *Walter Engels*[1] azt fejtegeti, hogy a láb hosszirányú feszülésének, a talp homorulatának megtartása kiválóképen a talp rövid izmainak a feladata, és hogy ha ezeket a sarokról levágnók, a lábszár egész izomzata sem volna képes a boltozat teljes összeomlását megakadályozni. Felhozza azt az érvet, hogy csupán a rövid izmoknak van a csontvázon olyan megerősítésük, hogy a láb hosszirányú feszülését megtarthassák; ellenben a m. tib. post., mely a boltozat-fenntartásánál egyedül jöhetne számba, erre elégtelen. Nem akarok ezúttal bővebben belebocsátkozni ezen és egyéb fejtegetéseinek birálatába, melyeket különben is csupán a *Hoffa*-féle lúdtalp-mütét ötletéből hoz fel, a mely a m. tib. posterior inának megrövidítéséből áll. Azt azonban ki kell emelnem, hogy ha a csontvázív feszülését rendes körülmények között a szálagkészülék mellett a rövid izmok tartják is fenn: lúdtalpnál e képességüket nyilvánvalóan elvesztették. Hiszen a lúdtalp fejlődésmenetében az első lépést épen az izomzat elégtelen voltában kell keresnünk.

Még azt is elfogadhatom, hogy a hosszú lábizmok az említett feladatra alkalmatlanok; de csak azon fenntartással, hogy alkalmatlanok rendes boncztani viszonyaik között, vagyis tapadásuk és erőműi hatásuk rendes elhelyezése, illetve elosztása mellett. De mindezek a viszonyok gyökeresen megváltoznak az inképlő műveletek olyan kiterjedt combinatioja után, a minőből az én módszerem áll.

Először is az Achilles-ín meghosszabbítása egy káros tényezőt kapcsol ki, melyre már többen, így újabban *Hoffa* és *E. Müller* is rámutattak. Az ín ugyanis lúdtalpnál — akár elsődlegesen, akár másodlagosan — meg van rövidülve, tehát az utólábat talpi hajlításban tartja, a mi egyértelmü a pes reflexus fenntartásával és fokozásával, azaz a boltozat lelapításával. Ha azután a m. triceps surae erejének jó részét a m. tib. post. útján a láb hanyintásának, az előláb hajlításának és közelítésének szolgálatába állítottuk: a károsan ható erőt hasznossá alakitottuk át. Hogy pedig a m. tib. post. iránya és tapadása ezen czélszerü erőmüvi feladatnak kedveznek, arról hullákon, mozgékony lúdtalpakon és mütéteimnél gyakorta szereztem meggyőződést. Ha t. i. az inat jól megfeszítjük, illetve — a mint a mütétnél történik — megrövidítjük, a láb mindjárt erős supinatioba és közelítésbe áll be, a boltozat pedig felemelkedik.

A m tib. ant az ív fenntartására nézve csakugyan nem jöhet tekintetbe, a míg erejének támadópontja rendes tapadásánál marad. A test súlya az ív tetejére nehezedik, ezt lenyomni igyekszik; az izom pedig az ív mellső szárát húzza felfelé. Ily körülmények között tehát nem volna értelme az izom rövidítésének vagy erősbítésének, a mint azt már *Bardenheuer* mütétére nézve (a m. tib. post. átültetése a m. tib. ant.-ra) más helyen is kifejtettem.

Másként áll a dolog, ha — a miként *E. Müller* kezdeményezte — az izom tapadását a sajkacsontra teszszük át, majdnem az ív legtetejére. Ekkor a m. tib. ant. az ívet emeli, vagyis a talp homorulatát tartja. E hatását annál nagyobb erővel fejtheti ki, ha megrövidítésén kivül még más izom is támogatja. E czélra első sorban az öregujj hosszú feszítőjét szemeltem ki, a mely különben erejének egyik összetevőjével szintén az ív mellső szárát törekedett visszahajlítani.

Ha most még ugyanazon czélra a m. peroneus brevist is a sajkacsontra tapasztom, még pedig oly módon, hogy annak be és lefelé ereszkedett gumóját fel- és kifelé forgassa, akkor a lábszár izomzatának túlnyomó részét igenis olyan viszonyok közé helyeztem, hogy az a láb ívezetét fenntarthatja. Számba veendő még az is, hogy a rövid szárkapocsizom hátrányos távolító és borintó hatása szintén elesett.

Nem utolsó sorban előnyös végül az így felhasznált izomzat hatalmas hanyintóképessége, mely a test súlyát a láb oldalsó széle felé tereli és így a belső lábívet ennek viselése alól tetemes részben felmenti. Különösen csökken a súlynak az a hányada, mely az ívet befelé ledönteni igyekszik. Az így módosult viszony egyebek mellett nevezetesen az Achilles-ín irányának megváltozásában jut külső kifejezésre.

[1] Über den normalen Fuss und den Plattfuss. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie. XII. B. 3. Heft.

Ministeri rendeletek és határozatok.

Horvát-Szlavonországok községeiben illetőséggel biró betegek kórházi felvételekor a felvételi jegyzőkönyvben az illetők házszámainak megjelölése. 118,498/IV—a. 1904. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóság első tisztviselőjének.)

A horvát-szlavon-dalmát országos kormány átiratában arról értesit, hogy a Horvát-Szlavonországok területén lévő kórházakban ápolt betegek után felmerülő ápolási díjak behajtása körül nehézségek merülnek fel azon okból, mert igen sok községben ugyanolyan vezeték- és keresztnevű több egyén is van.

Az ilyen betegeknek határozottabb megjelölése czéljából czélszerűnek mutatkozik, hogy a kórház betegfelvételi jegyzőkönyvében („Értesitő") az illető betegek házszáma is megjelöltessék. A horvát-szlavon-dalmát országos kormány ily értelemben az összes kórházak vezetőségeit már utasította is.

Az 1902. évi 35.000 sz. szabályrendelet 60-dik szakaszának kiegészítéseképen tehát felhivom a Czimet, hogy a törvényhatósága területén levő összes kórházak vezetőségét utasitsa, hogy jövőben a Horvát-Szlavonországok községeiben illetékes betegek felvételénél az illetők házszámai a felvételi jegyzőkönyv 3-dik rovatában feljegyeztessenek, jelen rendelkezésem pedig a kórházak birtokában levő szabályrendeleti példányokban a megfelelő helyen feljegyeztessék.

Budapest, 1905. évi január hó 8-dikán.

A minister helyett: *Sándor* s. k. államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A fehérvérűség gyógyitása Röntgen-sugarakkal.

Közli: **Körmöczi Emil** dr.

(Vége.)

Igen jó eredményről számol be *Bozzolo*,[23] kinek betegénél a lázak megszüntek, és a léptumor visszafejlődött. Érdekes volt a fehérvérsejtek viselkedése. A kezelés után közvetlenül a polynuclearis sejtek megszaporodtak. 6—7 óra mulva azonban már megkezdődött a sejtek megfogyása. Először a myelocyták és eosinophil-sejtek ritkultak meg, a polynuclearisak csak lassabban, még lassabban a lymphocyták. Recidiva esetén megint a myelocyták jelentek meg először, azután az eosinophil-sejtek stb. *Capps* és *Smith*[24] 7 esetről számolnak be. Ugyanők irják le *Senn*[2] betegének recidiváját és halálát. *Egy acut lymphaemiánál semmi sikert sem értek el.* Hét betegük közül az időszakos javulások daczára 4 betegük meghalt. *Aubertin* és *Beaujard*[25] közleményükben különösen a haematologiai kép megváltozásával foglalkoznak, a mely szerintük a lép megkisebbedését megelőzi, és a mely eleinte erős leukocytosisban nyilvánul, és csak később kezdődik a vérsejtek megfogyása.

A legújabb időben már alig kisérhetők figyelemmel a megjelenő és e tárgygyal foglalkozó közlemények,* és a figyelem most már inkább a felé irányul, hogy mikép értelmezzük és hogyan képzeljük el a Röntgen-sugarak eme hatását. Mielőtt ezen kérdés fejtegetésébe bocsátkoznánk, meg akarom említeni, hogy a szt. István-kórházban *Hochhalt* tanár osztályán mi is megpróbálkoztunk a röntgenes gyógyitással. Két pseudoleukaemia-esetet gyógykezeltünk így. Az eredmény negativ volt. A kisérletezést, sajnos, hamar abba kellett hagynunk, mert Röntgen-készülék kórházunkban ez idő szerint nincsen. A betegek transportálása pedig a téli időben a Rókus-kórházba sok bajjal járt. Elég szép eredményt értünk el azonban *lymphaemia chronica* egy esetében *Herczel* tanár sanatoriumában, hol a tumorok megkisebbedtek, a fehérvérsejtek száma megfogyott, a beteg subjectiv érzése javult és bőrviszketése eltünt. Sajnos, pontos tudományos értékű feljegyzésünk ezen betegről nincs, és annak további sorsát sem ismerem.

Az eddigi tapasztalatokat összefoglalva, immár kétségtelennek látszik, hogy a röntgenes besugárzás a leukaemiás betegségekre sajátságos hatást gyakorol. Egész bizonyosnak látszik, hogy megfelelő ideig használva a gyógymódot, a leukaemiás tumorok megkisebbednek (lép, máj, mirigyek), sőt úgy látszik, hogy egyéb helyeken fennálló specifikus infiltratiók is eltünnek (szemfenék, bőr). A kóros szövet megfogyása a besugárzás után hamarosan fellép, és annak kihagyása után is eltart egy darabig. Bizonyos idő mulva azonban a kóros szövet újból burjánzásnak indul. Végleges gyógyulásról ez idő szerint nem beszélhetünk, mert az észlelés ideje még rövid. Azt azonban már most is látjuk, hogy a *látszólagos* gyógyulás eme szakában sok beteg nagyon jól érzi magát, a subjectiv panaszok eltünnek, a testi erő és testsúly pedig növekedhetik. Több leirt és észlelt esetben azonban a röntgenezés daczára fogyott a testi erő, és a beteg elhalt; a bonczolásnál még eddig mindig megtalálták a leukaemia kórboncztani elváltozásait. Azt is tapasztaltuk eddig, hogy a leukaemia tüneteinek eltüntével *nem mindig állt elő valóságos* javulás a vérképzésben, mert irtak le eseteket (különösen lymphaemiákat), hol a leukaemia eltünt ugyan, de egy súlyos, leginkább az aplastikus anaemia perniciosához hasonló kórkép fejlődött ki, nyilvánvaló jeléül annak, hogy a leukaemiás infiltratiók eltüntével a vérképző szervek már nem regenerálódtak és normalis vérképzésre képtelenek. A beteg további sorsa úgy látszik tehát attól függ, hogy a beteges szövetburjánzástól megszabadított szervezet életképes-e még, és a vérképző szervek birnak-e továbbra is functionálni? Ha igen, úgy a beteg erősödik, sőt talán meg is gyógyulhat (?). Ellenkező esetben a beteg marasmusban vagy aplastikus anaemiában pusztul el. De még a gyógyuló beteget is fenyegeti a recidiva, és a recidivákban mind kevesebb sikert érünk el a röntgenes gyógyitással.

A vérben előálló elváltozásokat a következőkben foglalhatjuk össze: A röntgenezés megkezdése után közvetlenül erős *leukocytosis* lép fel, ez leginkább a rendes polynuclearis sejtekre terjed ki, de részt vehetnek ebben a kóros sejtek is és ez a tünet nyilván a *kóros vérképző szervek izgalmában találja magyarázatát.* A leukocytosist csakhamar követi a fehérvérsejtek megfogyása. Ez a megfogyás leginkább az úgynevezett kóros sejtekre terjed ki és csak később vesznek abban részt a vér normális, de túlproductioban levő elemei. A vér ezen elváltozása nyomon követi a leukaemiás szövetek szétesését, de alig alig irtak le jól megészlelt esetet, hol egész rendes vérlelet jött volna létre, nyilvánvaló jeléül annak, hogy a kóros szövet teljes kiirtása a szervezetből csak ritkán sikerül. Recidiva jelentkezésével, a leukaemiás szövet újra felszaporodván a szervezetben, a kóros sejtek újra jelentkeznek. A vérlelet a látszólagos gyógyulás idejében attól függ, milyen a kóros szövettől megfosztott vérképző szerv állapota. Ha jó, úgy a vér haemoglobintartalma emelkedik és a vörösvérsejtek száma is szaporodik; ha nem jó, úgy a haemoglobintartalom nem emelkedik fel és a vörösvérsejtek száma nem szaporodik meg. Erősebb regeneratiora utaló tüneteket (magvas vörösvérsejtek jelenléte, erősebb bőáramlása az egészséges fehérvérsejteknek a keringő vérbe), úgy találom, eddig még nem irtak le.

Mindezek felsorolása után felmerül már most a kérdés, hogy ezen tüneteket mikép értelmezzük? *Grawitz*[17] magyarázata, hogy a Röntgensugár a *keringő* fehérvérsejteket bontja meg, nem fogadható el. Hiszen nemcsak azok, de a tumorok is eltünnek, pedig a mai felfogás szerint nem a kóros fehérvérsejt hozza létre a tumorokat, de épen ellenkezőleg. Nem fogadható el azok (*Ellinger*)[19] nézete sem, kik a vérben keringő enzymek pusztulását veszik fel. Azon enzymekét, melyek chemotactikus hatása okozná szerintük a fehérvérsejtek activ kivándorlását. Hiszen még ezen enzymek léte és szerepe is kérdéses, de különben is maguk a kóros sejteket termelő tumorok is megfogynak. *Senn*-nek[2] a nézete, hogy a besugárzás a leukaemia, illetve pseudoleukaemia kórokozó csiráját pusztitja el, sem plausibilis, hanem inkább valósziuű, hogy a besugárzás a specifikus leukaemiás szövet szétesését idézi elő, mi azután a tumorok megkissebbedését és a vérlelet megváltozását okozza. Minden tünet csakugyan ezen utóbbi nézet felé tereli véleményünket, mit különben már többen is nyilvánitottak, és mit mindenben megerősiteni látszik *Heinecke* állatokon legutóbb végzett beható, gondos és érdekes vizsgálódása. Ő ugyanis azt találta, hogy az elhúzódó besugárzás alatt még az egészséges állatnál is tönkremennek a szervezet lymphoid sejtjei, itt pedig semmi pathogen csira nincs. A leukaemiás szövetek szétesésre való hajlandósága régóta ismeretes. Nemcsak maguktól szoktak azok néha bámulatosan visszafejlődni, de arsenra, és a mi legkülönösebb, bizonyos infectiosus betegségek közbejöttére is. Az infectiosus betegségek ezen sajátságos hatását már én is leirtam és azt már akkor is úgy értelmeztem, hogy a képződő toxinok megbontják a kórosan burjánzó és a pathologiás vérelváltozást okozó leukaemiás szöveteket, mely véleményt azóta széltében elfogadtak, de a forrásáról mindinkább megfeledkeznek, mint ez különben a német irodalomban velünk szemben mindennapos.

Ahhoz tehát, hogy a röntgenes besugárzás alatt a leukaemiás szövet szétesik, és a fehérvérsejtmegfogyásnak ez az oka, véleményem szerint kétség sem fér. Legfeljebb azon lehet gondolkodni, hogy ezen szétesést mi okozza? *Kienböck*-nek[27] régebben nyilvánitott nézetével, hogy a röntgenezésnél a bőrben toxinok keletkeznek, mely toxinok a vérbe jutva és abban keringve, hozzák létre a röntgenhatásokat, nem fér össze ama tapasztalat, hogy a máj vagy a hát röntgenezése hatástalan. Hatást csakis akkor érünk el, ha magát a beteg szervet sugároztatjuk be, azonkivül pedig *Heinecke*[88] azt tapasztalta, hogy az ép állati szervezetben a lymphoid sejtek szétesése leginkább azon szervben következik be, mely legerősebben ki van téve a Röntgen-sugaraknak; viszont kétségtelen az is, hogy a besugárzás hatása alatt nemcsak a sugarakat ért szövetekben jő létre a kóros szövet megbomlása, de más helyütt is. Igy történik pl., hogy egyedül a lép röntgenezésére javul a leukaemia, pedig annak főfészke — legalább ez idő szerint azt hiszszük — a csontvelő. Azután meg a csontok közül is csak a hosszú csontokat és még legfeljebb a szegycsontot röntgenezték, pedig a leukaemiás kóros szövet megtalálható a csigolyákban, bordákban, koponyacsontokban, szóval mindenféle csontban. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy a leukaemiás infiltratumok a röntgenezésre eltünnek a szemfenékről is, és úgy látszik, mindenünnen hol kórosan képződtek, úgy mégis kénytelen vagyok valami olyan tényező hatását felvenni, mely ugyan legerősebben a Röntgen-sugárnak kitett helyen fejti ki hatását, de kifejti hatását, habár nem oly intensive, az egész szervezetben. Ezen felvételt csak akkor kellene elejtenem, ha a leukaemiás csontok és a többi szervek leukaemiás infiltratioját haematogen eredetűnek, vagyis másodlagosnak tartanám, ám a mai felfogás szerint ezek az elsődlegesek, és a vér elváltozása a másodlagos.

Mielőtt értekezésemet bevégezném, még arra a kérdésre próbálkozom megfelelni, hogy elképzelhető-e, miszerint a röntgenes besugárzásra a leukaemia egészen gyógyuljon? Ezen kérdésre természetszerűleg a tapasztalat fogja legegyszerűbben a feleletet megadni. Már eleve is elképzel-

* Jelen összefoglaló szemlém megszerkesztése közben jelent meg *Erich Majer*,[26] *Wendel*,[27] *Schiffer*,[28] továbbá *Ledingham* és *Mac Kerron* közleménye, kik mindannyian positiv eredményről számolnak be.

hetni azonban, hogy végleges gyógyulást felette bajos lesz elérni. Az eddigi tapasztalat ugyanis azt mutatta, hogy a röntgenes behatásra szétesö kóros leukaemiás szövet újra burjánzásra felette hajlamos, és igy a recidiva gyakori. Ezen sajnálatos tünetet elkerülni úgy gondolom csak úgy lehetne, ha sokáig és kitartóan végeznök a röntgenezést. Sok mindenféle tapasztalat azonban, melyet most részletezni nem akarok, de leginkább *Heinecke*[28] állatkisérletei azt mutatják, hogy a vérképző szervek huzamos röntgenezése nem közömbös. A mi természetes is, mert habár a Röntgen-sugár a vérképző szervek erythroblastikus szövetét az eddigi tapasztalatok szerint nem támadja meg (*Mose* és *Milchner*),[29] de megtámadja annak különben ép leukoblastikus szövetét, mely szövet pedig, akárhogy képzeljük is el a vérképződést, a vérképző szervek egyik lényeges alkotórésze. Alapos és szakértő haematologus itt-ott ugyan meg tudja majd a vérvizsgálatok alapján mondani, hogy a kóros szöveteknek a besugárzás által létrejött szétesése mily terjedelmű, és hogy a röntgenezés meddig és mily erővel folytatható, de az mégsem lesz mindig lehetséges. Hiszen tudvalevö dolog, hogy a vérben keringő kóros sejtek jelenlétéből vagy hiányából mindig csak bizonyos óvatossággal lehet a vérképző szervek állapotára következtetni. Hogy mindezen nehézségeket mikép birjuk legyözni, azt nem tudom, de azt mégis ki akarom emelni, hogy a röntgenes gyógyitás csak gondos ellenőrzés és megfigyelés mellett végeztessék, mert a látszólagos javulások mellett a vérképző szervek teljes leromlása jöhet létre, mi a betegnek vesztét okozhatja.

Könyvismertetés.

Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. 11. Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 1905.

Landois hazánkban is jól ismert tankönyvének ez az első új kiadása a szerző halála óta. A kézikönyvnek fő előnye, hogy minden fejezet után röviden tárgyalja a vele kapcsolatos pathologiai részeket; alighanem ennek köszönheti, hogy Németországban talán ez a legelterjedtebb physiologiai kézikönyv. Mostani legújabb kiadásának egyelőre csak az első fele jelent meg, mely a vérkeringés, lélegzés, emésztés, felszivódás, állati hő és az anyagcsere fejezeteit tárgyalja. Az új kiadás szerzője, *Rosemann*, úgy látszik összevonni igyekezett némileg az anyagot, a mennyiben a munka megjelent első fele az előbbi kiadás megfelelő részénél egy tizedrész-zel rövidebb. Ez az összevonás, mely egyenletesen terjed ki az összes fejezetekre, határozottan előnyére válik a műnek és némely fejezetnél, pl. a regeneratioról szólónál, nagyon is jogosult volt. Nagyobb változtatásokat nem igen találunk az új kiadásban; különösen a fejezetek beosztásában lehetőleg a régihez tartotta magát *Rosemann*. Aránylag leginkább az anyagforgalmi rész változott meg, nevezetesen a fehérjék beosztásánál és az anyagcseretermékek tárgyalásánál látjuk az előbbi kiadásnak azóta túlhaladott álláspontját a tudomány legújabb állásának megfelelőleg átalakitva. Egy új fejezet van beiktatva a calorimetriáról; az általános anyagforgalomnál az *Atwater*-féle adatok vannak alapul véve. Kisebbrendű változtatásokat találunk továbbá az osmosis-nyomás, a véranalysis, a szivizomműködés és a máj glykogentartalmának tárgyalásánál. Nem hallgatható azonban el, hogy a könyv beosztása nem eléggé áttekinthető. Az előbb említett főbeosztáson belül, a jobban tagolt anyagforgalmi rész kivételével, egymás után következő rövid szakaszokból áll, melyek átlag két oldal, de néhol csak 4—5 sor hosszúak; némelyike csak az utána következő 3—4 szakasznak mintegy bevezetése, másika pedig egy jelentéktelen dolognak rövid megemlitése. E megjegyzésünk tisztán formális természetű és figyelembe vételével a könyv, véleményünk szerint, sokkal áttekinthetőbbé válnék. Tekintettel arra, hogy e kézikönyv az olvasót a tudomány mai állásáról teljesen tájékoztatja és hogy a pathologiai kapcsolatokra különös súly van fektetve, használata gyakorló orvosoknak is igen ajánlható.

Kőrösy dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A táplálék hőmérsékének befolyását a gyomorműködésre vizsgálták embereken *Müller* és *Hurck*. Eredményeiket a következőkben foglalják össze: Az ember gyomra nagy mértékben képes a rendes testhőmérséktől erösen eltérő hőmérsékű táplálék hőfokát a rendes test hőmérsékhez közelíteni. Ezen hőmérséki kiegyenlítő hatás létesitésében már a szájüreg is résztvesz. A gyomorban a hőmérsékkiegyenlítődés nem csupán a vérből és a szomszédos szövetekből fölvett, illetve ezeknek átadott hő útján történik, hanem szerepet játszik benne az ilyenkor kimutatható folyadékelválasztás is. A gyomor kiürülése testhőmérsék mellett leggyorsabb; nagyon hideg és nagyon meleg folyadékok lassabban távoznak a gyomorból, részben azért, mert mennyiségüket a hőmérsékkiegyenlítő folyadékelválasztás növeli; nagyon hideg italok pylorus-görcsöt okozván, ilyen úton is akadályozzák a gyomor kiürülését. A savelválasztás befolyásolása a táplálék hőmérséke által nem volt kimutatható. Alkoholtartalmú hideg italok azonban fokozták a gyomor savelválasztását.

Azt, hogy tiszta víz bevitele az üres gyomorba nem indit meg sósavelválasztást, már mások is észlelték; *Moritz* a hideg viz ivása után keletkező megbetegedéseket úgy magyarázza, hogy a hideg viznek az üres gyomorba jutása nem váltván ki sósavelválasztást, a vizben esetleg jelen volt fertőző bakteriumok a gyomorban — nem lévén benne sósav — nem tétetnek tönkre, hanem élő és fertőzőképes állapotban jutnak a bélbe és ezt megbetegitik. Minthogy pedig — a mint láttuk — alkoholtartalmú hideg italok után sósavelválasztás indul meg, most már megmagyarázható az alkohol prophylactikus értéke. (Természetesen tekintetbe veendő az is, hogy — a mint azt főleg cholera-bacillusokkal végzett kisérletek mutatták — a vízben már mérsékelt mennyiségű alkohol hozzáadása után is egyes bakteriumok rövid idő alatt elpusztulnak. Ref.) (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 8. kötet, 11. füzet.)

Gyógyszertan.

Digalennal (digitoxinum solubile Cloëtta) Senator tanár klinikáján tett kisérleteiről számol be *Bibergeil*. A digalen a digitalislevelekből előállított fehér, amorph anyag, mely vízben nagyon könnyen oldódik, izgató hatástól mentes és nagyon könnyen diffundál. 25% glycerint tartalmazó vizes oldatban kis üvegekben jut a kereskedésbe. A mig Naunyn a digalent főleg intravenosus és subcutan befecskendezés alakjában használta, addig szerző per os adta, még pedig háromszor naponként 1—1 köbcentimetert tejben, Selters-vízben vagy édes borban; ez utóbbi legajánlatosabb, mert az édes bor leginkább fedi a digalen rossz ízét. A digalent a betegek általában jól tűrték, még azok is, a kik a digitalis-infusumot kihányták. Egyébként, ha kimélni akarjuk a gyomrot, a végbélen át is adhatjuk a szert, a melynek hatása a vérkeringésre teljesen olyan, mint a digitalis-infusumé. Nagy előnye, hogy állandó összetételű s igy pontosan adagolható, másrészt hogy gyors felszívódása miatt gyorsabban is hat, a mint azt már Naunyn is észlelte. Végül pedig úgy látszik cumulativ hatása sincsen. (Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 51. szám.)

Sebészet.

A rectalis narkosisról irt nemrégiben czikket *Krougiline*. Mindenekelőtt felemliti, hogy Pirogov már 1847-ben ajánlotta a rectalis atherezést; 1884-ben Mollière iparkodott ezen módszert meghonositani. Közhasználatba azonban nem ment át e módszer, noha szerző szerint, a ki Mouchinsky kievi sebészeti osztályán 43 esetben használta, nagyon jó szolgálatokat tehet, különösen ha a fejen vagy a nyakon kell műtétet végezni, vagy ha a légzőszervek nem teljesen normális állapota miatt az aetherbelégzés nem ajánlatos. Az eljárás röviden a következő: a bél kellő megtisztitása czéljából a beteg egy nappal előbb hashajtót kap, majd beöntésekkel kiöblitik végbelét s azután az aethert tartalmazó graduált kis üvegből, melyet 45° hőmérsékű vízbe állitanak, egy kaucsukcsövön, illetve erre alkalmazott üvegtoldalékon át a végbélbe vezetik a kellő feszültségű és mennyiségű aethergőzöket. A narkosis kezdetén a beteg fájdalmat érez végbelében, úgyszintén székelésre való ingert, ezek azonban 1—3 percz alatt megszünnek. Az esetek többségében elég hamar beáll a teljes érzéketlenség, a nélkül, hogy bárminemű kellemetlen vagy veszélyes tünet jelentkeznék. Szerző említ eseteket, melyekben emphysemás vagy hörghurutos, nagyon előrehaladt korú betegeknél használta ezen eljárást minden szövődmény keletkezése nélkül a légzőutakban. Az igy narkotizált betegeknek rendesen még aznap van híg vagy félsűrű székük minden vérzés és fájdalom nélkül; a következő napokon már teljesen normális a széklet; csupán egy esetben látott szerző három napon át fennállott mérsékelt hasmenést. Az esetek egy bizonyos számában nem érni el ily módon teljes érzéstelenséget; ilyenkor azonban már minimális mennyiség chloroform belégzése után mély narkosis áll be, a melyet nagyon könnyen lehet fenntartani vagy a rectalis aetherezés folytatásával, vagy pedig kevés chloroform időnként való belégeztetésével. Ellenjavalt a módszer peritonitis eseteiben, valamint olyankor, ha fekélyes vagy lobos folyamatok vannak a bélben. (Voienno-med. journ., 1904. deczember.)

A veselob eseteiben használt operativ beavatkozásokra vonatkozó álláspontját ismerteti *Yvert*. Tályogképződéssel járó súlyos heveny veselobban a nephrectomia a leggyökeresebb eljárás, mert eltávolitja a beteg vesét és megszünteti azon káros reflex hatást, melyet a beteg vese az ép vesére gyakorol; a nephrectomia utáni halálozás azonban ilyen esetekben — sajnos — nagyon magas, körülbelül 33%. E miatt előnyben részesitendő a nephrotomia, mint a mely után csak 5% a halálozás s a melynek eredményei úgy genyedéssel járó, mint e nélkül lefolyó heveny veselob-esetekben kitünőek, a mint ezt csaknem valamennyi szerző egyhangúlag elismeri. Az idült nephritisekben követendő operativ eljárásokra nézve azonban már széttérőbbek a nézetek. A vita főleg a körül forog, vajjon a Pousson ajánlotta nephrotomia, vagy az Edebohls javasolta decapsulatio a helyesebb eljárás. Ez utóbbi eljárás nem jár nagy technikai nehézségekkel, súlyosabb következményei nincsenek, későbbi szövődményektől sem kell tartani. A nephrotomia azonban szintén bir ezen előnyökkel, ezeken felül pedig még az is szól mellette, hogy az eredmény úgyszólván rögtönös, mig a decapsulatio után legalább 8—10 napig kell várni, mig a kedvező befolyás mutatkozni kezd. A decapsulatio egyéb felhozott előnyeit szerző nem tartja ez idő szerint még bebizonyitottaknak s azért egyelőre a nephrotomia mellett foglal állást. A Rovsing ajánlotta nephrolysis hasznos lehet kiterjedt odanövésekkel járó idült nephritis egyes eseteiben; eddig még csak három ilyen módon műtett esetről van tudomása: az egyikben teljes gyógyulás, a másodikban nagyfokú javulás, a harmadikban pedig muló javulás következett be. Makacs vesebeli vérzéseknél, a melyekben a vesék látszólag egészségesek, Israel rendszeresen nephrotomiát végez jó eredménynyel; minthogy az ilyen vérzések halálosakká is válhatnak, az operativ beavatkozással nem szabad sokáig késlekedni. (Revue de chirurgie, 1904. 9. füzet.)

Bőrkórtan.

A caseinalbumose-szappanról értekezik *Detbanco*. A neutralis, sőt a túlzsirozott szappan is a vízben oldásnál, tehát a mosakodásnál közömbös vegyhatását elveszti. A lehasadó alkali pedig a bőrt izgatja, a mi gyermekeknél és eczemára hajlamos egyéneknél okoz kellemetlenséget. A Horn-Hamburg vegyi gyár által caseinból előállított lactalbumose kifejezett savi jelleggel bir, bár oldata közömbös vegyhatású. A szappan hydrolysisénél felszabaduló alkalit megköti, a mennyiben albumosesavas sók keletkeznek. A vacuumban besüritett caseinalbumose borszeszes oldatát az Unna-féle 7% olivaolajjal túlzsirozott basis szappanhoz adják. Az ilyen módon készitett szappan előnyei: 1. teljesen neutralis, 2. a hydrolysisnél felszabaduló alkalit megköti a caseinalbumose úgy, hogy a vízben oldásnál is megmarad neutralis vegyhatása, 3. a 7% el nem szappanositott zsiradék pótolja a bőrről lemosott zsirt, 4. a caseinalbumose úgy hideg, mint meleg vízben kitünően habzik. E szappan még a legérzékenyebb bőrt sem izgatja, eczemás betegeknek, gyermekeknek igen ajánlható. (Monatshefte für prakt. Dermatol. 1904. 38. köt. 11. sz.) *Kollarits Béla* dr.

A bőr blastomycosisáról ir *Dubreuilh*. Az első idevágó eseteket Amerikában észlelték és dermatitis coccidioides, dermatitis blastomycotica, blastomycosis néven ismertették. Európában eddig csak 3 esetben látták, D. betege a negyedik, s egyút al az első, mely Franciaországban került észlelésre. A betegség két alakja ismeretes: az egyiknél a köztakarón elszórva számos tályog keletkezik, melyek exulcerálnak és papillomatosus burjánzást mutatnak. A betegség további folyamán a zsigerekben, főleg pedig a tüdőben metastasisok jelentkeznek, melyek a tuberculosisra emlékeztető tünetekkel járnak. Az exitus aránylag rövid idő alatt bekövetkezik. Az összes elváltozásokban, a genyben megtaláljuk a blastomycetákat, mig Koch-féle bacillusok hiányzanak. A második alak, melynél a terjedés nem a vér útján, hanem úgy látszik auto-inoculatio útján történik, sokkal jobb indulatú, nagyobb ulceratióra, metastasisra nem szokott vezetni. Legtöbbször az arczon, ritkábban a kézen vagy a lábon kezdődik. Apró miliaris abscessusokkal borított, papillomatosus burjánzást mutató plaqueokban jelentkezik, melyek tömött tapintatúak. A beteg terület élesen határolt, kiemelkedő vörös udvarral övezett, és csak lassan terjed. Spontán gyógyulás csak kivételes. Nagy dosis jodkalium (6—8 gm. pro die) igen jól hat. A genyben a gombák könnyen kimutathatók, ha aetheres leöblités után a készitményt kalilúggal kezeljük. A kulturák legjobban glycerines gelatinán nőnek. Tiszta kulturák könnyen nyerhetők, ha a még fel nem szakadt miliaris abscessusok genyét használjuk fel az oltásra. Kutyára és tengeri malaczra több izben sikerült a betegséget átvinni. A parasiták legtöbbször a granulatiós szövetben és a kis abscessusok genyében találhatók. *Dubreuilh* esetében a rendestől eltérőleg csaknem kivétel nélkül óriássejteken belül feküdtek. A szaporodás bimbódzás útján történik. *Dubreuilh* bimbódzást csak egy helyen látott, egyebütt az oszlás különböző szakait észlelte. Maguk a parasiták 10 mikromm. átmérőjüek, kerekek, vastag, kettős contourú burokkal birnak. A burok methylenkékkel élénken festődik, mig a benneke szintelen marad. Klinice a betegség epitheliomával, tertiaer syphilissel és tuberculosis verrucosával téveszthető össze, melyek közül utóbbihoz hasonlit leginkább. Esetét *Dubreuilh* is tuberculosisnak nézte, s a tévedés csak a véletlenül megejtett histologiai vizsgálat után derült ki. (Annales de dermatologie, 1904. 10. sz.) *Kollarits Béla* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Hetolbefecskendésekkel kezelt 12 beteg kórtörténetét közli *Schrage*, a melyek élénken mutatják ezen kezelésmód kedvező hatását tüdőgümőkór eseteiben. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 44. szám.)

Az anthrasol nevü új szintelen kátránykészitményt, a melyről már több előkelő dermatologus nagyon kedvezően nyilatkozott, *Meyer* 45 esetben használta s mint a kátrány czélszerü módositását megfelelő esetek számára melegen ajánlja. Eseteiben csak kétszer észlelt izgalmi tüneteket, mig a közönséges kátrány köztudomás szerint nagyon gyakran vált ki ilyeneket. (Deutsche Praxis, 1904. 17. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1905. 7. szám. *Borbély Samu*: Az átfúró hassebekről. *Szabó B. Sándor*: Az epilepsia egy új kezelési módjáról. *Rosenák Miksa* és *Feldmann Ignácz*: Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus.

Budapesti orvosi ujság, 1905. 6. szám. *Torday Árpád* és *Wolff Alfréd*: A lymphocyta-izzadmányok előállitása kisérleti úton. Adat az activ lymphocytosishoz. *Schönheim Lajos*: A griserin értékéről tüdővésznél. *Böke Gyula*: A gyakorló orvos működése a fülgyógyászatban. *Lénárt Zoltán*: A tonsilla pharyngea hypertrophiájáról az öregkorban.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 6. szám. *Taussig*: Endemiás gyomorhurut („Hundskrankheit") Herczegovinában. *Hermann*: A kryptorchismus operativ kezelése. *Mayer*: Sajátszerű passage-zavar gastroenterostomia után *Reitter*: Ritka okokból fejlődött duodenalstenosis két esete.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 7. szám. *Pollatschek*: A musculus adductor longus elszakadása. *Halbhuber*: A varicella aetiologiája. *Fleischer*: Az oxygenbelégzés alkalmazásmódja. *Fischer*: Gonorrhoea- és syphiliskezelés. *Herz*: Ritka szülészeti és nőgyógyászati esetek. *Martell*: A gümőkór kora szakának kezelése calomellel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 6. szám. *König*: A májsyphilis jelentősége a hasdaganatok diagnosisában. *Jürgens*: A typhus-immunitás keletkezése. *Bickel*: A gyomornedvelválasztás növényevőkben. *Ledermann*: Pyodermite vegetante. *Müller*: Uj vérzéscsillapitó mód. *Pels-Leusden*: Ficzamodások és törések a talo-cruralis izületben. *Hoffmann*: Syphilis átoltása állatokra. 7. szám. *Oppenheim*: Visszaélések az intranspiantatioval. *Friedberger* és *Oettinger*: A griserin fertőtlenitő hatása. *Osterroth*: Keratomycosis aspergillina. *Hausmann*: Az appendix kitapintása és az appendicitis larvata. *Mohr*: Osteomyelitis a csecsemőkorban. *De la Camp*: Physikális szivdiagnostika.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 76. kötet, 1. füzet. *Lossen*: Haemophiliás család. *Wenzel*: Nagy végbélelőesések pathogenesise és gyökeres műtevése. *Illyés*: Therapeutikai ureterkatheterezés. *Seggel*: Porczelváltozások izületi gümőkórban. *Sandelin*: Cheiloplastika az alsó ajak teljes hiánya esetében.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 28. kötet, 1 füzet. *Heilbronner*: A hemiplegia symptomatologiájához. *Müller*: Status hemiepilepticus idiopathicus. *Thunberg*: Uj algesimeter. *Kollarits*: Hypohpysisdaganatok akromegalia nélkül.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 6. szám. *Czerny*: Ileus. *Hamburger*: Biologiailag rokon állatfajok vérének megkülönböztetése. *Uhlenhuth*: Mumiák eredetének megállapitása specifikus serumokkal. *Herz*: A beteg szív functiovizsgálatára szolgáló eljárás. *Lewin*: Anyagcserevizsgálatok rákban. *Henle*: A heveny nátha kezelése. *Tugendreich*: A csecsemők epithelialis gyomorbélbetegségei. *Flesch*: A trismus és tetanus neonatorum et infantum prognosisa, különös tekintettel a serumtherapiára. *Fraenkel*: Veronal tussis convulsiva ellen.

Archives générales de médecine, 1905. 1. szám. *Mally* és *Miramont de Laroquette*: Sclerosis lateralis amyotrophica. *Michel*: Adat a heveny rheumás myocarditis ismeretéhez. *Journeault*: Halálos syncope colitis muco-membranosában. *Pouliot*: Cardiopathiák a terhességben. *Delherm*: Az elektromosság használata hysteriában. 2. szám. *Milian*: Tabesesek nemzőképessége és leszármazottai. *Huyghe*: Intermittáló lingualis dysarthria. *Boinet*: Thoracocentesis aspiratio nélkül. *Rudaux*: Májkólika a puerperiumban. *Desesquelle*: A kámforos naphtol β mérgező hatása.

La semaine médicale, 1905. 6. szám. *Charrin*: Az újabb physiologiai és általános kórtani vivmányok fontossága a sebészetben. *Babes*: Hypogenetikus nephritis.

The lancet, 19. 5. I. 5. szám. *W. T. Gordon Pugh*: A scarlatina fertőző volta és kezelése. *Ch. Bolton*: Primaer szivgyengeség mint a halál oka diphtheriában. *J. Beard*: A rák problemája. *W. G. Savage*: A b. coli mint az ürülékkel való szennyezettség indicatora. *Kenneth Anderson*: Szokatlan lefolyásu typhus-eset. *J. Porter Parkinson*: Subphrenikus tályog képét utánzó echinococcus-tömlő. *J. D. Rolleston*: A diazo-reactio prognostikai értéke typhusban. *Hugh Taylor*: Nem traumás eredetű agyvérzés 10 éves gyermekben. *A. H. Gerrard*, *M. Randall* és *Pattison Armstrong*: Pankreas-ruptura műtét után gyógyult esete. *J. Lionel Stretton*: Sclavo-féle serummal kezelt anthrax-eset.

British medical journal, 1905. január 21. *Ch. Ball*: Inveterált pruritus ani kezelése. *Rushton Parker*: Az appendicitis kezelése műtéttel és a nélkül. *A. W. Mayo Robson*: Appendicectomia új módja. *G. A. Clarkson*: Appendicitis suppurativa szokatlan esete. *H. J. Clogg*: Duodenalis fekély átfúródásának három esete. *Donald Armour*: Gastroduodenostomia, különös tekintettel a Finney-féle gastro-pyloduodenostomiára. *J. Bland Sutton*: 40,000 irizáló kövecset tartalmazó vese. *J. Hutchinson*: Epehólyagrák műtett esete. *Th. Evans*: Golyvagenyedés két esete. *Chalmers Watson*: A köszvény húgysavtheoriája. *F. Parkes Weber*: Senilis symmetriás koponyasorvadás. *A. Cooper*: A genitalis hegek jelentősége a syphilis retrospectiv diagnosisában.

New-York and Philadelphia medical journal, 80. kötet, 20. szám. *J. V. Shoemaker*: Hodgkin-kór esete. *L. A. B. Street*: Idült malariás cachexia két esete. *A. Magaw*: 11,000 anaesthesia alapján szerzett tapasztalatok. *Th. N. Vincent*: Delirium tremens. *A. S. Wilner*: Elsődleges orrdiphtheria. *H. W. Jones* és *N. Allison*: Vállizületi zavar tiz esete. *J. Gilbert*: Az insomnia kezelése.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 5. hetében (1905. január 29-től február 4.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 464 gyermek, elhalt 347 egyén, a születések tehát 141-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·6, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 12, meningitis tuberculosa 7, apoplexia cerebri 7, convulsiones 3, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordi. 20, morbi myocardii 5, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 3, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 12, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 13, pneumonia 31, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 64, emphysema pulm. 2, pleuritis 1, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 3, enteritis 2 éven aluli 6, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig.

0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 28, paedatrophia 3, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. 7, carcinoma uteri 6, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 3, scarlatina 2, pertussis 0, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 7, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 9, suicidium 3, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3757 beteg, szaporodás 839, csökkenés 847, maradt e hét végén 3681 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 130 (138), vörheny 55 (56), álh. gége- és roncsoló torok-lob 39 (54), hökhurut 11 (8), gyermekágyi láz 1 (2), hasi hagymáz 0 (3), hímlő 0 (0), álhímlő 0 (0), bárányhimlő 19 (40), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 6 (0), lépfene 0 (2), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Kuzmik Pál** dr. budapesti egyetemi magántanárnak, a II. sebklinika adjunctusának a király az egyetemi rendkivüli tanári czimet adományozta.

+ **Schwartz Ármin** dr. putnoki körorvos a napokban ülte meg félszázados orvosi működésének jubileumát, a mely alkalommal ünnepség keretében nyujtották át neki a koronás arany érdemkeresztet.

± **Czirfusz Dezső** dr. stoószi fürdőorvosnak és tiszteletbeli megyei főorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül Ő Felsége a királyi tanácsosi czimet adományozta.

* **Jelentés a Semmelweis-emlékalapra bejött adományokról az 1904. évben.** Steiner dr. Kalocsa 5, Fodor dr. Abbazia 10, a szünidei orvosi cursus 200, az 1904. évi bábatanulók Dirner dr. útján 33·36; a szt. Rókus-kórház szül. és nőgyóg. osztály gyakornokai és orvos-személyzete 40; az 1904. évi bábaképző-tanfolyam növendékei Dirner dr. útján 44·80; összesen 336·76 korona. Ehhez kamatokból 1258·46 kor. Áthozat 1903. évről: 40607·40 kor., főösszeg 42,202·62 kor. Kiadás: Strobl A. tanárnak tiszteletdija első része 4000 kor., egyéb kiadás 90·27 kor., összesen 4090·27 kor. *Alaptőke* (áthozva 1905. évre) *38,112·35* kor. Budapest, 1905. február 15. Id. *Elischer Gyula* dr. a S. E. B. pénztárosa.

× **Külföldi egyetemi hirek.** *Kaiserling K.* a kórboncztan és *Wolpert H.* a hygiene magántanára a berlini egyetemen a tanári czimet kapták. *Schwe ntner-Trachsler* asszony a berni egyetemen a dermatologiából és syphiligraphiából magántanári képesitést nyert. *Kohn A.* Prágában a histologia rendkivüli tanárává neveztetett ki. *Hofmann F.* leipzigi rendkivüli tanárt az innsbrucki egyetemen az élettan rendes tanárává nevezték ki. *Mering* tanárt, a hallei belklinika igazgatóját a kölni gyakorlati orvosi akademia tanárává és az ottani „Augustahospital" főorvosává nevezték ki. *Hensen V.*, a physiologia és embryologia tanára a kieli egyetemen, február 10-dikén ülte meg 70. születésnapját.

∧ **Merck W.**-t, a világhirű darmstadti vegyészeti gyár társtulajdonosát, az orvosi fakultás Halle-ban tiszteletbeli orvosdoktorrá nevezte ki.

ⓘ **A német sebésztársaság 34. congressusa** április 26-dikától 29-dikéig tartatik Berlinben. Discussiora a következő kérdések vannak tervbe véve: 1. A patella subcutan haránttöréseinek vértelen és véres kezelése. 2. A perityphlitis műtevésének legkedvezőbb időpontja. 3. Pneumoniák hasműtétek után. 4. A nephrectomia javalatai a functionális vesediagnostika tekintetbe vételével. Előadások márczius 11-dikéig jelentendők be a congressus elnökénél, Krönlein tanárnál (Zürich).

⊖ **A német orthopaed-sebésztársaság negyedik congressusát** április 25-dikén tartja Berlinben. A congressus főtárgyát a skoliosis mechanismusa fogja képezni; a referatumokat Schulthes (Zürich), Schanz (Dresden) és Lovett (Boston) vállalták el. Előadások legkésőbb márczius 1-jéig jelentendők be Joachimsthal tanárnál (Berlin W., Magdeburgerstrasse 36).

○ **A rák kutatására** Heidelbergben intézetet állitanak fel, a melynek czéljaira eddig már félmillió márka áll rendelkezésre; újabban Czerny tanár 100,000 márkával járult a tőkéhez. Az intézet két részből fog állani: egy betegosztályból 47 ágygyal és egy jól fölszerelt laboratoriumból. Az új intézet valószinűleg 1906. május havában lesz rendeltetésének átadható.

○ **Bársony professor intézetének** szülészeti poliklinikuma 1905. január havában 81 esetben nyujtott segélyt 47 műtéttel.

— **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** 1905. január havában 652 esetben nyujtott első segitséget; szállitások, mozgó őrség, vaklárma hozzászámitásával a január havi működési összeg 1275-öt tesz ki. A egyesületet fennállása (1887. május 8) óta összesen 175,383 esetben vették igénybe.

▽ **Tátrafüreden** ez év január 1-jétől február 9-dikéig 142 egyén lakott.

† **Elhunyt**: *Fleischer Emil* dr. folyó hó 7-dikén 30 éves korában Pozsonyban. — *Fülöp Sándor* dr. kiszombori körorvos folyó hó 13-dikán 41 éves korában. — *Jacobson L.* ismert berlini fülorvos, kinek fülgyógyászati tankönyve több kiadásban közkézen forog, január 23-dikán 53 éves korában. — *Burger Ernő* dr. meráni és reichenhalli magyar fogorvos Meránban a hónap 9-dikén 28 éves korában.

Lapunk mai számához az E. Merck vegyészeti gyár „Hydrogen-superoxyd" szerére vonatkozó prospectus van mellékelve, melyre t. olvasóink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

Orvosok figyelmébe. Az Aréna-úton, a Damjanich-utcza szomszédságában egy már évek óta gyógyintézeti czélokra berendezett és használt villaszerű épület **bérbe adó**. Értekezhetni Dr. Ságnál Budapest, VI. ker., Teréz-körút 35. szám.

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

Vízgyógyintézet a **„Fasor"** (Dr. Herczel-féle) **sanatoriumban.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimeritő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.**

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos káď-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2, I. emelet. (Lift.) Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. Orvosi felügyelet. Prospektus. Telefon 54—20. Igazgató orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

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

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelése, V., Fürdő-utcza 8. Gyógyitás tárgyát képezik: **Női arczszörös.** — Szeplők. — Comedo. Acne. Rosacea. — Anyajegyek. (Tűzfoltok.) — Szemölcsök. — Arczráncok. — Az arcz- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegek (a bőr heges bemélyedései). — **Tisztátalan teint** (bőrhámlasztás). — **Hajnullás.** — **Hajfestés** (keleti hajfestékkel). Hajbetegségek stb.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1905. február 13-dikán.) 129. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes tudományos ülés 1905. február 11-dikén.) 130. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai (V. előadás 1905. évi febnár hó 13-dikán.) 132. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1904. évi január hó 25-dikén.) 132. l. — Közkórházi orvostársulat. (1904. november 23-dikán tartott XIV. bemutató szakülés.) 134. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 134. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1905. február 13-dikán.)

Elnök: **Than Károly.** Jegyző: **Lengyel Béla.**

Orvosi érdekű tárgyak voltak a következők:

1. **Klug Nándor** r. tag bemutatja **Reusz Frigyes** következő czimű dolgozatát: **„Adatok a galambkisagyvelő boncztanához és élettanához.“**

A dolgozat tulajdonképen első része egy nagyobb terjedelmű munkának, melyben szerző a galamb motorikus systemáinak élettanát szándékozik tanulmányozni. Eddig a kisagyvelő boncztanát és élettanát mintegy 150 különböző kisérlet alapján tanulmányozta; vizsgálatai a kisérleti methodika lényeges javítása folytán az eddigieknél pontosabban voltak kivihetők.

Az elért eredmények a következők:

1. A galambkisagyvelő *szerkezete alapjában megegyezik az emlősök* kisagyvelejének szerkezetével; a szerkezet alapelvét itt is a három irányú *kisagyvelői kocsánypályák képviselik*; a hármas szerkezetet a féreg egyesíti magában, miután oldallebenyek nincsenek. A madárkisagyvelőben feltalálhatók tehát *a kisagyvelő összes kötőkarjainak megfelelő pályák*. A kisagy belső magvainak azonosítása az emlősök hasonló magvaival eddigelé *nem sikerült. Direct kisagy-gerinczvelői pálya nem mutatható ki*, a leszálló rostok nagy száma csak a nyúltvelő alsó részletéig követhető. A *kisagynyúltvelői pályák* kétszer, a kisagyagyvelői pályák *egyszer kereszteződnek*. Indirect kisagygerinczvelői pályát képeznek azon hosszú rostok, melyek a *Deiters*-féle magból indulnak ki és a gerinczvelő túloldali anterolaterális részében mélyen követhetők.

II. A galambkisagy kérge mesterséges úton nem *ingerelhető*, kiirtását nem gyengeségi tünetek követik, hanem oly tünetek, melyek *„magasabb coordinatio“* kiesésére utalnak. Az egyes részek egyenértékűek és egymást könnyen pótolják. A kisagy belső magvainak vagy az egész kisagynak eltávolítását követő tünetek nem oly súlyosak, mint más szerzők leirják és az állatok sokáig életben tarthatók. Némi gyengeség mellett itt is dominál az incoordinatio és a reflexek végig normálisak vagy fokozottak maradnak. Az *astheniás tünetek fellépése* a kocsánytájék és a Deiters-féle mag sérüléséhez van kötve, a mikor a symptomák elemzésében labyrinth-tünetekhez hasonló jelenségek mindig feltalálhatók. A *kisagy felismert szerepe tehát kettős: 1. coordináló, 2. tonizáló.* Főszerep a coordinálás, de magasabb értelemben, miután az egyszerű coordinálást már a gerinczvelő végzi. A kisagyat működésében támogatják azon impulsusok, melyeket az ivjáratok felől kap, de csak a mennyiben a fejtartásra és a test egyensúlyára befolyást gyakorolnak. A madár testszerkezeténél és mozgási mechanismusánál fogva ez a befolyás nagyobb, mint más gerinczeseknél. A labyrinth a maga centrális összeköttetéseivel külön berendezés, mely automatice szabályozza az innervatiót, de a mely e mellett a kisagygyal, főleg ennek kocsánymagvaival, úgy fel-, mint lehágó irányban, sokszoros anatomiai és physiologiai összefüggésben van.

A kisagy a collector és distributor szerepét viszi, mely a fő mozgató pályák mellé van kapcsolva, önmagától mozgást meg nem indit, de ezekre állandó modifikáló hatást gyakorol; úgy látszik azonban, hogy szerepe a madarak mozgató systemájában jelentékenyebb, mint az emlősökében, talán azért, mert a madarak felsőbb agyrészei a mozgási mechanismust alig befolyásolják.

2. **Klug Nándor** r. tag bemutatja **Tézner Ernő** dolgozatát **a nyálelválasztás változásairól különböző élettani viszonyok között.**

A nyál chemiai összetétele élettani viszonyok között változásokat mutat, melyeknek segítségével képet alkothatunk magunknak a nyálmirigyek működésének megfelelő ingadozásairól. E czélból megvizsgálta szerző, hogy miképen változik a nyál egyes alkatrészeinek mennyisége különböző körülmények között. Az itt fellépő különbségek természetesen nagyon csekélyek, mivel a nyál 10,000—100,000-szeres higításban tartalmazza szilárd alkatrészeit. Megállapításukra azért oly módszerek voltak szükségesek, melyek nagyon praecis értéket szolgáltatnak. E mellett kellett, hogy az analysis kevés nyállal és gyorsan kivihető legyen.

Az enzym mennyiségét rendesen a nyál emésztő erejének nagyságával mérik azon felfogás alapján, hogy az enzym hatása mennyiségével egyenes arányban áll. Habár a kisérletei által szabott határokon belül ez az összefüggés nem áll fenn, szerző belevette az emésztő erőt is vizsgálatai keretébe, mert növekvése, illetőleg csökkenése a mirigyek tevékenységében hasonló változásra mutat. Ez feltehető volt annál is inkább, mert kiderült, hogy a fehérje-anyagok és a szervetlen sók mennyisége mindig együtt változik az emésztő erővel. Ez utóbbinak meghatározása az emésztet redukálóképessége alapján történt a *Pflüger* által átdolgozott *Allihn*-féle eljárással. A fehérjenemüek meghatározására a nyálnak *Kjeldahl* módszere szerint megállapitott nitrogen coëfficiense szolgált. A szervetlen sók mennyisége az alkalinitásban talál kifejezést s igy titrálással mérhető.

Ezekkel szemben a rhodan quantitativ analytikai módszerei közt *egy* sincsen, mely a czélnak mindenben megfelel. Szerző azért megvizsgálta a *photometriás eljárás* használhatóságát a rhodan meghatározására. A Hüfner-féle spectrophotometerrel végzett vizsgálataival sikerült is megállapitani, hogy a $Fe Cl_3$ reactioval keletkező $Fe(SCN)_3$ fényelnyelő képessége, az extinctiós coëfficiens arányosan változik a vegyület concentratiojával. Bebizonyithatta azonkivül azt is, hogy a módszer a nyálra alkalmazva helyes eredményeket ad. Előnyei: nagy pontossága — a kisérleti hiba $\pm$ 0·0014 mgm. —, a roppant egyszerű kivitel és az a körülmény, hogy 1 cm^3 nyállal kényelmesen elvégezhető.

Első sorban megvizsgálta a mirigyműködés *spontan változásait* melyek a nap folyamán *éhezés alatt* mennek végbe.

Kiderült, hogy reggel 7—9-ig az összes alkatrészek mennyisége csökken és vele együtt az emésztő erő is. De minthogy egyúttal az időegységben elválasztott nyál mennyisége növekszik, világos, miszerint a nyálmirigyek működésében csak az a változás állt be, hogy 9 órakor több vizet választanak el, tehát nagyobb a higitás mint 7 órakor. Délelőtti 9 órától fogva az emésztő erő nő a késő délutáni órákig, majd ezután csökken. Kiséri ezen ingadozásaiban a szerves anyagoknak és a szervtelen sóknak mennyisége is. *A nyálmirigyek működése egész napon át élénkül, a délután elért maximumig, este pedig sülyed*, követve az egész anyagcsere megfelelő változásait, a mint azok a testhöben kifejezésre jutnak.

A nyálmirigyeknek a napszak által megadott működési állapotában sokféle tényező hozhat létre eltéréseket. Szerző megvizsgálta *a rágásnak, a víznek, savanyú, édes és sós ingereknek* a nyálsecretiora gyakorolt hatását, mely nagyjában egyformának mutatkozott valamennyinél. Kiderült ugyanis, hogy mind *emelik a mirigyek tevékenységét*, a mint ez a víz, a szerves anyagok és a szervtelen sók fokozott elválasztásából, valamint a diastasisos erő növekedéséből következik. Megjegyzendő azonban, hogy a bővebb vízelválasztás által okozott felhígulás gyakran kelti annak látszatát, mintha egyik-másik szilárd alkatrész megfogyott volna. Az egyes ingerek hatása csak abban különbözik egymástól, hogy némelyek leginkább a szervtelen sóknak, mások a fehérjenemüeknek elválasztását emelik, ismét másoknak befolyására főleg az emésztő erő növekszik. A nyálmirigyek tehát különböző ingerekre különböző módon reagálnak, más szóval *specifikus ingerlékenységük van.*

Az *étkezések*-nél az egyszerűbb ingerek mind szerepelnek. Várható tehát, hogy hatásuk azokéból fog összetevődni. Valóban, bármely időre esik is a táplálékfelvétel, utána a nyálban tetemesen megnövekedettnek találjuk az emésztő erőt és a szerves és szervtelen anyagok mennyiségét. Csak a reggeli nem képes az erre az időre eső spontan concentratio-csökkenést feltartóztatni.

Az emésztő erőre vonatkozólag végeztek már hasonló irányú vizsgálatokat, melyeknek eredményei azonban az előadottakkal, de egymás között is helyenként ellentmondásban vannak. E vizsgálatok közül *Hofbauer* és *Chittenden-Richards*-éi nem kifogástalanul történtek, s ezért eredményeiknek nincs jelentőségük. *Schüle* megtalálta az ebéd emésztésemelő hatását, de a reggeli és esti változást illetőleg más eredményeket kapott, valószinüleg kisérleteinek eltérő elrendezése folytán.

A rhodan a többi összes alkatrésztől látszólag eltérő viselkedést tanusit. Concentratiója ugyanis minden ingerre, étkezésre is, csökken. De ha a vegyület képződését tekintjük és az *időegységben* elválasztott mennyiségeket összehasonlitjuk, meggyőződünk, hogy a csökkenés csak látszólagos, s ezt a vizelválasztás fokozódása okozza, avagy felhígulás következménye; valóban ez az alkatrész is *minden inger behatására fokozott mértékben választatik ki.* Az időegységben elválasztott mennyisége a rhodannak tehát párhuzamosan változik a többi nyálalkatrészszel.

Minthogy a rhodan a szervezetbe csak a nyál útján jut, az itt kimutatott párhuzamosság azt bizonyitja, hogy ezen vegyület *képződése a nyálmirigyek működéséhez kötött.* Ha tovább akarunk kutatni, hogy a rhodan keletkezése miképen függhet össze a többi nyálalkatrész képződésével, akkor figyelmünk első sorban a nyál enzymjére irányul. Nyilvánvaló ugyanis, hogy a rhodan fehérjenemű anyagból származik, úgy hogy a nyál alkatrészek közül csak az enzymmel vagy a mucinnal lehet közös az eredete. Már pedig ezek közül a mucin a fehérjéknél összetettebb vegyület és a szervezetben másutt is képződik a nélkül, hogy egyszersmind rhodan is keletkeznék, a rhodan képződése ezért csak az enzymképződéssel függhet össze.

Az enzymnek és rhodannak közös eredete mellett döntő bizonyiték az a körülmény, hogy a rhodanképződéssel mindig párhuzamosan változik a nyálban a fehérjefélék elválasztása. Ezeknek legnagyobb részét pedig a nyálban épen az enzym teszi ki. Párhuzamosságot találunk ezenkivül az emésztő erő és a rhodan változásai között is. Minthogy pedig *a rhodanconcentrationak az emésztő erőre absolut semmi befolyása nincsen*, ez utóbbinak változásai nem állanak be a rhodantartalom változásai következtében. A midőn tehát nagy rhodanértékeket találtunk, ugyanakkor intensiv volt az enzymképződés is, és megforditva.

Mindezek bizonyitják, hogy *a nyálenzym és a rhodan* képződése párhuzamosan halad. Következtethetjük tehát, hogy valamely *közös fehérjenemű alapanyagból egyszerre képződnek* és pedig — minthogy a rhodan-

nak élettani szerepe kimutatva nincsen — olyformán, hogy ez a vegyület az enzymképződésnél a complikáltabb fehérjemolekulákból, mint mellék-termék, hasad le.

3. **Tangl Ferencz** l. tag előterjeszti **Weiser István**-nal együtt készített dolgozatát **a vér glycerin-tartalmáról**.

A dolgozat azon vizsgálatokról ad számot, melyeket nevezett szerzők a m. kir. állatélettani állomáson végeztek s a melyek először bizonyították be minden kétséget kizáróan, hogy a vérben középértékben 0·007 súlyszázalék glycerin van. Nemrégiben Nicloux is talált glycerint a vérben, módszere azonban nem kifogástalan, másrészt csak félannyi glycerint tudott kimutatni, mint szerzők.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1905. február 11-dikén.)

Elnök: **Bókay Árpád**. Jegyző: **Manninger Vilmos**.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Hudovernig Károly, Schein Mór és Navratil Dezső tagtársakat. Jelenti, hogy Chyzer Kornél a kolozsvári vándorgyülés munkálatait a könyvtár részére beküldte. Köszönettel vétetik.

A tabes dosalis ritkább prodromális tüneteinek két esete.

Hudovernig Károly: Bemutató utal ama nagy gyakorlati fontosságra, melylyel a legelterjedtebb idegbántalmak egyikének, a tabes dorsalis kezdeti tüneteinek ismerete és felismerése bir. A tabes kifejlődését illetőleg bemutató három csoportot vél megkülönböztetendőnek: 1. A ritka rohamos, mintegy apoplectiform kezdet. 2. Esetek, mikor a tabesnek klassikus kórképéhez tartozó subjectiv érzések képezik huzamos időn át a beteg subjectiv panaszát s itt főleg a lancináló fájdalmak s a hólyagzavarok szerepelnek. 3. A tabes-esetek egy csekély számánál végül a fejlődő szervi gerinczagybántalomnak első manifestatioja egy a tabes klinikai kórképétől eltérő, önállónak látszó idegbántalom, melynek nem önálló, hanem csupán symptomás jellege csak évek mulva derül ki. Ezen kifejlődési módozatra nézve bemutat két esetet, melyek egyikében trigeminusneuralgia, a másikban hemicrania képezték éveken át az idegrendszer bántalmának kizárólagos tünetét, melynek izolált persistálása mellett csupán néhány esztendő mulva bontakoztak ki a tabes dorsalisnak félreismerhetetlen klinikai tünetei. Az ilyen esetekre nézve bemutató épen a tünetnek isoláltságát és persistálását tartja jellegzetesnek, minek analogiáját Moravcsik a paralysis progressiva symptomáira nézve is jellemzőnek mondja.

A bemutatott esetek: 1. 45 éves nem terhelt férfiú. Első izben 1890. októberben jelentkezett a jobb alsó trigeminuság területére szorítkozó typusos neuralgiás arczfájdalmakkal; e eddménytelen belső és villamos kezelés után neurektomia, melynek fájdalmaira nem volt semmi befolyása. Állapota 1892-ig tűrhető volt, de ezóta fájdalmai vehemensebben ismétlődnek s 1894 óta néha áttérnek a bal alsó trigeminuságra is. Fájdalmai rohamszerűen jelentkeznek, pillanatnyiak, élesen metszők, néha az alsó ajk kipirosodásával is járnak. 1898-ban huzamos ideig vizeletretentioja volt, 1901 óta vizelete nehezen indul. 1902 óta látása, különösen olvasásnál rosszabbodott. Fájdalmai az arczban jelenleg is fennállanak. Jelenállapot: bal pupillája tágabb és fénymerev; a jobb pupilla fényre alig reagál. Térdtünet és Achilles-inreflex nem válthatók ki. Cremasterreflexe igen élénk. A talpak szélén enyhe hypaesthesia; ízeket a nyelv bal felén pontatlanul jelez. Élénk dermographismus a háton. Ataxia nincs. A jobb trigeminus alsó és középső ága nyomásra fájdalmas. Szemlelet: „Anisokoria. Amblyopia o. u. Robertson. Visus j. o. $^{5}/_{50}$, b. o. $^{5}/_{30}$. Papillák nem teljesen éles határúak, venák kissé teltebbek."

2. 33 éves asszony, ki 1902 óta szakadatlanul áll bemutató megfigyelése alatt. Terhelt, leánykorában sűrű fejfájásai voltak, melyek férjhezme etele után megszüntek s azóta hét éven át teljesen jól érezte magát. 10 évi házassága steril.

1901. ősz óta beteg, typusos hemicrania-rohamokban szenved, fülzúgással és gastrikus zavarokkal; az idegrendszer akkor nem mutatott semmi eltérést s a szokott therapia muló javulást eredményezett. 1903 elején a fejfájásrohamok mellett övérzés is mutatkozott, néhány hónappal később kisfokú incontinentia urinae is. Ugyanakkor jobb pupillája minimálisan tágabbnak bizonyult, térdreflexei rendesek, Achilles-inreflexei kissé fokozottak voltak; 1903. végén a szemvizsgálat normális viszonyokat derített ki. 1904. szeptemberben szakgatások a hátában léptek fel. Októberben a jobb pupilla renyhe fényreactioja mellett a bal pupilla fénymerevnek bizonyult; novemberben pedig első izben jelentkeztek a lábak enyhe lancináló fájdalmai és paraesthesiák a talpakban. Jelenleg betegnél a tabesnek következő tünetei vannak jelen: Jobb láta kissé tágabb és fénymerev, a bal alig reagál fényre. Térdtünet nem változott, Achilles-inreflexe rendesnek imponál, de tekintve, hogy ez $1^{1}/_{2}$ év előtt fokozott volt, e reflexben ez idő szerint határozott gyengülés található. Fájdalomérzése kissé csökkent. Ezenkivül fennállanak enyhe lancinálások, talpzsibbadások, övérzés és incontinentia urinae. Bemutató mindkét esetben a tabes diagnosist kétségtelennek tartja: első betegénél a neuralgia, második betegénél a hemicrania évek óta állanak fenn, közvetlen átmenetük a tabes klinikai tünetcsoportozatába evidens s ezért mindkét esetében az említett önálló idegbántalomnak imponáló neuralgiát, illetőleg hemicraniát a tabes ritkábban észlelhető prodromális tüneteinek minősíti.

Unterberg Jenő: Egy atypusos tünetekkel járó tabes incipiens esetet említ fel, mely egy férfira vonatkozik, a ki 1904. augusztus 30-dikán jelentkezett szólónál. Négy év óta kezdetben kéthavonként, majd gyakrabban jelentkező hányási ingerei voltak, leküzdhetetlen undorral, melytől csak úgy tudott szabadulni, hogy ujját torkába dugta és így mindent kihányt, a mi a gyomrában volt. Utóbbi időben már hetenként felléptek a rohamok. Csupán pupilláris merevség volt jelen (Argyl-Robertson), reflexek megvoltak, sőt fokozottak és lancináló „rheumás" fájdalmak. A gyomor rendellenességet nem mutatott. Három hó mulva a tabesnak teljesen kifejezett képe lépett fel nála. Most sanatoriumban ápolják. Itt crises gastriques voltak a tabesnek korai tünetei.

Röntgen-sugarakkal kezelt rhinoscleroma.

Schein Mór: 36 éves nő, kit Zwillinger Hugó 1904. április 23-dikán mutatott be az orvosegyesületben, mint a scleroma atypusos esetét, melyben a scleroma processusa a torokban mindkét oldalra kiterjedt, az orrban pedig csakis annak bal felére szorítkozott. Az orr baloldali nyilásából akkor egy mogyorónyi daganat domborodott elő, mely a bal vestibulumot egészen kitöltötte és tágította. A daganat felülete egyenetlen, sárgás-zöldes beszáradt váladékból képződött pörkkel volt fedve. Az orrhegy felemelésekor meg volt állapítható, hogy a daganatnak pörkkel nem fedett része sárgás-vörös színű, elastikus, puha. Az orrczimpa a daganatról le volt emelhető. A daganat a vestibulum alapjával és a sövénynyel összefüggött, hátrafelé körülbelül 3 cm.-nyire a sulcus alattig terjedt.

A torokban most is kiterjedt, sugár alakban lefolyó, scleromára charakteristikus hegek láthatók, melyek az uvulát és a két arcus palatopharyngeust a hátsó garatfalhoz rögzítik.

Ha a beteget az orrnak 12 alkalommal megismételt Röntgen-kezelése után megvizsgáljuk, úgy constatálhatjuk, hogy a torokbeli elváltozások változatlanul fennállanak. A leirt mogyorónyi daganat ellenben teljesen eltünt. Az orrban sem maradt nyoma ennek a képletnek. A bal orrszárny, melyet a daganat azelőtt kifelé tolt, minélfogva az távolabb állott az orrsövénytől és a bal sulcus nasalis teljesen elsimult volt, most ugyanazt a configuratiót mutatja, mint a jobboldali. A beteg most bal orrlyukán is tud kevés levegőt felszívni.

A kezelés 2—3—4 heti időközökben oly módon történt, hogy a daganatot felváltva majd az orrnyilás felől, majd az orrszárny felől kitettük a Röntgen-sugarak hatásának. A negyedik expositio után a daganat már lényegesen kisebbedett volt. Az ötödik expositio után teljesen eltünt. A további kezelésnek czélja az volt, hogy a nyálkahártya esetleges mélyebb scleromás infiltratumát is visszafejleszszük és a bal alsó orrjáratot is teljesen szabaddá tegyük. Ezt a czélt már nem birtuk elérni, mert az orrjárat most is szűkült és a beteg most is kevesebb levegőt kap ezen az orrnyiláson keresztül.

A bécsi cs. kir. orvostársulatban Ransi mutatott be hasonló esetet. Az orr szélén több borsónyi, egész babnyi porczkemén infiltratum volt jelen, mely 35 Röntgen-kezelésre teljesen visszafejlődött. Fittig rhinoscleroma két esetében látott kedvező eredményt Röntgen-sugarakkal való kezeléstől.

A Röntgen-sugarak a scleromás szövetre hasonló elective hatást gyakorolnak, mint az epitheliomás és lupusos szövetre. Látjuk ugyanis, hogy a sugarak a daganatra káros hatással voltak, ellenben a környező bőrt, melyet ugyanolyan mennyiségben értek, mint a daganatot, minélfogva az is a Röntgen-reactio képét mutatta, semmiféle módon nem károsították.

Zwillinger Hugó: Mint ismeretes, a scleroma ellen eddig radikálisan ható, azaz azt gyógyító szerünk vagy eljárásunk nincsen, az eddigi étetések, befecskendezések a scleromás szövetbe, sebészi eljárások czélra nem vezettek; így érthető azon iparkodás, mely többek között bemutató tagtársat is vezérelte, hogy ő a Röntgen-sugarakban ilyen radikális szert találjon; hogy mennyire sikerült ez, azt az idő folyamán a tapasztalat fogja bizonyítani. Hisz ott, a hol, mint az orrban, a torokban illetve garatban, az elváltozások oly könnyen hozzáférhetők, ott éles kanál segítségével a functionális zavarokat, melyek szűkületek vagy összenövések által keletkeztek, ideig-óráig, sőt 1—2 évre be lehet szüntetni, recidivák esetében az eljárás, kikaparás vagy tompa műszerekkel való leválasztás újra eszközölhető s ismeretes azon körülmény is, hogy idő multán a betegség meggyógyul. Máskép áll a dolog laryngo-tracheo-scleroma által okozott gégeszűkületeknél, a kemény szűkítő dudorok tágítás illetve nyomás által nem, vagy nehezen kisebbíthetők, úgy hogy kénytelenek vagyunk l ryngofissio útján a scleromás részleteket eltávolítani. Lehetséges lesz talán a reactiót, ez képezi ez esetekben a veszélyt, annyira csökkenteni, hogy sikerülni fog porczon keresztül való kitételre ugyanily eredmény elérni, mint a milyent ma alkalmunk van látni. Gégeráknál ez eljárás már foganatosítva lett.

Navratil Imre: Örvendetes, hogy a késen kivül a scleroma ellen a Röntgen-sugarakban van olyan szerünk, melyivel a scleroma ellen sikerrel küzdhetünk. De a mélyen székelő és nagyobb kiterjedésű scleromát nem tudja, lehetne-e eredménynyel így gyógyítani. Az ő eseteiben sikerrel alkalmazta a sebészeti eljárást, mely a legbiztosabb szer és két évig tartott recidivamentességet is észlelt. Kiirtotta néha az egész orrot és plastikát csinált a homlokból, vagy a felső ajkat irtotta ki scleroma miatt és az arczból pótolta a hiányt. A gégebeli állapotot illetőleg osztja *Zwillinger* tagtárs nézetét. Ha O'Dwyer tubus nem vezet czélhoz, laryngofissiót kell végezni és igy kitakaritani a scleromát. Sőt az egész gégét is ki lehet irtani, ha a tracheába nem terjed a scleroma.

Baumgarten Egmont: Elül ülő scleromáknál a Röntgen-sugaraknak igen jó hatásuk lehet. Sajnos, hogy a mélyebben ülő sclerománál

nem alkalmazhatók a Röntgen-sugarak. Hogy mikor fog az eset recidiválni, azt majd meglátjuk. A Röntgen-therapia szerinte sclerománál és sarcománál bevált, míg carcinománál kevésbbé vált be.

Zimmermann Károly: A scleromát általában a scleroma-bacillus által előidézettnek tartjuk, bár vannak, kik a rhinoscleroma bacillusával a Friedländer-féle és az ozoenabacillust azonosítják. Kórokozó voltát feltéve, szóló az I. sebészi klinikán már 1902. évben koson, majd szamáron állított elő rhinoscleromás bacillust oldó serumot; kéri az orvosegyesület tagjait, hogy inoperabilis scleroma-eseteket utasítsanak a klinikára kisérletezés czéljából.

Schein Mór: Köszöni a hozzászólásokat. Nyálkahártya-scleromát szóló is megpróbált a bőrön át besugároztatni, de eredmény nélkül. A pharynxot ki lehet tenni direkt besugároztatásnak ólomcsövön át (Ranke), de ennek hátránya, hogy a Röntgen-fény nem adagolható így a Holzknecht-féle chromoradiometerrel, hanem óvatosan refracta dosi kellene applikálni.

Pylorustáji szükület két esete.

Unterberg Jenő: A. F., 32 éves, munkás, körülbelül két év óta mind gyakrabban hány, rendszerint igen savanyú, néha kávéaljszerű hányadékot. Hasának jobb oldalán egy göbös, a légzést követő resistentia van jelen, mely felett a kopogtatási hang tompa és területén locsogás váltható ki. Miután a göbök két év óta állottak fenn, továbbá a gyomortartalom vizsgálata alapján, főleg a negativ Gluzinsky-féle reactio folytán és a fiatal kort is figyelembe véve, daczára a beteg cachectikus kinézésének, benignus adhaesiv perigastritisnek tartotta a bajt, a mit a gastroenterostomosis beigazolt. A műtét óta több hó telt el. Néhány tünet újabban recidivált.

A másik beteg: F. A., 26 éves, hivatalnok. Ennél a hyperaciditás syndromája volt jelen: 135-ig terjedő aciditás, székrekedés, úgynevezett phosphaturia. Később pylorusstenosis tünetei léptek előtérbe erős fájdalmakkal és gyakori hányással. A gyomortartalomban és a bélsárban egymástól függetlenül vér volt kimutatható a naponta megejtett vizsgálatkor. Ebből ulcus pylori et duodenire kellett következtetni. Lassan hegedés állt be gyakori csuklás és szapora pulsus, sőt rövid ideig tartó fájdalmas peritonealis rohamok kiséretében. Végül rohamai alatt egyazon időben májtáji érzékenység volt jelen és a roham után sok epét hányt, míg roham alatt epe a gyomorban nem volt.

Ezen és sok más tünetből stenosis pylori et duodenire kellett következtetni epehólyagodanövéssel és legnagyobb fokú szűkülettel a duodenumban. A műtét, mely az epehólyag laza összenövéseinek leválasztásából és gastroenterostomosisból állott, a diagnosist minden részében megerősitette. A műtét óta panasza megszünt. Beteg 17 kilót hizott 5 hét alatt. Székrekedése egy csapásra megszünt. Colitis mucosája sem tért vissza, valamint phosphaturiája sem.

Az eseteknek főérdekességét abban találja az előadó, hogy a tünetek csoportosulása nemcsak a ritkán kimutatható duodenális szűkületet, hanem az epehólyagodanövést is megengedte in vivo diagnostizálni.

Benedict Henrik: Azon esetek, melyekben a duodenum az epehólyaggal össze van nőve, nem ritkák, de a diagnosis csak hozzávetőleges lehet. Az a körülmény, hogy a fájdalom a jobb bordaiv alatt van, nem bizonyit okvetlenül a mellett, mert ulcus duodeni mellett, tőle függetlenül előfordulhat cholelithiasis és a tünetek könnyen combinálódhatnak. Az a bizonyos vállfájdalom, mely a cholelithiasisra jellemző, előfordul pylorus- és duodenum-bántalomnál is összenövés nélkül. És ez gyakorlati szempontból fontos. Ha homályos fájdalmak vannak a has jobb felében, melyek punctum maximuma nem mutatható ki, ha appendicitis, cholelithiasis, nephrolithiasis között kell döntenünk, akkor egy fogást alkalmazunk. A májból kiinduló fájdalomnál a váll nyomásra fájdalmas és ha nem fájdalmas, akkor a IV. cervikális csigolya processus spinosusa nyomásra igen fájdalmas, mert a phrenicusnak itt a gyöke.

A bemutatott esetben hozzájárult a diagnosishoz, de nagy ritkaságot nem lát az esetben.

Unterberg Jenő: A beteget szóló küldötte a klinikára. Ismeretes előtte, hogy a duodenális fekélynél első sorban a pankreassal, másodsorban az epehólyaggal jöhet létre összenövés, de ezt diagnostizálni nagyon nehéz és szóló ezt megdiagnostizálta.

Az oesophago-tracheális sipolyok gyógyitása. Egy újabb bárzsingvarratról. (Kisérleti tanulmány.)

Navratil Dezső: Előadó röviden ismertet egy esetet, mikor egy 28 éves férfinál oesophago-tracheális sipoly volt jelen. Ő ezen esetet Dollinger tanár klinikáján észlelte. Beteg 1903. február 1-jén kereste fel a klinikát, hol nyakán tuberculosus nyirokmirigyből eredő tályognyitás történt. 1903. szeptember 27-dikén nehézlégzéssel és nyelési nehézségekkel jelentkezett. Dollinger tanár a beteget gondosan megvizsgálta oesophagoskoppal és tükörrel s kitünt, hogy egy oesophago-tracheális sipolya van, mely 25 cm.-nyire fekszik a fogsortól s mely 19×5 mm. nagyságú. Az elgyengült férfinál október közepén gastrostomia végeztetett táplálás czéljából. Beteg november 7-dikén meghalt. Mindeddig tuberculosus alapon vélték a sipoly fennállását, a mit a baloldali tüdőcsúcs infiltratioja is megerősiteni látszott, bár a köpésben tuberculosis-bacillusok nem voltak kimutathatók.

Az obductio kimutatta, hegy a sipolyt egy gumma szétesése okozta, a tüdőbeli elváltozások is syphilises eredetűek voltak. Előadó a praeparatum jól sikerült photographiáját mutatja be.

Ezen eset indította előadót arra, hogy kutyákon kisérleteket tegyen sipolyok létesitésével és zárásával.

Ismerteti e ritka kórkép nagy irodalmát. Mondière 1829-ben volt az első, ki e kérdéssel foglalkozott. Az 1889-ig megjelent, e térre vonatkozó összes munkákat Sirot thesisében összefoglalva találjuk. Ő 75 esetről számol be, de itt nemcsak a oesophagus és trachea hanem az oesophagus és az összes légutak között előfordult sipolyokat ismerteti. E 75 eset közül kettő műtét után, egy spontan gyógyult, a többi meghalt. Spontan gyógyult Garell esete, hol is abortus után fellépett tályog tört át a bárzsingba, illetőleg tracheába. Előadó precis látta a Killián-féle tükrözéssel mélyen a tracheában a perforatio helyét, mely olyan volt, mint a tuba nyilása rhinoskopia-postoriorral a garatűrben. Műtéttel gyógyult Gangolphe esete, hol beteg egy fogsort nyelt, melyet szerző egy baloldali pharyngotomiával távolitott el. Továbbá Poncet és Benard esete, hol actinomycosis idézte elő a sipolyt, melyhez szerzők tracheofissio útján hozzáférve, azt kikaparták.

Pieniazek munkájában öt ilyen eset van ismertetve, melyek közül gyógyult az az eset, mikor szerző egy a tracheában ülő scleromát távolitott el, s ekkor Cowper-ollóval communicatiót létesitett a trachea és bárzsing között.

Az 1892-ig megjelent munkák összességét Malkashian thesisében találjuk összefoglalva, melyben a Sirot f. műben ismertetetteken kivül öt új eset van leirva. Chavier esete gyógyult, hol is beteg egy fogsort nyelt, melyet szerző pharyngotomiával távolitott el. Weiss esetében csontot nyelt a beteg, mely pharyngotomia útján távolittatott el, de beteg myocarditis miatt meghalt. Gerster esetében az oesophago-tracheális sipolyt egy gomb okozta. Guattani esetében egy gesztenye volt az oesophago-tracheális sipoly és halál oka.

Előadó ismerteti továbbá azon okokat, kórokat, melyek oesophago-tracheális sipolyt létesithetnek. Említi először a traumákat, s pedig a direkt traumák közül Pieniazek esetét, a Cowper-ollóval mesterségesen készitett sipolyt; Sawtelle esetét, hol egy löveg az oesophagus és trachea közt hatolt át, de sem az oesophagust, sem a tracheát nem sértette.

Direkt traumáknak fogja fel előadó, ha lúg és marógőzök jutnak be a tracheába, ekkor ha nem gondosan, nagy elővigyázattal sondázunk, könnyen sipolyt okozhatunk a két szerv között. Ugyanez áll carcinoma oesophaginál is, hol a sipolyt sonda okozhatja. Indirekt traumák lehetnek a bárzsing részéről idegen tárgy, mely akár hosszabb fekvése által okoz decubitust illetőleg perforatiót, akár mint éles tárgy mi djárt a lenyelés után.

Aneurysma, mely a bárzsingot szűkiti s igy tápiálkozás alatt a bárzsing nyákhártyája usurálódik, esetlegesen az infectio közbejötte folytán szintén előmozditja a sipoly képződését. Tracheába helyezett canule a trachea hátsó falán decubitust okozhat.

A sipolyok keletkezésénél talán mégis legfőbb momentum a carcinoma.

Előadó körülbelül 40 ismertetett esetről tesz említést, s valószinűleg jóval több azok száma, melyeket a kórbonczoló bonczolás közben talált.

Tuberculosis is okozhat sipolyt akár a tracheán támadt tuberculosus fekélynek a bárzsingba való áttörése, akár a bárzsing és trachea között lévő tuberculosus mirigy szétesése folytán.

További ok lehet syphilis, mint a bemutatott esetben is az volt, s mint az irodalomban is egy, még a helyre nézve is teljesen megegyező eset van felemlitve.

Typhus, scarlatina is okozhat sipolyt, az irodalomban két eset van ismertetve, de a sipoly nem a légcső és bárzsing, hanem a légcső és tüdő közt jött létre.

Actinomycosis is lehet oka a sipolynak, mint azt Poncet és Benard esetében láttuk. Trophoneurotikus zavar is okozhat sipolyt, mint ez az irodalomban fel is van emlitve, de előadó azt hiszi, hogy ennek oka is lues volt.

Régente nagy súlyt fektettek az oesophago-tracheális sipoly kórismézésénél az egyes tünetekre, milyenek voltak a Rühle és Gerhard által emlitettek; ma, mikor oesophago- és tracheoskop kéznél van, akár lokális érzéstelenitésben, akár narcosisban nagyon könnyű a diagnosis. Előadó ezután saját kisérleteinek bemutatására tér át és egy kutyán a kotott oesophagotracheális sipolyt mutat be fényképen, melyet azonban előadó zárni nem tudott, mivel a kutya az operatio után harmadnapra broncho-pneumoniában kimult.

Előadó kiemeli, hogy az oesophagus és trachea között sipolyt alkotni a biztos bronchopneumonia veszélye nélkül lehetetlen. E végből egy kutyánál tracheafissiót végzett és a tracheát felfelé teljesen kitamponálta száraz jodoformos mullal, s a trachea alsó felébe canulet helyezett. A kitamponált részen az oesophagus és trachea közt egy sipolyt létesitett, melyet másnap, mikor a sipoly már complet volt, zárni akart, de a trachea és bárzsing csomós varrata szétvált, a bárzsing varrata még kétszer, bár az utóbbi alkalomkor a mucosán át nem menő dohányzacskó-varrattal iparkodot a bárzsingot összehúzni, de ekkor a bárzsing seb akkora volt, hogy azt zárni nem lehetett. A kutyát leölte.

A bárzsingvarratok tökéletlensége késztette előadót, hogy azok irodalmát behatóan tanulmányozza, a mit Balacescu és Kohn czikkében, mely 1904-ben jelent meg, a maga teljességében meg is talált. 310 bárzsingsebzést ismertet, melyek közül 179-ben volt megkisérelve a bárzsingvarrat, s csak 10-ben volt prima az egyesülés. Kilátszik, hogy ily alkalmatlan varratra egy oesophago-tracheális sipolyt rábizni nem szabad. 1868-ban Cheever varrta először az oesophagust egy sorban. Gervais csak a mucosát varrta. Abbé s a többiek külön varrták a mucosát, külön a muscularist. Előadó egy kutyánál, hol baloldalt 1 cm. bárzsingmetszést végzett, kétszer varrta be a bárzsingsebet Abbé sze-

rint, de ez mind a kétszer kiszakadt; erre egy dohányzacskó-varrattal tett kisérletet, mely a mucosán nem hatolt át, s a mely varratra futó izomvarratot alkalmazott. Előadó a körülbelül 1½ cm. hosszú bárzsing-seb primára gyógyult voltának fényképét mutatja be, hol a seb közepén kis diverticulum látható.

Előadó egy kutyán megismételte a legutóbb emlitett oesophago-tracheális sipoly készitését, de itt nem szárazon, hanem vaselin-jodoformmal tamponálta a sebet, mivel a száraz tampon decubitust okozott. Ezután zárta a sebet az előbb említett varrattal s a tracheát is egyesitette. A gazet a tracheából eltávolította, a kutya pár napra bronchopneumoniában elpusztult, mivel a varratok szétváltak.

Előadó ekkor már munkáját abba akarta hagyni, de sikerült egy olyan kaucsuk-gombot készíteni, melynek segélyével sipolyt létesitett ugyan, de a gomb a communicatiót az oesophagus és trachea közt kizárta. Egy nap mulva a sipolyt szétfejtette, a bárzsingot az előbb említett varrattal zárta, a trachea sebét zárta, s a bronchopneumonia veszélyére való tekintettel a kettő közé egy gazecsikot helyezett.

A varratok elég jól tartottak, csak kis területen vált szét az oesophagus és trachea, ezek azonban kellő gondozás mellett besarjadztak, s a kutya meggyógyult.

Ugyanezt kisérelte meg előadó egy másik kutyánál, mely szintén meggyógyult. Mindkét kutya fényképét bemutatja. Egy harmadik kutyánál situs inversus viscerum volt jelen, s ez okozta, hogy, mivel a baloldalt alkotott bőrmetszés nagyon ráfeküdt a tracheára, igy nem volt jól drainezve, s a kissé szétvált varratok miatt a kutya bronchopneumoniát kapott s elpusztult.

Mindeme esetek azonban nem voltak kielégitő eredményűek, s igy előadó egy kutyánál, a hol a bárzsingot és tracheát a sipoly szétválasztása után bezárta, az eddig félrehajtott vagy exstirpált pajzsmirigyet nyomta a két varrat közé s a bárzsing-varrat per primam gyógyult. A trachea kis széjjelválása pár nap alatt begranulált s a mellékelt photographia a legideálisabb gyógyulást bizonyitja, úgy a trachea, mint a bárzsing részéről. Előadó azután az egyes kórképek therapiáját ismerteti, a mennyiben traumás sipolyoknál a trachea és bárzsing széjjelválasztását, s közibök jodoform tamponok helyezését ajánlja, mig a sebszélek fel nem tisztulnak, azután az utóbbi esetben ismertetett eljárást ajánlja. Ugyanezt ajánlja kis tuberculosus fekélynél, hol a folyamat a szervezetben még előre nem haladt. Ugyancsak luesnél, luesellenes kúrának megelőzésével. Ugyanazt ajánlja typhusnál, scarlatinánál, actinomycosisnál s hasonló kórképeknél. Nagy kiterjedésű tuberculosus sipolyoknál, hol a szervezet erősen megtámadt, valamint carcinománál a gastrostomiát ajánlja. Mélyebben fekvő kórképeknél esetlegesen a Sauerbruch-féle kamara is igénybe vehető. Előadása végén köszönetet mond Dollinger tanárnak a szives jó tanácsokért s az eset átengedéséért, Genersich tanárnak a praeparatum átengedéséért, Paleta és Entz kartársaknak a kutyák kórbonczolásáért s végül Holzwart tanársegédnek a sikerült fényképekért.

Donogány Zakariás: A beteget, kiről előadó szólt, késő este látta. Betegen érkezett messziről súlyos légzéssel. Baloldali recurrens bénulást konstatált nála és Killián szerint vizsgálva, a VI—VII. tracheális gyűrű magasságában levő granulatiót tuberculosus folyamatnak tartotta.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

(V. előadás 1905. évi február hó 14-dikén.)

A méhrákról.

Tauffer Vilmos: A méhrák egyes alakjainak és azok klinikai dignitásának tárgyalása után saját tapasztalatairól számol be. A 2. sz. női klinikán 1881-től 1904. junius végéig 34,128 ambuláns beteg között 1801 (5·27%) méhrákos jelentkezett. Ezen idő alatt 172 esetben végezte a rákos méh teljes kiirtását. Ezek közül a műtét után közvetlenül elhalt 19 (11·04%), az utolsó 100 operált eset mortalitása már csak 5%. A műtéti módok közül legjobban bevált a vaginális úton való kiirtás, az abdominális úton való tetalexstirpatiót csak olyan előrehaladt esetben végezte, melyben a hüvely felől való műtét már nem volt lehetséges. Öt esetben terhességgel complikált rákos méhet irtott ki. A gyógyulási eredményeket illetőleg az 1901-diki giesseni kongressus határozatait véve tekintetbe, vagyis leszámitva a műtét után közvetlenül, az öt éven belül elhaltakat és az ismeretlen kimenetelű eseteket, véglegesen gyógyult az esetek 40·58%-a; vagyis 1905 januárjában, leszámitva a leszámitandókat, az operáltak közül 28 biztosan él és egészséges. — A végleges gyógyulást csak a korai operatio biztositja. Ezért meg kell kivánnunk minden orvostól, hogy minden vérzésben és folyásban szenvedő nő genitaliáit haladéktalanul, legyőzve minden ellentállást, megvizsgálja. Meg kell kivánnunk, hogy az orvosok a rák kezdődő tüneteit és a szükséges vizsgálati methodusokat (feltárás, ékkimetszés, méhkaparás) jól ismerjék, továbbá, hogy az ország minden részében fejlődjenek központok (klinikák, bábaiskolák, kórházak), a hol a histologiai diagnosis és a totalaxstirpatio haladéktalanul megtörténhetik. Ha azután a dolog orvosi része annyira fejlödött, akkor az lesz feladatunk, hogy a publicistika útján a művelt női közönséghez fordulva, kitanitsunk minden intelligens nőt, hogy mire vigyázzon magán és környezetén és mit tegyen idejekorán, ha gyanús tüneteket észlel.

A legközelebbi előadás február hó 21-dikén kedden este 6 órakor lesz. Tárgya: *Dirner Gusztáv* előadása a méh helyzetváltozásairól.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1904. évi január hó 25-dikén.)

Elnök: **Feleki Hugó.** Jegyző: **Deutsch Arthur.**

Emődi Aladár: Retentio urinae acuta reflectoria. R. Gy., 45 éves, hordár, f. évi január hó 15-dikén jelentkezett a poliklinika Feleki magántanár vezetése alatt álló urologiai rendelésén azon panaszszal, hogy már több mint 18 óra óta egy csepp vizeletet nem képes üriteni. A jól fejlett, rendes csontrendszerű, magas testalkatú beteg tápláltsága közepes, arczszine, valamint a látható nyálkahártyák halaványak, anaemikusak.

Hat év előtt állitólag luest aquirált, melyet akkor alaposan gyógykezelvén, azóta semmi erre gyanús jelenség nála nem mutatkozott. Öt év előtt kankóban szenvedett három hónapig. Sohasem masturbált. 1902-dik évben, tehát körülbelül két év előtt, magas lázzal járó betegségben szenvedett, a mikor is — vallomása szerint — három napig nem tudott vizelni; a láz megszünte után azonban a vizelés ismét rendes lefolyású volt. Három nap óta székrekedése van és egyébként is habituális obstipatioban szenved. Előző nap állitólag átfázott.

Status praesens urolog.: P. nem képes vizelni, bár minden 2—3 perczben erős ingere van. A has előredomborodó, resistens. Kopogtatásra: a symphysistől számitva két harántujjnyira a köldök alattig a középvonalban mindenütt tompa hangot nyerünk. Pöcscapolás. Félkemény katheteren, melylyel a sphincter ellenállását legyőzni sikerült, körülbelül 800 gm. vizelet bocsáttatott le. A vizelet kiürülése erős áramban történik. A borsárga vizelet vegyhatása savi, fajsúlya 1024, albument és czukrot tartalmaz. Vesealakelemek nem találhatók benne. A húgycsőben lobos duzzanat vagy szűkület nincs. A prostata normális. Miután a retentio okát az urogenitális tractusban nem találta, pontosabb idegkórtani vizsgálat czéljából *Schaffer* tanárhoz utasitotta a beteget, egyben erős hashajtót rendelvén számára. *Január 15-dikén.* Az idegkórtani lelet súlyos neurastheniát állapit meg. A hashajtóra bő székürülés állott be, a midőn is a bélsárral együtt egy körülbelül 20 cm. hosszú *ascaris lumbricoides* is távozott. Vizelni tud, de a sugár megmeggyengül, akadozik. Residuális vizelet: 150 gm. *Január 16-dikán.* Vizelet rendes. Residuum nincs. Ettől fogva, bár a beteget megfigyelés alatt tartotta, retentio nem lépett fel, de a beteg vizeletsugara némelykor megmeggyengül (vizeletakadozás, begaiement) és a vizelés kezdetekor némi retardatio áll fenn.

Melyek már most azon okok, a melyek jelen esetben a retentiót létrehozták? Ugy habituális obstipatio, mint ascaris sok betegnél előfordul és mégsem okoznak ily nagyfokú hólyagzavart. Kellett tehát, hogy ez egyénnél erre nézve hajlamosság lett légyen, a minek különben az általa emlitett két év előtti retentio is bizonyitéka lehet. Ez a hajlamosság a nála megállapitott *súlyos neurasthenia*, melynek más, állandóbb hólyag-neurosisok is következményei voltak, úgymint a betegnél megfigyelhető retardatio és vizelet akadozás.

Látjuk tehát, hogy a három componens, azaz a súlyos neurasthenia, az obstipatio és az ascaris együttes hatása nyilatkozott meg a vizeletrekedés jelen esetében és bár az alkalmi ok — tekintve, hogy a beteg gyakrabban szenved székrekedésben és retentio mégsem jön létre — okvetlen az ascaris volt, mégis el kell ismernünk, hogy ez csakis neurastheniás egyénnél fejthetett ki ily hatást. Sőt tovább menve, bizonyos párhuzamot is láthattunk a két functionális zavar: az *obstipatio-zavar és a vizeletrekedés* között, melyek mindegyikének ugyanazon alapoka lehet. Ezen feltevést megerősiti az is, hogy az ideggyengeség ellen azóta kezelt betegnél úgy a bél, mint a hólyag zavarai lényegesen javultak.

Török Lajos és Schein Mór: A Lortet- és Genoud-féle (Finsen-kezelésre szolgáló) készülék módositásának bemutatása. A Lortet- és Genoud-féle készülék hátrányait, különösen annak nagy fényveszteségét az által törekedtünk kiküszöbölni, hogy a tányéralakú üreges edényt megkisebbitettük, hogy a készüléket függélyes rúdra csavartuk rá, hogy a szénelektrodok szabályozására szolgáló complikált készüléket kirekesztettük és a sok csavart és rudat egy harmadik gyűrűalakú edénynyel helyettesitettük, melyen viz áramlik át és melyben az önállóan lehűtött szénelektrodok vannak, a melyek egymással 45° szöget képeznek és csak függélyes síkban mozgathatók el egymástól. Iparkodtunk lehetőleg zárt, egyszerű, könnyen kezelhető lámpát szerkeszteni, melynek fénye lehetőleg kihasználtatik és nem vakit.

A mi lámpánk három egymásba tolt, vizzel átáramolható edényből áll. Az elülső edény elülső plan convex és hátulsó plan-plan quarzlencséből áll, melyek közös fémgyűrűbe vannak foglalva. Az elülső lencséhez nyomjuk a kezelendő bőrrészletet, hogy belőle a vért kinyomjuk. Közvetlenül a hátsó quarzlemez mögött vannak a 45°-nyira egymásfelé hajlitott elektrodok, melyeknek csúcsai között keletkezik az ivfény.

A szénrudakat hátulról tetszés szerint beállitható homorú fémtükör veszi körül, mely a ráeső fényt előre vetiti.

A második edény a Lortet- és Genoud-féle készülék tányéralakú edényének felel meg: kúpalakú, arra szolgál, hogy a fénysugarakat a betegtől távoltartsa és a lencsék fémfoglalatát hűtse. Aránylag sokkal kisebb és nem oly lapos, mint Lortet és Genoud megfelelő tányérja. Ez edény egyik oldalán kerek, sötét üveglappal elzárható rövid fémcső van. Ezen át a széncsúcsok egymástól való távolsága és állása mindig

ellenőrizhető. A széncsúcsok egyszerű kézi szabályozóval közelithetők egymáshoz.

A leghátulsó gyűrűalakú, üreges edény a szénelektrodokat tartalmazza és azok hűtésére való.

A 18—20 ampérenyi ivfényt 20—30 perczig engedjük hatni. A photochemiai hatás ceteris paribus sokkal erősebb, mint a Lortet és Genoud készülékénél. A készüléket több lupus-esetben, lupus erythematodes egy esetében és alopecia areata egy esetében használtuk.

A lupus-esetek részben javultak, részben ez idő szerint gyógyultaknak tekinthetők, az alopecia areata meggyógyult, a lupus erythematodes keveset javult.

Kiterjedt lupus-esetekben a Roentgen- és Finsen-fény kombinált alkalmazását, valamint más gyógymódok alkalmazását találtuk czélszerűnek.

Huber: A bemutatott Böke-féle készülék tulajdonképen a *Lortet-Genoud*-féle készülékből fejlődött ki, azon készülékből tehát, a melyről szóló két év előtt az Orvosegyesületben tartott előadásában kijelentette, hogy az a *Finsen*-féle kezelésre nem alkalmas; azóta mások is ily kedvezőtlenül nyilatkoztak e készülékről. A mennyiben azonban megvolt e készüléknek azon előnye, hogy olcsóbb volt és könnyebben is volt bárhol berendezhető, mint az eredeti *Finsen*-készülék, beállott annak a szüksége, hogy az eredetileg tökéletlen *Lortet-Genoud*-készülék tökéletesittessék; a tökéletesités abból állott, hogy az Amp.-szám fokoztatott 40 A.-ig; mivel azonban a *Finsen* által végzett labora oriumi kisérletek ma már részben végleges érvényű kriteriumokat állapitottak meg a fénynek a bőrbe való hatolását illetőleg — a *módositott Lortet-Genoud*-készülék pedig e kriteriumoknak szintén *nem* felelt meg —, érthető, hogy a javítás munkája is tovább folyt; igy jutottunk volna el az itt bemutatott *Böke*-készülékhez, a mely a Lortet-Genoud-készüléknek úgyszólván már csak az alakját tartotta meg, nagyjában pedig közel áll a *Finsen*-concentratorhoz, a mely az utóbbi évek óta lényegesen nem módosittatott, jeléül annak, hogy az — legalább a mig jobb nem jön — eddig a legjobb.

A bemutatott készülék már mindenesetre jobb a *Lortet-Genoud*-féle készüléknél, de még sok javításra szorul, hogy az minden lupusos bőrfelülethez kényelmesen és sikeresen adaptálható legyen. Hiányos rajta az, hogy az ú. n. nyomóüveg nincs tőle separálva, hiányos továbbá, hogy a használt concentráló lencserendszer focusa jóval kisebb mint az eredeti *Finsen*-concentratoroknál, úgy hogy ezen készülékkel jóval kisebb terület kezelhető egyszerre, mint a Finsen-concentratorral, pedig már ez is elég kicsiny. Hátrányos továbbá, hogy a készülék meglehetősen nehézkes szemben azon új készülékkel, a melyet *Finsen* és segédje *Reyn* legújabban összeállitottak, a mely egyes kezelésre alkalmas és a mely majdnem ugyanolyan erős hatást fejt ki, mint az eredeti *Finsen*-concentratorok. Nincs tehát semmi szükség arra, hogy új készüléket szerkeszszünk, a mikor — ha épen egyes kezelésről van szó — már a bemutatottnál sokkal jobb, compendiosusabb és a mi a fő, *hatásában* is kipróbált készülék áll rendelkezésünkre; nem utolsó dolog végül, hogy a *Finsen Reyn*-készülék a beszerzési ár és üzemköltségek tekintetében is előnyösebb, mint a *Böke*-féle instrumentarium.

Addig tehát, a mig az újabban szerkesztett olcsóbb készülékek szerkezete nem lesz olyan, hogy azok használhatóságukat illetőleg már *theoretikus okoknál* fogva sikerrel kecsegtetnek és főleg addig, a mig az ezen olcsóbb készülékekkel elérendő *gyakorlati* eredmények nem fogják a nagy műszerekkel eddig elérteket csak megközeliteni, ajánlja mindenütt, a hol csak lehet, az eredeti *Finsen*-concentratorok alkalmazását.

Basch: A mérnök, a ki különben szabadalmat is vett műszerére, nála is járt és mivel magyar készülékről volt szó, rendelt is egyet. A készüléket hiányosnak találta, de ezen hiányokon nagyrészt segitett. Kifogásolja a tükröt a fényforrás mögött, melynek az volna a czélja, hogy azon fénysugarakat, melyek a fényforrásból nem a lencsére, hanem hátramennek, a lencsére reflectálja. Ez azonban physikai okoknál fogva nem lehetséges. Durva kisérletekkel meggyőződött, hogy a lencsenél kikerülő fény erőssége egyforma volt, akár alkalmazott tükröt, akár nem. Ezért a tükröt, mint felesleges alkotórészt elhagyta.

Kifogásolja továbbá a lencserendszert, a mennyiben a *Lortet-* és *Genoud* féle készülék mintájára készült lencserendszer, ha azt egyszersmind nyomólencsének is használják, minimális mértékben concentrált fényt ad. Ezért csak oly módon tartja a készüléket hasznavehetőnek, ha a kezelendő bőrterületre a Finsen-féle hűtő-nyomó-készüléket külön az előbb emlitett lencserendszertől körülbelül 6—8 cm.-nyire alkalmazzuk.

Kifogásolja még, hogy a plan-plan convex lencsékből álló concentráló lencserendszer a 40 ampérenyi izzólámpafényből aránylag keveset vehet át, s e miatt tervbe vette a 6—8 cm. átmérőjű lencserendszer alkalmazását. Igy tehát a bemutatott *Böke*-féle készüléket tisztán *Finsen* módszere szerint alkalmazza és a reactio tekintetében is utóbbival egyenértékűnek tartja. Érthetőnek tartja különben azt, hogy *Török* és *Schein* nem értek el jó eredményt készülékükkel, mert ők fél akkora vagy még gyengébb fényforrással és *Finsen*-féle nyomó-hűtőlencse nélkül, alig concentrált fénynyel dolgoztak.

Az exponálási időt illetőleg szintén igy tapasztalja, hogy minél hosszabb ideig exponál, annál mélyebb hatást ér el, mert bár élettelen bőrdarabokkal végzett kisérletek kimutatták, hogy a chemiai sugarak legfeljebb $^1/_2$—2 mm.-re hatolnak azon keresztül, ezen kisérletek az élő szövetekre nem érvényesek és meg van győződve, hogy nyomás útján, kellően vértelenitett bőrön át a subcután rétegben is elérhetünk chemiai sugarak útján hatást. Erről az az egyszerű kisérlet is meggyőz, hogy ha újjal nyomás nélkül elfödi a lencsét, az üterek rajzát tisztán látja. Ha azonban az ujjat jól rányomja a lencsére, akkor egynemű vörös fény csap át az ujjakon.

Schein: Egyetért a felszólalókkal és beismeri, hogy a nyomókészülék és a concentrator alkalmazása által a készülék meg fog felelni az eredeti Finsen-féle készüléknek.

Török: A szerkezet előnye, hogy accessibilis, nem kell hozzá nagy berendezés és igy minden szobában berendezhető.

Schein Mór Hypertrichosis és spina bifida.: A keresztcsont háromszögű alakjának megfelelőleg egy háromszögű szőrös terület látható; az egyes szőrszálak jelenleg, a mikor le vannak vágva, 8 cm. hosszúak. A szőrös terület egy szőrtelen területet határol, mely a középvonaltól balra fekszik, 6 cm. hosszú, 4 cm. széles. Ezen a területen még a lanugo is hiányzik. A területnek a közepén egy 2 cm. hosszú és 1 cm. széles ovális heg látható a melyen kék erek vonulnak keresztül.

Hogy a hypertrichosist egy spina bifida occulta okozta, azt mutatja az a körülmény, hogy az első keresztcsigolya közepén a tapintóujj egy sekély gödörbe merül, hogy tehát itt a proc. spinosus hiányzik, mely a többi csigolyának megfelelőleg jól kitapintható.

A hypertrichosisnak megfelelőleg hiányzik a proc. spinos. Itt tehát a bőr alapjáról nem kapja azt a növési ingert, mint a környezetben. Az egész keresztcsontot védő bőr növése is visszamaradt, mert itt egy daganat volt jelen, egy spina bifida aperta, melynek visszafejlődésekor a bőr növése nem követhette a keresztcsont növését és ezzel szemben is visszamaradt a növésben. Tudjuk azonban, hogy minél kisebb a bőrfelület növése, annál erősebb a szőrnövés. Ez az oka a spina bifida occultával összefüggő hypertrichosisnak. És ezért szabad minden a gerinczoszlop mentén fellépő hypertrichosisból spina bifidára következtetnünk.

Roth Alfréd Atrophia idiopathica cutis esete: Beteg előadja, hogy már egy év előtt volt a budapesti poliklinikának Török vezetése alatt álló bőrosztályán, a midőn még semminemű bőrelváltozás nem volt észlelhető. Bal karjának érzékenysége miatt a belgyógyászati osztályra utasitották.

Azóta fejlődött ki jelenlegi állapota: a bántalom az egész alkar külső oldalára kiterjed, mely helyen a bőr selyemszerűen fénylő, igen finom ránczokat feltüntető, összegyűrődött czigaretta-papirszerűen vékony, kevéssé hámló, alatta a bőr venái kissé tágultak. A bőr szine barnás-piros, a lanugók hiányzanak. A felkaron atrophia nincs, de itt élénkebb hyperaemia látszik, a mely elmosódott szegélyt tüntet fel. A bal kézhát egész terjedelmében hasonlóan van bántalmazva, a bőr szine itt kékes-piros. Az elváltozások kevésbbé kifejezetten láthatók a bal czomb külső oldalán, a bal térden és a bal malleolus externus tájékán. A beteg helyek érintésre érzékenyek. Idegrendszer részéről elváltozás nem észlelhető. Belső szervek szintén normálisak. Vizeletben idegen alkatrész nem volt található.

Huber: Megjegyzi, hogy neki is volt egy bemutatott esete, a melynél szintén a peripheriáról a centrum felé húzódott az atrophia, mint a jelen esetben.

Detre László (mint vendég): Reinfectio és elsődleges fekély. A modern bőrgyógyászati iskola úgy tanitja, hogy a lueses beteg luesének tartama alatt másodszor nem inficiálható; e tannak alapjául az a megfigyelés szolgál, hogy a még beteg egyén sohase mutat typusos primaer tüneteket. Előadó kétségbe vonja e tannak jogosultságát, a mennyiben nem tartja beigazoltnak, hogy a lues mindig typusos tünetekkel kezdődnék. Felveti azt a kérdést, vajjon lehet-e a betörési kapun létrejövő elváltozások képéből teljes biztonsággal a fertőzés természetére következtetni. Vagy más szóval, nem képzelhető-e el, hogy egy virus egy már beteg állaton más tüneteket okoz, mint a minőket az első alkalommal okozott volt. Előadó e szempontból azokat a tüneteket irja le, a melyeket gümős malaczok újra való beoltásánál észlelt. A tengerimalaczok bőralatti tuberculosis-oltásakor ugyanis olyan tünetcsoport fejlődik ki, a mely nagyon hasonlit a lues által emberen okozott elváltozásokhoz. Kis keményedés, majd fekély, bubós mirigyduzzanatok, végül általános fertőzés: ez a typusos sorrendje a tuberculosus elváltozásoknak. Ha már most fertőzött, például három hét óta gümős malaczot újra fertőzünk tuberculosissal, akkor sem fekély, sem bubo nem fejlődik, noha a gümőbacillusok újra behatolnak az állat testébe és ott superinfectiót hoznak létre, a mit az a körülmény tanúsit, hogy a kettősen fertőzött állatok halála mindig jóval az egyszer fertőzött állatok halála előtt következik be. *Typusos primaer tünetek hiánya mellett is bekövetkezhetik tehát a superinfectio* és minthogy előadó kisérletei szerint nem lehet kizárni azt, hogy e tétel a luesra nézve is fennáll, felhivja a szakembereket, hogy e szempontokból igyekezzenek a rendelkezésükre álló anyagon végzett pontos észlelések alapján a lueses superinfecti kérdését újból revideálni.

Havas: Mint klinikusnak kötelessége a dologhoz hozzászolni, mert a syphilis-fertőzést más dolognak kell tartani, mint például a tuberculosist, a mely chronikus betegség A syphilis oly betegség, mely sklerosis, roseola, adenopathia, bőrkiütés stb. tünetek kiséretben szokott megjelenni. De például már rég ismert dolog, hogy a sklerosis, mint tünet, hiányozhat. (A sklerosis nem azért syphilis, mert *kemény*, hanem azért kemény, mert syphilis.) S igy magából a sklerosisból nem is lehet a diagnosist felállitani, hanem ennél sokkal fontosabbak az általános tünetek. Igy az általános lesoványadása a betegnek, mint congenitális syphilisnél vagy gyenge sovány nőknél. Vannak némely tünetek, mint roseola-papula, melyek néha csak néhány napig vannak meg és sem a beteg, sem az orvos nem észlelheti őket.

Annyi bizonyos, hogy a szakember a reinfectiót a legnagyobb kételylyel fogadja és csak ha szaktekintélylyel van dolga ismeri el. Emlitve van egy eset, melynél 30 évvel az első fertőzés után, de

ugyanazon a helyen ismét syphilitikus fertőzés lépett fel; de ilyenkor sem vagyunk feljogosítva reinfectio, hanem inkább a reinduratio felvételére. Nagy a különbség a recidiv roseola és a friss roseola között, melyet persze csak a szakember tud megkülönböztetni. Más fertőző betegségnél (pl. gonorrhoea) mi is elismerjük a reinfectiót, de a syphilisnél a klinikai symptomákból nem igen tudjuk megérteni. Mert a reinfectio itt csak az lehet, ha a syphilis határozott, törvényes tünetei a kellő sorrendben jelennek meg.

Török: Azt hiszi, hogy az előadó szerint is az a kérdés, vajjon megvan-e már az immunitás, midőn a betegség még fennáll; vagyis, hogy a beteg immunis is, meg nem is. Tény az, hogy valaki, a ki a syphilis tüneteit mutatja, az mástól a syphilis tüneteit nem kaphatja meg. Fél, hogy az imént hallott analogia útján nem lesz a kérdés megvilágítható, mert a tuberculosisnál kapott eredménynek a syphilisre való átvitele nem lesz keresztülvihető. Ha valaki például tuberculosisban szenved, az a kezére is átolthatja a tuberculosist; ez a syphilisnél nem így van, ott a virus is változik. Mert mások a syphilis elején létrejött tünetek, mások a későbbiek. A kezdetiek inkább felületesek és kiterjedtebbek, később inkább mélyebbek és concentráltabbak.

Szerinte a reinfectiora való lehetőség a szervezetben inkább megvolna, de a külső körülményekben hiányzik. Ha tehát az alkalom megvolna, akkor reinfectiót gyakrabban volna módunkban észlelni.

Róna: Reinfectiót még nem észlelt ugyan, de annak a lehetőségét még sem tagadja. Néha gyanúja volt, de biztosan felvenni nem merte s mégis a ritkaságok közé felveendőnek tartja. Ha nem gyógyult még ki valaki, akkor újabb virus felvétele esetén nem reinfectiót, hanem superinfectiót lehetne felvenni.

Erre nézve az irodalomban is nagyon kevés positiv adat áll rendelkezésünkre és pedig csakis a *második incubatioban*. Ezeknél is feltünő, hogy nincs meg a kapott primaer laesio mellett a *táji mirigyduzzanat*, melyet az ember várna, ha tényleg új sklerosisról volna szó. Ezért újabb vizsgálatokat tart szükségesnek.

Basch: Megemlíti, hogy épen a mult héten jelentkezett nála egy betege a syphilis összes tüneteivel, a kit 10 év előtt teljesen kigyógyitott, sőt a nősülését is megengedte. A reinfectióra nézve az a véleménye, hogy ez rendesen súlyosabb a következményeiben, mint az eredeti infectio és így nagyon meggondolandónak tartja azokat a kisérleteket, melyeket Róna tervez.

Detre: Török felszólalására megjegyzi, hogy azért merte a tengerimalacznál a tuberculinnal végzett kisérleteit a syphilissel összehasonlitani, mert sok egyező tünet van köztük. Persze embernél már egész másként van a dolog, a tuberculosis-fertőzésnél is. Itt már nincs meg az a bizonyos szabályszerüség.

Közkórházi orvostársulat.

(1904. november 23-dikán tartott XIV. bemutató szakülés.)

Elnök: **Schwarz Arthur**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

A szív szúrt és zúzott sérüléseiről.

Minich Károly: Régebben a szív sérülései úgyszólván kizárólag törvényszéki orvosi jelentőséggel birtak, újabban azonban határozott klinikai érdeklődésre is tarthatnak számot. Egyes kivételes esetekben ugyan megtörtént, hogy véletlen kedvező körülmények összetalálkozása esetén valamely szívsérülés áthatoló jellege daczára önként is meggyógyult, mint az az irodalomban közölt és az utólagos elhalálozás alkalmával anatomice is megvizsgált egyes esetek kétségtelenné teszik, a szívsérülések túlnyomó része azonban feltétlenül halálos sérülésnek volt tekinthető.

Farnia volt úgy látszik az első, ki szívsérülésnél a műtéti beavatkozással kisérletet tett, de betege a műtét daczára meghalt. 1897-ben *Rehn* közölt és mutatott be egy esetet, a melyben a szivgyomrot 1 cm. hoszban megnyitó szúrás volt jelen és melyet a sebszélek műtéti összevarrásával megmentett. *Giardoni* a szív pitvarának 2 cm.-nyi szúrt sebét operálta meg; 17 nap mulva sepsis folytán halt el. Az 1900-diki congressuson *Manin* közölt varrás útján gyógyult szívsérülés esetet. Majd 1901-ben *Fontan* ismertetett egy gyógyult hasonló esetet, a melyben a szivgyomor 15 mm.-nyi sebét 2 órával létrehozatala után egyesítette. 1902-ben *Launay* a bal szivgyomor áthatoló lőtt sebénél 3 órával a sérülés után avatkozott be és pedig sikerrel, a mennyiben betege meggyógyult. Végül 1903-ban a berlini sebész-congressuson már *Schwerin, Urel, Wolff* és *Barth* összesen 6 olyan eseteről számoltak be, a melyek közül 4 esetben a beavatkozás eredményesnek bizonyult.

Elsberg kisérletkeet végzett, melyek szerint 2 mm.-nyi sérülések a szivgyomrocson maguktól is meggyógyulnak, míg a pitvaron halálosak. A törvényszéki orvostan ezt már rég tudja.

A szív üregeit megnyitó sérüléseknél a halál részint az által jön létre, hogy a szívburokban összegyülemlő és megalvadó vér a szív működését akadályozza és az úgynevezett szivtamponade útján szívhűdést okoz, részint elvérzés útján. Ha tudniillik a szivburok sérülésével a mellüreg is megnyittatik, akkor a vérveszteség oka a halálnak. A vér rendszerint a mellüregbe ömlik, gyakran már 10—15 mm. nyiláson is, mert a szomszéd szervek felől elzáródásra nincs alkalom, sőt inkább a szivburok sebe annál jobban tátong. A tünetek súlyossága a megnyitás területének nagyságától függ, nevezetesen nem a felületes sebzéstől, hanem attól, hogy a szív üregе milyen mértékben van feltárva. Minél vastagabb falrész sérült meg, annál több kilátás van reá, hogy a vérzés lassúbb menetet vesz, vagy vehet; ferdeirányú sebzésnél lassabban következik be az elvérzés, pl. szivrepedésnél, mely rendesen ferdeirányú. Jelentősége van annak is, hogy a sérülés az izomrostokkal párhuzamos irányú-e, vagy azokra harántul halad, mert utóbbi esetben a tátongás nagyobb. Egész különböző a befolyása a szivsérülésnek és csak a gyors beavatkozástól lehet sikert remélni. Például szolgálhatnak erre a legutóbb észlelt esetek:

Két esetben, a hol a bal II. illetőleg III. bordaporcz táján volt a szúrási csatorna bemeneti nyilása, a bal mellüreg megnyitása, a tüdő szélének átszúrása után, a tüdőütér conusán volt a szivsérülés helye, 13 és 16 mm.-nyi hosszanti rés. Első esetben a gyomorsövényen át a bal szivgyomorba hatolt és azt 10 mm.-nyi hosszúságban megnyitotta, a másik esetben a conus hátsó falán át a függőér falát fedő epicardiumig jutott. A szivburokban 300 és 150 gm., a bal mellüregben 1650 és 900 gm. alvadt vér. Az első eset utczai verekedés közben történt és e sérült még szaladva menekült, egy közeli pálinkamérésben összeesett, társai segitségével saját lábán ment a kórházba. Halála körülbelül 20 percz alatt következett be. A második esetben a sérülés a lakásban keletkezett és 15—20 percz multán vált halálossá.

Egy 3-dik esetben $1^1/_2$ órával a sérülés után következett be a halál. A sérült saját erejéből ment be a pár kilometerre fekvő gyárba, a hol meghalt. A bal V. bordaporczon egy 23 mm.-es szúrva hasitott seb van, a mely a lágyrészeken csatorna alakjában a mélybe folytatódik, a bordaporcz $^3/_4$ részét leválasztotta, utai a szivburokba hatolnak. A szíven elül a szivcsúcstól 4 cm.-re a mellső középvonalban volt a csatorna folytatása 11 mm.-nyi czafatos seb alakjában. Ez a szív hossztengelyével párhuzamosan hatolt az izomzatba és felső zugánál az art. coronaria mellső hosszanti ágát szétválasztván, a bal szivgyomor mellső falában csúcsosan megkeskenyedve végződött a nélkül, hogy a szív üregét megnyitotta volna. A halál a szivburki és bal mellüregi vérzés következményének volt tekinthető. A halálos vérzés az átmetszett koszorúsütérágból jött létre. Ezen eset a műtéti beavatkozásra alkalmas lett volna.

Zúzott, repesztett, szakított sebei a szívnek létrejöhetnek fiatal egyéneknél a bordák rugalmassága folytán külső nagyobb sérülések nélkül is. Elgázolásoknál jön létre úgy, hogy a mellkas a gerinczoszlophoz szoríttatik. Ilyenkor a lágyrészeken, esetleg a ruha védelme folytán is, alig mutatkozik sérülés. Két elgázolási esete szolgálhat erre például. Egy 14 éves fiut teherkocsi gázolt el, ott a helyszinen meghalt. Teljesen sértetlen köztakaró, izomzat és bordák mellett egy 3 mm.-nyi áthatoló haránthasadás a bal szivgyomor hátsó falán. Szivburki vérzés folytán szivtamponade. Egy 3 éves rhachitikus gyermek a másik eset, a szívnek harántul történt szétzuzatása volt a halál oka: a szívizomzat a a szívcsúcstól $1^1/_2$ ujjnyira körkörösen 5—6 mm.-nyi szélességben szét volt morzsolva, a bal szívgyomor mellső falán az epicardium is be volt szakitva, mig egyebütt ez a szétzúzott izomzatot befedte és igy a szív két darabját áthidalta. Felnötteknél ilyenkor rendesen a csontos váz is szét van törve és a lágyrészek is nagy mértékben roncsoltak.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A senecio vulgarist már majdnem egy évtized előtt ajánlotta *Dalché* dysmenorrhoea ellen. Később — a mint a párisi „Société de thérapeutique“ egyik utóbbi ülésén kifejtette — gyomorbajokban is kisérleteket tett vele és jó hatásúnak találta gyomorgörcsök és emésztési zavarok ellen, a melyek méh- és adnexmegbetegedések, valamint gümőkór kapcsán jelentkeznek. A folyékony kivonatból 30 cseppet ad kétszer naponként, kevés czukros vízben, a főétkezések előtt. A menstruatio előtt a szer használatát néhány napra be kell szüntetni, mert különben — hosszasabb használat esetén — a menstruatio megkésve és csökkent mértékben jelentkezik.

Zsírokkal bőségesen táplált gümőkórosokon tett megfigyeléseit ismertette *Laufer* a párisi „Académie de médecine“ november 2-dikán tartott ülésén. A gümőkóros betegek egy részének átlag 150—200 gm. zsírt adott naponként, mire a testsúly eleinte rohamosan növekedett, majd állandóvá lett, végül pedig csökkent, néha az eredeti testsúlyon alulra. A súlycsökkenés okát részben az képezte, hogy az emésztőszervek részéről zavarok állottak be, részint pedig az, hogy a szervezet nem volt többé képes a zsírokat kellőkép kihasználni. A gümőkórosok egy másik sorozatában, melyben egyenként csak 100—150 gm. zsírt kaptak naponként a betegek, a testsúly csak lassan emelkedett, ezen emelkedés azonban tartós volt. (La semaine médicale, 1904. 45. szám.)

A csonttörések kezeléséről tartott előadást *Bier* tanár a „Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn“ október 24-diki ülésén. Abból a tapasztalásból indult ki, hogy azokban az esetekben, melyekben a vérzést szorgosan csillapitják (például csontvarrat esetében), vagy a melyekben a vér elfolyhatik (nyilt törések), az egyesülés többnyire nem elég erős; míg ellenben nagy vérömlésekkel járó csonttörések után nagyon erős callus szokott képződni; felemliti azt is, hogy vérzések a periost alá tetemes csontmegvastagodásokhoz vezetnek. Kisérleteket tett tehát 20—30 köbcentimeter vér esetleg ismételt befecskendezésével pseudarthrosis és késői callusképződés tíz esetében és hét esetben kitünő eredményt ért el. A vért steril fecskendővel a kar egy bőrvenájából veszi és a törési végekre vagy azok közé fecskendezi. Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Schmieden* felemliti, hogy Bier megbízásából állatkisérleteket végzett, a melyek szintén kimutatták a vérzés kedvező hatását a csonttörések gyógyulására. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 2. szám.)

PÁLYÁZATOK.

513/1905.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai középjárásába kebelezett **Tiszabő** községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi márczius hó 10-dikéig** annál bizonyosabban adják be, mert a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1000 (egyezer) korona törzsfizetés.
2. Negyedévi előleges részletekben fizetendő 200 (kétszáz) korona lakbér.
3. A halottkémi teendők teljesítéséért 30 (harmincz) korona.
4. A fizetőképes betegektől a szabályrendeletben megállapitott látogatási dijak, a fizetésképtelen betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.
5. A vágatási biztosi teendők ellátásáért szedhető dijak.

A választást 1905. évi márczius hó 13-dikán délelőtt 9 órakor fogom Tiszabő községházánál megejteni.

A megválasztott községi orvos köteles állását a választás jogerőre emelkedése után legkésőbb 3 nap alatt elfoglalni.

Tiszaroff, 1905. évi február hó 6-dikán.

2—2 *Jancsó Géza*, főszolgabiró.

Pannonhalmán (Győrmegye) a **főapátsági orvosi állás** betöltendő.

Illetmény: Évi 2400 korona készpénz, 48 m³ kemény tüzifa, 4—5 szobás lakás (konyha, kamara, padlás, pincze, 672 négyszögöl kerttel); 10 évenként 200 korona korpótlék, de nyugdijra való igényjogosultság nélkül.

Az állást elnyerni óhajtó r. kath. orvostudorok szakképzettségüket, eddigi gyakorlatukat, egészségi és családi állapotukat feltüntető okmányokkal fölszerelt kérvényöket **f. é. márczius hó 15-dikig** a pannonhalmi főmonostori perjelnél személyesen nyujtsák be. Fogorvoslásban jártasak — különben egyenlő körülmények között — előnyben részesülnek.

Munkakör: Orvosi gondozásban részesiti 1. a főmonostorban tartózkodó (körülbelül 65) és a közel vidéken lakó (körülbelül 8) rendtagot; 2. a helybeli apáczákat (körülbelül 5—6); 3. a főmonostor külső és belső alkalmazottjait, cselédjeit (körülbelül 60 személy) és ezek közül körülbelül 15-nek családját is; 4. a szentmártoni gazdasági kerület gazdasági tisztjeit, alkalmazottjait, cselédjeit, családjokkal együtt.

A munkakör részletei a főmononstori perjelnél tudhatók meg.

Pannonhalma, 1905. évi február hó 6-dikán.

2—2 *Vojnits*, főmonostori perjel.

A szegzárdi Fe encz-közkórházban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi márczius hó 1-jéig** nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtéssel és világitással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1905. február hóban.

2—2 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

A rozsnyói dr. Kósa-Schopper nyilv. jellegű **r. kath. kórháznál** lemondás folytán megüresedett s három évi időtartamra betöltendő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, a kórházban egy tágas szobából álló butorozott lakás, fütés, világitás, kiszolgálat és első osztályú kórházi élelmezés, kellő szakképzettség és szolgálati buzgalom esetén évi 200 korona jutalomdij. A kórházi szolgálat hátránya nélkül a városban az orvosi gyakorlat meg van engedve. Az állás azonnal elfoglalandó. Róm. kath. vallású egyének elsőbbséggel birnak.

Felhivom ezért mindazon nőtlen orvosdoktorokat, a kik az állást elnyerni óhajtják, hogy orvosdoktori oklevéllel és netalán eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a rozsnyói székes káptalanhoz intézett kérvényüket hozzám legkésőbb **folyó évi márczius hó 5-dikéig** megküldeni szíveskedjenek.

Megjegyzem, hogy ha orvosdoktori oklevéllel biró egyén nem jelentkeznék, ideiglenesen 60 korona havi dij, lakás, fütés, világitás, kiszolgálat és kórházi élelmezéssel szigorló orvosok is figyelembe vétetnek.

Gömör-Rozsnyó, 1905. évi február hó 12 dikén.

2—1 *Ruber József* dr., kórház-igazgató.

A Vihnye fürdőben Boleman István dr. elhalálozása folytán megüresedett **fürdőorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények Selmecz- és Bélabánya sz. kir. város törvényhatóságához czimezve Selmeczbányára **folyó évi márczius hó 8-dikáig** adandók be. A törvényhatóság bármely időre fenntartotta magának az orvosküldés jogát s igy bárha az állást véglegesen tölti is be — a megbizást bármikor visszavonhatja, a megválasztandó orvos ellenben a fürdőidény (május 15-től, szeptember 15-dikéig) alatt állását felmondás esetén sem hagyhatja el mindaddig, mig őt a közönség fel nem menti. A fürdőorvosnak készpénzfizetés-javadalmazása nincs s a tulajdonos város csupán egy 2 szobából álló lakást és az új fürdőházban egy e czélra átépitett előszobás rendelő szobát bocsát dijtalanul az orvos rendelkezésére, a lakó- és rendelőhelyiségek bebutorozásáról az orvos köteles gondoskodni.

A jövedelem szempontjából leendő tájékozódhatás czéljából kiemelem, hogy a házi kezelés első két évében: 1903-ban 925, 1904-ben évben 1144 volt az állandó vendégek létszáma.

Selmeczbánya, 1905. évi február hó.

A polgármester.

44/1905. khig sz.

A vezetésem alatt álló **Szent Háromsághoz czimzett közkórházban** lemondás folytán megüresedett egyik **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás, továbbá I. osztályú élelmezés az ügyeletes napokon.

Magángyakorlat nincs megengedve.

A kinevezési időtartam 3 év, a mely esetleg újabb 3 évre meghosszabbitható.

Felhivom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy gróf Laszberg Rezső, Győr vármegye és Győr szab. kir. város főispánjához czimzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi márczius hó 8-dikáig** nyujtsák be.

Győr, 1905. évi február hó 10-dikén.

Szent Háromság Közkórház
Igazgatósága Győrött:
Petz, igazgató-főorvos
2—1 az ország. közeg. tán. tagja.

394/1905. szám.

A nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézetben a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, I-ső osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fütés és világitással dijazott másodorvosi állásra a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister urnak folyó évi 11,170/1905. számú magas rendelete értelmében pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister urhoz intézett folyamodványokat a nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához **folyó évi márczius hó 10-dikéig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodnék, az állás kivételesen és ideiglenes alkalmazás ban szigorló orvos által is be fog töltetni.

Nagykálló, 1905. évi február hó 14-dikén.

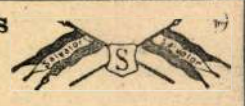
A szabadságon lévő igazgató helyett:
Nyéki Károly dr., főorvos.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
febr. 20.	alorvos	Kaposv. közk.	1000 k., teljes ellátás	Alispán
„ 20.	körorv.	Nagyborosnyó	1600, 200 lb., 400 k. ú. á.	Kónya főszolgabiró
„ 20.	s.-orvos	Er. k. Miskolcz	800 k., teljes ellátás	Tarnay alispán
„ 25.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 k. ú. á.	Somlyódy főszolgabiró
„ 25.	körorv.	Magyar-Fráta	1600 korona	Gaál Jenő dr. főszolgab.
„ 28.	körorv.	Radosócz	1200 k., 400 k. ú. á.	Frideczky főszolgabiró
már. 10.	közs. o.	Bajaszentistván	1000 korona	Szilassy főszolgabiró

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás



Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A Hoffmann-féle

Suppositoria glycerini cum aloino et jalapina.

Enyhe, biztos hatású purgans.

Összetételük a következő: Glycerin 5, Aloin 0·50, Jalapin 0·05 gr.

A székesfővárosi jobbparti szegényházban végzett kisérletek szerint **a glycerin—aloin—jalapin-kúpok** minden tekintetben kielégitő eredményt adnak. — **A bélre izgatólag nem hatnak, kellemetlen mellékhatásuk nincs.** (Lásd Magyar Orvosok Lapja 1902. 50. szám.)

Egy doboz ára 1 korona.

Készitőjük: **HOFFMANN BÉLA** gyógyszerész, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 21. szám.

Kapható minden gyógytárban.

Minták és irodalom a t. orvos uraknak kivánatra ingyen.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 9. szám. *Budapest, 1905. február 26.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá a köz- és magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: **HŐGYES ENDRE** EGYET. TANÁR. — FŐMUNKATÁRS: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

Bókay Arpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

Mellékletei: SZEMÉSZET **Schulek Vilmos** és **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT **Bókay János** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT **Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza** és **ifj. Klug Nándor** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

— **Minden jog fenntartatik.** —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Elischer Gyula és **Kentzler Gyula**: Közlemény a magy. kir. tud-egyetem diagnostikai tanszékének laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Sándor dr., ny. rk. tanár.) A typhussavó baktericid képességéről. 136. lap.

Burián Endre: Közlemény a székesfővárosi szt. István-közkórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel dr. egyet. rk. tanár.) Poloskacsipés okozta urticaria bullosa. 138. lap.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 139. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Ráskai Dezső**: A prostata hypertrophia tanának mai állása. — *Könyvismertetés. Stuertz*: Praktische Anleitung zur Organisation von Fürsorgestellen für Lungenkranke und deren Familien. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Küster*: Griserin. — *Belgyógyászat. Leube*: A physiologiai albuminuria. — *Sandler*: Halálos kimenetelű trichocephaliasis. — *Prosper St. Leger Liston*: Ascaris okozta súlyos tünetek. — *Jonas*: Eumydrin tudővészesek éjjeli izzadása ellen. — *Venereás bántalmak. W. Brosius*: 12 év előtti syphilis-endemiának következményei. — *Penzold*: A syphilis késői alakjainak kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Römer*: A paranephrin-cocain-keverék érzéstelenítő hatása. — *Zandt*: A pneumonia kezelése creosotallal. — *Hoummel*: Collargol mint méhantisepticum. — *Folyóiratok átnézete.* 142—145. lap.

Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyülésére. 145. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Pillitz Pál. — Lipscher Mór. — A 22. belgyógyászati congressus. — Bókai János-emlékalapítvány. — Tiszti orvosi vizsgákra előkészítő cursus. — Választás. — Ehrlich. — Budapesti Orvosi Kör. — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése. — Trachomapályamunka. — Ujabb közegészségügyi intézkedés Rómában. — A svájczi egyetemek. — Fénytherapiai intézet. — A 26. német balneologiai congressus. — Elhunyt. 145—146. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya. — III. országos elmeorvosi értekezlet. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Személyének külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Gyermekgyógyászat. 4. sz. Szerkeszti: *Bókay János* dr. egyet. tanár. — Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brünnig czég „Isoform“ cz. prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem diagnostikai tanszékének laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Sándor dr., ny. rk. tanár.)

A typhussavó baktericid képességéről.

Irták: Ifj. *Elischer Gyula* dr. és *Kentzler Gyula* dr., gyakornokok az I. számú belgyógyászati klinikán.

Az immunitás tanának egyik legérdekesebb és klinikai szempontból legfigyelemreméltóbb része az, mely a szervezetnek a kórokozó csírok elleni védőképességével foglalkozik Már a különböző immunizálási kisérleteknél feltünt ugyan, hogy az immun állatok vérsavója a megfelelő bakteriumfajt elpusztítani képes, klinikailag azonban e kérdés akkor vált kiválóan érdekessé és tanulságossá, a mióta tudjuk, hogy egyes betegségek lefolyása alatt vagy után a szervezet oly tulajdonságokkal lesz felruházva, hogy vérsavója útján képes a megfelelő bakteriumfajra pusztítólag hatni. A vérsavónak ezen erélyes hatása folytán a bakteriumok nemcsak fejlődésre képtelenek lesznek, de teljesen fel is oldatnak, a mi Pfeiffer ismeretes kísérlete által az állat hasüri folyadékjában in vivo, Bordet szerint pedig a reagens üvegben is kimutatható.

Az egyes serumok azonban nem mindenféle concentratioban képesek bakteriolysist létrehozni. A különböző immunizálási kisérletek folyamán ugyanis többeknek feltünt azon körülmény, hogy a baktericidia nemcsak oly esetekben nem következett be, a hol túlságos kis mennyiségü védősavót vittek be a megejtett fertőzés előtt vagy azzal egyidejüleg a kisérleti állat szervezetébe, hanem kimaradt oly esetekben is, a melyekben a kisérleti állat túlságos sok immunserummal lett kezelve.

E váratlan, látszólag érthetetlen tényt saját kisérleteik közben Neisser és Wechsberg is észlelték és a kérdés tanulmányozása közben azon, kisérletek által is beigazolt következtetésre kellett jutniok, hogy az immunserumoknak bakteriumokra gyakorolt pusztító hatása csak bizonyos higításban következik be, a melyen alul vagy felül való higításban nemcsak hogy nem pusztíttatnak el, de még fejlődésükben sem gátoltatnak meg.

Azon tényt, hogy az immun savó túlságos nagy concentratioban a bakteriumok szaporodását nem akadályozza meg, Neisser és Wechsberg az Ehrlich-féle oldalláncztheoria alapján, igyekeznek magyarázni, melyet még egy hypothesissel toldanak meg. Magyarázatuk röviden a következő:

Az immun savó a bakteriumok elpusztításához szükséges kétféle test közül csak az amboceptorokat tartalmazza, a complement elpusztult vagy 56°-ra történt hevítés által elpusztíttatott. A reactiváló nyúlsavóval adjuk hozzá azt a complementet, a mely nélkül az amboceptor hatni képtelen, mivel az amboceptor mintegy közvetítő szerepet játszik a ható complement és a bakteriumok között. Ha az igy készült amboceptor-complement-keverékben az amboceptorok számának a complement mennyisége megfelel, úgy a complement teljes hatása jut érvényre és ennek megfelelően beáll a teljes bakteriolysis. Ha ellenben túlságos sok immun savóval túlnagy mennyiségü amboceptort hozunk össze a bakteriumokkal és a complementtel, akkor az amboceptorok egy része complement nélkül marad. Ily körülmények között a bakteriumokra gyakorolt hatás attól függ, hogy az amboceptorok complementált csoportja egyesült-e a bakteriumokkal, vagy azok az amboceptorok, melyekre complement nem jutott; azaz a com-

plementtal egyesült amboceptoroknak vagy a szabad amboceptoroknak van-e nagyobb affinitásuk a bakteriumok felfogó készülékéhez.

Abból, hogy túlságos concentrált immun savó, azaz túl sok amboceptor jelenlétében bakteriolysis nem áll be, az következik, hogy az amboceptor complementálása annak affinitását a bakteriummal szemben kisebbíti, minek folytán az amboceptor-complement-keverékből a nem complementált ambocepterok foglalják le a bakteriumokat a complementált amboceptorok elől, és így bakteriolysis csak úgy állhat be, ha a keverékben a nem complementálható amboceptor minél kisebb mennyiségben van jelen.

Stern és Körte, kik a legújabb időben épen typhus abdominalisnál vizsgálták a typhusos betegek savójának baktericidképességét, e tüneményt a maguk kisérleteinél szintén igen gyakran észlelték és ezen okból különböző higításokban vizsgálták typhusbetegek savójának baktericid hatását.

Vizsgálataiknál azt találták, hogy a higításoknak egy minimális és egy maximális határuk van, amelyek közt a typhusos beteg savója bakteriumölönek bizonyul, a melyeken kivül azonban sem a minimálisnál, sem a minimálisnál concentráltabb, sem a maximálisnál hígabb savó a bakteriumok fejlödését megakadályozni nem képes. Rendesen azt találták, hogy a typhussavó csak több mint ezerszeres higításban kezdi el pusztító hatását kifejteni, a mely hatás, bár sokkal kisebb fokban, egyes esetekben 50,000-en felüli higításokban is ki volt mutatható. Különbséget Stern és Körte a könnyü és súlyos eseteknél quantitative kimutatni nem voltak képesek, sőt egy halálosan végződő esetükben a beteg savója 6 nappal a halál előtt 250,000-szeres higításban még kimutathatóan baktericid hatású volt.

Ha Neisser és Wechsberg kisérleteit és a hozzáfüzött magyarázatot elfogadjuk, úgy Stern és Körte vizsgálataiból első pillantásra azt olvashatnánk ki, hogy a typhusbeteg szervezete a kórokozó bakteriummal szemben czélszerütlenül viselkedik, midön ellenanyagot oly mennyiségben produkál, hogy ezáltal bakteriumok elpusztítását lehetetlenné teszi.

A kérdés jelentősége nemcsak theoretikus. A serumtherapiának ma divó *alakjainál* a szervezet amboceptor-tartalmát fokozzuk. Ha a szervezetben a bakteriumok azért nem pusztulnak el, mert az annyi amboceptort produkál, hogy savójának már 1000 szeres higítása bakteriumokat ölni képes, akkor világos, hogy a mesterségesen bevitt amboceptorok csak annál hathatósabban óvják a bakteriumokat a szervezet complementjeinek hatásától.

Vizsgálataink czéljául részben ugyanazt tüztük ki magunk elé, mint Stern és Körte. Meg akartunk ugyanis győződni, hogy typhusbetegek savója mily higításban képes baktericidiát létrehozni. A vizsgálatok folyamán azonban újabb szempontok is felmerültek.

Stern és Körte a maguk vizsgálatainál inactivált typhussavót használtak, melyet nyúlsavóval tettek hatóképessé. Lehetségesnek tünt fel ugyanis, hogy ha túlnagy mennyiségü immuntest jelenléte nyúlcomplement mellett a bakteriolysist akadályozza is, az a beteg saját complementje mellett mégis létrejöhet. Elképzelhető ugyanis, hogy a beteg szervezetben a complementek száma nagyobb (bár az eddigi tapasztalatok mást látszanak mutatni), vagy azok nem csökkentik az amboceptorok affinitását a bakteriumtestekhez úgy, a hogy azt a nyúlsavó complementjei teszik. Ha pedig ez így volna, akkor a beteg szervezetén belül a fölös számú amboceptornak nem volna meg az a bakteriumvédő hatása, a melyet lemezen kifejt.

Stern és Körte vizsgálatainak megismétlése mellett ezen kérdés vizsgálata képezte vizsgálataink egyik fő feladatát. A kérdés eldöntéséhez az kellett, hogy ugyanazon amboceptorconcentratio mellett összehasonlítsuk azt az eredményt, a melyet nyúlserummal activálás hoz létre, azzal, a mely elérhető, ha az activálás nem nyúlserummal, de a beteg saját, nem inactiváló serumával, tehát saját complementjeivel történik,

Vizsgálati methodikánk lényegében hasonlít Stern és Körte eljárásához. Vért az ujjcsúcsból vettünk, annak előzetes megtisztítása után; a vérsavót a vérplasmából való kiválás után fél órán át 56°-ra hevítve inactiváltuk és a megfelelő módon 0·85% Na Cl oldattal higítottuk. Magától értetődő dolog, hogy úgy az eprouvetták, mint a higításhoz használt pipetták előzőleg sterilizáltattak.

Complementképen, miután előzetes kisérletekben az ép emberi és nyúl normal serum kiegészítőképességének azonos voltáról meggyőződtünk, nyúlsavót használtunk. E serumot, miként Stern és Körte tették, mi is 1 : 12 higításban alkalmaztuk kisérleteinkben. Ugy a typhusbeteg-, mint a nyúlvért körülbelül 12 órával a vizsgálat előtt vettük, hogy így lehetőleg frissen teljes hatásnyilvánítást láthassunk.

Typhusbacillusokat a kisérlethez 16 órás bouilloncultúrából 1 : 500 higításban alkalmaztunk. A cultura virulentiájáról, mivel már ki lett mutatva, hogy a serum a bakterium virulentiájától függetlenül hozza létre a bakteriolysist, nem győződtünk meg.

A baktericidia kimutatására vonatkozólag úgy ejtettük meg vizsgálatainkat, hogy a különböző higítású inactiv typhussavóból 1 cm^3-t, complementáló savóból és typhusbacillusbouillonból $^1/_2$—$^1/_2$ cm^3-t, tehát összesen 2 cm^3-nyi mennyiséget vettünk. Ezen sorozathoz controllképen oly sorozatot vettünk, a hol első sorban az inactivált savót, másodsorban a complementet helyettesítettük Na Cl-oldattal.

A másik szempont miatt az inactivált typhussavó helyett megfelelő higítású activ typhussavót állítottunk be. Itt is két controllsorozatot használtunk, mint az inactivált savóval való kisérletnél.

Az így vegyített eprouvettákban levő folyadékot thermostatban négy órára 37°-nak tettük ki, azután 5 cm^3 glycerinagarral lemezeket öntöttünk. Ezeket 24 órával a kiöntés után vettük ki a thermostatból és a baktericidia létrejöttét iy módon állapítottuk meg. A fejlödött coloniák számát Neisser és Wechsberg után hozzávetőlegesen állapítottuk meg, fokozataink a következők voltak: *Steril. Alig fejlödött* (a mikor szétszórva csak igen kevés, jól számolható colonia volt található, egyes helyeken coloniafejlödés nélkül). *Kevés* (midön az egész táptalajon, de izoláltan voltak coloniák). *Sok* (midön a coloniák vékony opalescáló hártyát alkottak). *Igen sok* (midön a hártya már vastagabb volt) és *végtelen* (midön a bakteriumfejlödés már oly erős volt, hogy csaknem $^1/_2$—1 mm. vastag tenyészet volt jelen).

Mivel a Neisser és Wechsberg által tanulmányozott kérdésre a dolog természeténél fogva figyelemmel kellett lennünk, egész alacsony higítással kezdtük meg az inactiv, illetőleg activ typhusserum hatóképességének vizsgálatát, fokozatos higítással, végül 10,000-szeres higítást alkalmaztunk. A sorozatot: 1 : 50, 1 : 100, 1 : 500, 1 : 1000, 1 : 1500, 1 : 2000, 1 : 2500, 1 : 3000, 1 : 4000, 1 : 5000, 1 : 6000, 1 : 7000, 1 : 8000, 1 : 9000, 1 : 10000-szeres higítás képezte.

Vizsgálatainknál mi is tapasztaltuk azon tényt, hogy a baktericidia egy bizonyos higítástól le- és felfelé megfelelően csökken, a melynek példájául egyik vizsgálati eredményünket közöljük:

1:500 typhus	+	1:12 complement	+ inactiv typhus-savó		Kiöntött lemezen 24 óra mulva
0·5 cm^3		0·5 cm^3	1 : 50 higításban	1·0 cm^3	végtelen
0·5 „		0·5 „	1 : 100 „	1·0 „	végtelen
0·5 „		0·5 „	1 : 500 „	1·0 „	igen sok
0·5 „		0·5 „	1 : 1000 „	1·0 „	sok
0·5 „		0·5 „	1 : 1500 „	1·0 „	sok
0·5 „		0·5 „	1 : 2000 „	1·0 „	kevés
0·5 „		0·5 „	1 : 2500 „	1·0 „	kevés
0·5 „		0·5 „	1 : 3000 „	1·0 „	steril
0·5 „		0·5 „	1 : 4000 „	1·0 „	kevés
0·5 „		0·5 „	1 : 5000 „	1·0 „	sok
0·5 „		0·5 „	1 : 6000 „	1·0 „	sok
0·5 „		0·5 „	1 : 7000 „	1·0 „	igen sok
0·5 „		0·5 „	1 : 8000 „	1·0 „	végtelen
0·5 „		0·5 „	1 : 9000 „	1·0 „	végtelen
0·5 „		0·5 „	1 : 10000 „	1·0 „	végtelen
Controllok végtelenek					

A typhustenyészet higítása bouillonnal, a többi higítás 0·85% Na Cl-oldattal végeztetett.

Ily eljárással vizsgáltunk meg négy beteget, összesen tíz esetben. Az első betegnél a betegség 12., 16., 21., a másodiknál

a betegség 8., 16., 22., a harmadiknál a betegség 12., 23., a negyediknél a betegség 14. és 24. napján végeztük vizsgálatainkat. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért táblázatban állítottuk össze vizsgálataink eredményét, illetve azon higítási fokot, melynél teljes sterilitás, tehát legintensivebb baktericidia létrejött.

Beteg	A betegség napja	Baktericid titer
I.	12	1 : 1000
I.	16	1 : 1000
I.	21	1 : 2000
II.	8	1 : 1500
II.	16	1 : 2500
II.	22	1 : 2500 1 : 3000
III.	12	1 : 1500
III.	23	1 : 2000
IV.	14	1 : 3000
IV.	24	1 : 3000

A táblázatból láthatjuk, hogy a baktericidia, ép úgy, mint azt Stern és Körte is találták, magas higításnál kezdődik, vagyis csak akkor jön létre kellő complement hozzáadása mellett, ha az inactiv savóban levő amboceptorok mennyiségét higítással megkevesbítjük.

Ha Neisser és Wechsberg theoriáját elfogadjuk, úgy a táblázatból az is kitünik, hogy typhusbeteg szervezete kelleténél több immun anyagot képez, olyannyira, hogy a túlsok specifikus amboceptor jelenléte által a bakteriolysist lehetetlenné teszi az által, hogy leköti a hatócomplementet és így a complement a bakteriumokra többé hatást nem fejthet ki.

Stern és Körte inactiv savóval dolgoztak, ebből tehát csak az derülhetett ki, hogy a typhussavóban sok amboceptor volt jelen, de kisérleteik az elpusztított complement mennyiségére és arra nézve, vajjon a beteg saját complementje is úgy csökkenti-e az amboceptor és bakterium közti affinitást, mint a nyúlcomplement, felvilágosítást nem adhatott.

Ennek megvizsgálása végett a beteg nem inactivált, tehát saját complementjét tartalmazó savójának tettünk ki ugyanazon mennyiségü typhusbacillust, a melyhez controllképen az inactiv és nyúlcomplementtel kiegészitett savó bakteriumoldó hatását használtuk fel.

Ilyképen megejtett vizsgálatainknál kitünt, hogy sterilitás, vagyis kiöntött lemezeken teljes bakteriolysis egyáltalán nem jött létre, de a megfelelő sorozattagokban a bakteriumok erősebben fejlödtek, activ serum hatásának kitéve, mint ha inactiv savót complementálva hagytunk a bakteriumokra hatni. Más szóval ez azt jelenti, hogy a typhusosok savójában a túlsok amboceptor jelenléte mellett csak csekély hatócomplement van jelen s ezért a typhusbeteg saját vérsavója épen ily tulajdonsága miatt a bakteriumokkal a harczot eredményesen nem veheti fel, ép úgy, mint a hogy bakteriolysis sem következik be, ha a beteg inactiv savóját nyúlsavóval reactiváljuk. A kisérletek tehát nem szóltak a mellett, hogy a typhusbeteg és a nyúl complementjeinek viselkedése közt lényeges a különbség.

A táblázatból még egy körülmény, mely a typhusbeteg kezelésére vonatkozó adatokat nyujthat, tünik elő. Láthatjuk ugyanis, hogy a baktericid titer előhaladtával eltolódást mutatott oly értelemben, hogy ugyanoly fokú bakteriumoldóhatás mint egy korábbi stadiumban létrejött, később már csak erősebb higításban állott be. Igy pl. I. betegünknél a betegség 12. napján 1 : 1000, a 21. napon már 1 : 2000-szeres higításban, II. betegünknél a betegség 8. napján 1 : 1500, a 22. napon 1 : 3000-szeres higításban jött létre teljes bakteriumoldódás. Ez azt bizonyítja, hogy a szervezet a bakteriummal való küzdelemben folyton újabb és újabb mennyiségü immun anyagot produkál s így áll be az, hogy egy későbbi stadiumban megszaporodott mennyiségü amboceptort lehet a typhusos savóban kimutatni. Az a tény, hogy a typhusos beteg vérsavójában oly sok az amboceptor, hogy ez, látszólag paradox módon, a bakteriumok elpusztítása helyett azok megvédésére vezet a szervezettel szemben, a typhusos betegek kezelését immunizált állatok savójával theoretikus alapjától fosztja meg. Ha az immunizált állatok savója complementáltan in vitro és a Pfeiffer-féle kisérletben e nélkül in vivo képes is bakteriolysist létrehozni, ugyanezt a beteg ember szervezetében nem fogja előidézhetni, mikor különben is a túlnagy amboceptormennyiség már önmagában is gátolja a bakteriolysis létrejöttét, a relativ complementhiány következtében. Igy érthetjük meg azon nagyszámú kisérlet negativ eredményét, a melyben akár immunizált állatok vérsavójának, akár typhusreconvalescensek serumának befecskendezése után a betegség lényegesebb változást lefolyásában nem mutatott; ha állottak is be a befecskendezést követő helyi vagy általános reactiók, a folyamat idő tekintetében nem rövidült meg, ilynemü kezelés a beteget esetleges recidivától nem óvta meg. Azt lehetne gondolni, hogy a typhus serumtherapiájának eredményhez vezető alakját úgy lehetne gyakorolni, ha a beteg szervezetébe nem immun savót, hanem ép állatok nem inactivált savójával annyi complementet juttatnánk be, hogy a bakteriumokhoz tapadt fölös számú amboceptorokra is jusson complement. Ez az eljárás kétségtelenül eredményes volna mindaddig, míg a beteg szervezetében az idegen complement ellen anticomplementképződés nem indulna meg. Kérdés volt azonban, hogy mi történik, ha a beteg saját complementje és a savóhoz adott idegen complement egyidejüleg fejthetik ki müködésüket.

E kérdés eldöntésére ép úgy, mint az inactiv sorozatnál, ugyancsak 1 : 12 higitású complementből $^1/_2$ cm^3 mennyiséget adtunk activ savónkhoz ugyanolyan kisérleti berendezéssel, mint azt az inactiv savó baktericid képességének vizsgálatánál fentebb leirtuk. E kisérlethez controllul az inactiv sorozat szolgált, a mikor a két sorozatban épen az inactiválás képezte az egyetlen különbséget. Kisérleteink arra a váratlan eredményre vezettek, hogy a beteg saját seruma, ha nem inactiváltatik, az idegen complement bakteriumölő hatását egyenesen akadályozza.

Higitás foka	Inactiv sorozat complementálva	Activ sorozat	Activ sorozat complementálva
1 : 50	végtelen	végtelen	végtelen
1 : 100	végtelen	végtelen	végtelen
1 : 500	igen sok	végtelen	végtelen
1 : 1000	sok	végtelen	végtelen
1 : 1500	sok	végtelen	végtelen
1 : 2000	kevés	igen sok	végtelen
1 : 2500	kevés	igen sok	végtelen
1 : 3000	steril	igen sok	végtelen
1 : 4000	kevés	végtelen	végtelen
1 : 5000	sok	végtelen	végtelen
1 : 6000	sok	végtelen	végtelen
1 : 7000	igen sok	végtelen	végtelen
1 : 8000	végtelen	végtelen	végtelen
1 : 9000	végtelen	végtelen	végtelen
1 : 10000	végtelen	végtelen	végtelen

E három sorozat összehasonlításából azonban nemcsak az derült ki, hogy az activ savó complement hozzáadása mellett kisebb fokban baktericid, mint az inactiv savó, de az is, hogy általában a bakteriumok az activ savóban erősebben fejlödnek, sőt akkor, ha az activ savóhoz complementet adunk, annak hatása a typhussavó saját complementjének hatásánál is kevesebb, mondhatjuk majdnem semmi, vagyis ebben az esetben a complement nemcsak kisebb hatást nem fejt ki, de úgy látszik teljesen elveszti hatóképességét. Az általunk ismert irodalomban erre direkt adatot sehol sem találunk. Részben hasonló adatról is csak egy esetben találunk említést. Fraenkel és Otto vizsgálatainál ugyanis, melyet a typhusserum agglutinatiojának tanulmányozására végeztek, van megemlítve, hogy per os adagolt typhusbacillusok ugyan nem kölcsönöztek a kisérleti állatnak immunitást, de ezen állatok savójával kezelt újabb kisérleti tengerimalaczok az újabb infectio iránt érzékenyebbek voltak, mint a nem kezelt állatok és azoknál rövidebb idő alatt pusztultak is el.

E különös tény magyarázatára fel kell vennünk tehát, hogy a typhusbeteg savója egy oly 56°-nál elpusztuló anyagot tartalmaz, mely az idegen complementet hatásában akadályozza, sőt annak hatását teljesen fel is függesztheti. Legújabban Pfeiffer és Friedberger közölnek kisérleteket, a melyeknél a normalis serumban egy hasonlóan bakteriolysist gátló anyagot fedeztek fel. Azt találták ugyanis, hogy az amboceptoroknak typhus és cholerabacillusokkal történt kivonása után a lecentrifugálható savóban

egy oly anyag marad vissza, a mely a bakteriolysist gátolja. Ez anyag azonban a mienktől különbözik, mert 56°-ra történt hevítés után megmarad, míg a mienk hevítés után elpusztul.

A typhusos beteg szervezete tehát kétféleképen gátolja meg a bakteriolysis létrejöttét. Egyfelől túlsok amboceptort produkál és ezáltal távol tartja a complementeket a bakteriumoktól; ezenkivül pedig olyan hatása is van savójának, a mely az anticomplement hatáshoz hasonlít és attól csak annyiban különbözik, hogy annak vivője 56°-nál elpusztul. Ez a látszólag czélszerütlen viselkedése a szervezetnek a bakteriumokkal szemben azonban érthetővé válik, ha tudjuk, hogy a typhusintoxicatiót épen azon toxikus anyagok okozzák, melyek a bakteriumok testében vannak, tehát endotoxinok, a melyek csak úgy fejthetik ki hatásukat, ha a bakterium teste feloldódik és ők a szervezetbe szabadon bejuthatnak.

A baktericid serotherapia tehát, mint Wolff is kimutatta, csak addig nyujt reményt a teljes gyógyításra, míg a bakteriumok oly kevés számban vannak jelen, hogy feloldatásuk után csak annyi endotoxint szabadítanak fel, mely magában megbetegedést nem hoz létre, ellenkező esetben, ha több bakterium oldódott, a felszabadult endotoxin maga okoz megbetegedést, esetleg ha túlnagy mennyiségben van jelen, halálhoz is vezethet.

A bakteriumok ama védelme a bakteriolysis ellen, a melyet a typhosus betegeknél észlelhetünk, tehát nem tekinthető czélszerütlennek, mikor ugyanis a szervezet a bakteriumokat védi, önmagát védi az endotoxinok hatása ellen, a mely endotoxinok ellen tudvalevőleg antitesteket képezni nem tud, és minden olyan beavatkozás, mely a szervezet lassú munkáját a typhusbacillus elpusztításában eredményesen gyorsitaná, a szervezetnek nem hasznára, hanem kárára válnék.

Irodalom. M. Neisser és *F. Wechsberg*: Über die Wirkungsart bakterieider Sera. Münch. m. W. 1901. — *R. Stern* és *W. Körte:* Über den Nachweis der baktericiden Reaktion im Blutserum der Typhuskranken. Berl. kl. Wochenschr. 1904. 9. sz. — *E. Fraenkel* és *M. Otto*: Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Agglutinationswirkung des Typhusserums. Münch. m. W. 1897. 39. sz. — *A. Wolff:* Untersuchungen über einige Immunitätsfragen. Berl. kl. W. 1904. 42—44. sz. — *A. Wolff:* Über Grundsätze der Immunität. Centralbl. f. Bakt. 1904. 37. k. 3—5. f. — *R. Pfeiffer* és *E. Friedberger:* Über antibakteriolytische (antagonistische) Substanzen normaler Sera. Deutsche med. W. 1905. 1. sz.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-közkórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel dr., egyet. rk. tanár.)

Poloskacsípés okozta urticaria bullosa.

Közli: *Burián Endre* dr. segédorvos.

A mivel naponként találkozunk, azt közönségesnek tartjuk, s nem fordítunk reá különös gondot. Ezért van az, hogy a poloskák által okozott elváltozásokkal úgy a zoologusok, mint a toxikologusok valamint a dermatologusok nem foglalkoztak behatóbban. (Leonard Landois,[1] Husemann,[2] Jarisch,[3] Hebra, Kaposi[4].)

Azt hiszem azért, hogy nem lesz felesleges, ha a Róna tanár által már régebben gyüjtött, de az autorok által nem említett néhány észleletet az általam észlelt esettel együtt leközlöm. Különös érdekességet ad az ilyen eseteknek az a körülmény, hogy míg egyrészről *diagnostikai nehézséget* okozhatanak és így tévedésre vezethetnek, másrészről súlyosabb természetü egészségháborításnak lehetnek okozói vagy kiindulóspontja.

A bőrelváltozásokat a csípés által a sebbe jutott mirigyváladék okozza, mely az egyének érzékenysége szerint különböző méreteket ölthet, de rendes körülmények között az egyszerü *urticariát* nem megy túl. Különösen nagymérvü oly egyéneknél, kik poloskamentes vidékről kerülnek poloskás területre. Igy sokat szenvednek a vidékről a fővárosba kerülő tanonczok, iskolás gyermekek, cselédek stb. Ezeken akkor is látjuk a csípések nyomait, a mikor a velük együtt lakó háziakon semmi jel nincs. Nem mintha ezeket nagyobb mennyiségü poloska csípné meg, hanem azért, mert az idegenek jobban reagálnak, *még nem immunisak az enzymákkal szemben.* Ujabb időben ugyanis felveszik, hogy úgy a *kigyó-, skorpió-, méh-, bolha-, poloskaméreg, mint a diphtheriatoxin, abrin, ricin enzymákat* tartalmaz (Fürth[5]), melyek egy máshoz hasonlítanak *(Phisalix*[6]*).* (*Phisalix*-nak a darazsak glycerinextractumával sikerült rövid időre kiterjedő relativ immunitást létrehozni úgy a *darázs-*, mint a *vipera*-méreggel szemben házinyulon.)

Közlött eseteinkben is mindenütt látható, hogy a fogékony egyéneken van a legerősebb eruptio és hogy ezek idővel elvesztik fogékonyságukat. Eseteink a következők:

I. eset. M. M., 14 éves, bácsmegyei parasztfiú. 1898. november 8-dikán tétetett át a szt. László-kórházból osztályunkra.

Anamnesis: Három hét előtt jött Budapestre munkát keresni. Pár nap előtt új lakásba ment. *November 7-dikén arczán, mellén, mindkét felső végtagján viszkető vörös kiütést kapott, izületi fájdalmak és láz nélkül és jó közérzet mellett. Mégis variola kórismével küldték a szt. László-kórházba.* Innen küldték osztályunkra 8-dikán, *mely napon mind a két alkaron hólyagok is keletkeztek.*

Odahaza szülőhelyén kiütései nem voltak, a poloskát nem ismerte, Budapesten azonban a második lakásán egész éjjel nem tudott tőlük aludni.

Status praescens: A homlokon, mindkét arczfelen, főleg a balon, a füleken a nyak felé terjedőleg teljes visszafejlődésben levő poloskacsípések láthatók, azaz: kölesnyi, kendermagnyi, élénken hyperaemiás, legnagyobb részben látszólag sértetlen hámmal fedett, kis részben véres varral fedett oedemás göcsök; *a homlokon és az arcz közepén részben összefolyt csoportok vannak.* Az orrháton 3—4 kendermagnyi vesicula ötlik szembe. A tarkón és háton elszórtan és gyéren kölesnyi-lencsényi, egész gyermekkörömnyi göcsök és göbök mutatkoznak. A törzs mellső felén az övtájig egyenként 10—20 hasonló tagból álló csoportok; a hason csak néhány hasonló elváltozás van. A jobb felkar bőre halvány-vörös, oedemás, az ujjbenyomatokat megtartja, sürün van borítva a már leirt göcsökkel és göbökkel és *gyéren behintve vesiculával.* Az alkar alsó harmadától le a kéztőizületig, úgy a hajlító, mint a feszítő oldalon tömötten fekünsznek egymás mellett a már leirt göbök és hólyagok, de nagyobb számban a feszítő oldalon. *A hólyagok különböző nagyságúak, gombostűfejnyitól egész kis diómekkoraságúak.* Tartalmuk vagy tiszta, vagy kissé véres savó. *A bal felső végtagon* a diffus oedema hiányzik, különben hasonló a jobb karhoz, azon különbséggel, hogy az elváltozások nem oly intensivek. A legnagyobb hólyagok az alkar alsó harmadán vannak. *Tenyerek* épek. Az *alszárak* középső harmadától a lábhát felé intensitásban növekedő, livid udvarú, véres varral fedett göcsök láthatók. A beteg jól fejlett, jól táplált.

Therapia: A karokra Burow-oldat, a többi részre hintőpor.

Lefolyás: Az elváltozás néhány nap alatt gyógyul. November 21-dikén a nyak bal oldalán három körömnyi, diffus határú urticariás göb, négy hasonló a jobb lapoczkán; ezeket a kórházi poloskák okozták.

Diagnosis: Urticaria bullosa e cimicibus.

II. eset. K. I., 12 éves fiú, négy napja van Budapesten, két napig bátyjánál aludt, a hol semmi baja sem volt, azután egy szabóhoz ment lakni; ekkor támadtak kiütései a testén.

Status praesens: Mindkét alkaron lencsényi egész tízfillérnyi, helyenként csoportos elrendeződést mutató urticariás göcsök. A jobb alkar alsó harmadán egy tízfillérnyi, hyperaemiás udvarral körülvett vesicula van. A kéztő hajlító oldalán lencsényi, tiszta savóval telt vesicula látható. Borsónyi urticariás göcsök találhatók elszórtan a mellen, a hason, a nyakon, az arczon és a fej bőrén. A bal alszáron elszórtan lencsényi egész borsónyi urticariás göcsök; a bal boka alatt és felett összesen három, tiszta savóval telt, kis hyperaemiás udvarral körülvett vesicula. A jobb alszáron

[1] *Leonard Landois:* Zeitschrift f. wissensch. Zoologie. XVIII. és XIX. 1868. és 1869. (Négy különböző nyálmirigyet talált, azonban csak az egyiknek váladékát tudta felfogni, ez erősen alkalikus volt.)

[2] *Husemann*: Handbuch d. Toxikologie. 1867.

[3] *Jarisch:* Die Hautkrankheiten. 1900. Nothnagel's spec. Path. u. Ther. XXIV. k. I., 719. l.

[4] *Hebra-Kaposi*: Hautkrankheiten. 1876.

[5] *O. Fürth:* Vergleichende chem. Physiologie der niederen Thiere. Jena. 1903.

[6] *C. Phisalix*: Antagonismus entre le venin des vespides et celui de la vipera. Compt. rend. soc. biol. 1897. 1031. l. Cit. O. Fürth után.

négy urticariás göcs, a boka felett egy lencsényi, tiszta bennékü, hyperaemiás udvarral körülvett vesicula látható.

Diagnosis: Urticaria bullosa e cimicibus.

III. eset. R. M., 18 éves, verbászi mészároslegény, ambulans beteg. Két hét óta van Budapesten alkalmazásban. Lakásán sok a poloska. Egy hét óta veszi észre, hogy testén a viszkető göbök mellett hólyagok is vannak Vidéken nem ismerte a poloskát és ilyen baja nem volt.

Status praesens: Homlokon, arczon, nyakon, háton, mellen friss és régibb urticariás göbök láthatók. A kézháton, alkaron, könyökön sok, sürün egymás mellett álló göcs és egész borsónyi vesicula és vesicopustula látható.

Diagnosis: Urticaria bullosa e cimicibus.

IV. eset. N. P., 24 éves, földmives, ambulans beteg. Két hét óta van Budapesten. Azóta éjszakai nyugalma nincs a poloskáktól és az egész testén viszkető kiütések léptek fel.

Status praesens: Typikus urticaria e cimicibus az ing által kevésbé védett helyeken, végtagokon, nyakon, a mell felső részén, mely utóbbi helyen az erős viszketés miatt véresre kapartak, a füleken pedig bullosusak.

Diagnosis: Urticuria bullosa e cimicibus.

V. Ujabban észlelt eset. S. F.-né, felvétetett 1904. julius 22-dikén, megbetegedett 1904. julius 17-dikén, távozott saját kérelmére 1904. augusztus 3-dikán.

Kórelőzmény: Két hét óta van Budapesten és azóta az egész testén a mostanihoz hasonló kiütések léptek fel.

Jelenállapot: A női ing által kevésbé védett területeken nagyobb mennyiségben *urticariás* területek láthatók, melyeket szabálytatan alakú hyperaemiás udvar vesz körül. Ezen helyek: a tarkótól a vállak felé, a mell felső része az emlőkig, a két kar egész terjedelmében, különösen a külső részen és az alkar, az alszár egész terjedelmében, valamint a lábhát.

Ellenben a női ing által védett területek: a hát, a csípő, a glutealis tájék, a czomb hátsó felülete, valamint a mell alsó része, has, szeméremtájék és a czomb mellső felülete teljesen szabadok.

A karokon és alszárakon az urticariás laesiók egy része a felvakarás folytán véres varral van fedve, más része, pl. az alszárakon, lencsényi, egész nagy olaszmogyorónyi hólyagokká alakult. Egy ilyen hólyag felfoszlott helyéből orbáncz indult ki a jobb alszáron. Vizeletben fehérje nincs.

Hőmenet	22-dikén	—	40·5
	23-dikán	37·8	39·2
	24-dikén	38·3	40·3
	25-dikén	37·3	39·6
	26-dikán	36·9	39·5
	27-dikén	37·0	39·3
	28-dikán	36·8	37·0

Ezentúl láztalan. A következő hó 3-dikán távozott; 7-dikén újból bejött recidiváló orbánczczal a jobb alszáron, mely phlegmonéssé lett, később pedig vándorlóvá.

A mint láttuk, megannyi esetben *urticaria bullosa* volt jelen. Ez úgy jöhetett létre, hogy a méreg annyira alterálta helyenként a böredényeket, hogy a hirtelen kiáramló savó nem fért meg a physiologikus irhahézagokban, mint az urticariánál, hanem betódult a hámrétegbe, széttépte és felemelte annak rétegeit. Ezt a poloskacsípés nyomán egy szerző sem említi. Pedig az *urticaria bullosa* a legkülönbözőbb tévedésekre (mint esetünkben is látható) adhat alkalmat. Igy variola, varicella, haematogen erythema urticatum, erythema polymorphe stb. felvételére. Róna tanár ugyanis nem talált semmi támpontot arra, hogy ezen esetekben a poloskacsípések mellett még egy társuló infectioból vagy gyógyszertől származó haematogen laesiót is felvegyen, és főleg ezen körülmény és a *további észlelésre* való felhivás, nem pedig a raritás indított bennünket a jelen sorok közlésére. Külön kiemelendő még az is, hogy az V. esetben a poloskacsípés helyén tört be a *streptococcus erysipelatis*. A mi pedig azon kérdést illeti, vajjon a poloska mérgének *alkalicitása* vagy az *enzyma* ereje okozza-e ezen elváltozásokat, ezt a *Gorka* dr.-ral együttesen tervbe vett kisérletezésekkel reméljük eldönthetni.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskereken.

Súlyos testi sértés büntette.

G Tr. é . . i lakos 1897. évi márczius hó 1-jen azon panaszt tette a n . . b . . i kir. ügyészségnél, hogy 1897. évi február hó 24-dikén este a korcsmában őt G. T. é . . i lakos porczellán gyujtótartóval úgy ütötte meg bal szeme táján, hogy az ezen ütés által keletkezett sérülései gyógyulásukra 4 hetet igényeltek.

M dr. é . . i orvos az 1897. év február hó 25-dikén, egy nappal a sérülés története után kiállított látleletében a következőket irja:

„Az illető 54 éves, középtermetű és heves fejfájásról panaszkodik.

1. A bal szem felső és alsó szemhéja tetemesen dagadt és kékesen elszínesedett. A szemrés zárt és a sérült azt a nagyfokú daganat miatt még erőfeszítéssel sem nyithatja ki. A szemrést magam kinyitva — mi nagy fájdalmat okoz —, úgy a szemhéjak valamint a szemteke köthártyáját duzzadtnak találtam. A szemteke köthártyáját duzzadtnak találtam. A szemteke köthártyája alatt és annak egész terjedelmében nagyobbfokú vérzés látható, oly annyira, hogy a szemteke fehér külleme vérvörösre átváltozott. A elülső szemcsarnok alján szintén kevés vér látható volt (hypohaema). A szivárványhártya színe piszkos-szürke, ellentétben a másik szem szivárványhártyájának kék színezetével. Az alsó köthártyaredőben kevés véralvadék volt.

2. A bal szemöldök bőrén két seb látható volt. Az egyik, mely közel a külső szemzughoz fekszik, éles sebszélű, hegyes végű s a felső szemgödörszéllel harántirányú, két cm. hosszú és a bőrt egészen a csontig áthatolja. A másik az előbbihez közel fekszik, ugyanolyan irányú, valamivel kisebb, de csipkés és szakgatott szélű.

Vélemény.

Vizsgált egyén körülbelül 24 órával a fentkeltezett vizsgálat megejtése előtt a szeme felett két zúzott sebet, szemén pedig terjedelmes véraláfutásokat szenvedett, még pedig olykép, hogy tompa, súlyos és kemény tárgy nagyobb erővel a szeméhez üttetett.

Miután e nagyobbfokú traumatikus behatás a szem belrészeinek, nevezetesen a szem szivárványhártyájának gyuladását fogja maga után vonni (mutatja ezt már az a ./' pont végén leirt szürkés színe a szivárványhártyának és igazolta azt az általam folytatott és a gyógykezelésben észlelt megfigyelés) és miután a szem ily bántalmának gyógyulására teljes munkaképtelenség mellett 4 hét szükségeltetik, az illető súlyos testi sérülést szenvedett. Nehezbíti még e körülményt azon tény, hogy a szem látóképessége ily nagyobbfokú traumatikus behatás és az azután okvetlenül bekövetkezendő gyuladás folytán tetemesen csökkenhetni fog.“

Az ügyészi indítvány folytán G. T. ellen súlyos testi sértés büntette miatt a vizsgálat megindittatott, a melynek folyamán a panaszos azon előadása, hogy őt G. T. korcsmai czivakodás közben mások szemeláttára porczellán gyujtótartóval oly erővel ütötte meg, hogy a gyujtótartó alja is eltörött s vértől elborítva eszméletlenül esett össze, beigazolást nyert. A befejezett vizsgálat után az ügyész indítványára G. T. ellen a B. T. K. 301. §-ába ütköző súlyos testi sértés büntette miatt a tárgyalás kitüzetett.

Az 189 . évi október hó 23-dikán a n . . b . . i kir. törvényszéknél megtartott végtárgyalás alkalmával sérült előadta, hogy sérülései következtében egy hónapig ágyban fekvő beteg volt, sőt bal szemén azóta nem lát. Erre elnök intézkedésére a végtárgyalás folyama alatt sérültet megvizsgáltam s nála a következőket találtam:

I. A jobb szem rendes, rajta elváltozás nincs.

II. A bal szem szemhéján az előrement sérülések a bőrben elhelyezett 2—2 cm. hosszú, tömött, rostos, a csont felett mozgatható heg hátrahagyásával gyógyultak. A sérülések a hegek állapota szerint okvetlen 8 napon túl, de 20 napon belül gyógyultak. A bal szem szemhéjai jól mozognak, a szem kötőhár-

tyája kissé belövelt. A szarúhártya színes, fénylő, átlátszó, a rajta képződő tükörkép rendes alkotású. A mellső szemcsarnok valamivel mélyebb mint a jobb szemen, a pupilla tág, rendetlen alakú, mozgathatlan, sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagál, az iris szürkéskéken elszínesedett, keskeny sávvá húzódott össze, a tágult pupilla alsó 3/4 része egy szürkésfehér, átlátszatlan, kerek, félgömbalakú, domborulatával felfelé néző testtel elzárt, mely test a szem mozgásainál helyét is változtatja. A pupilla felső részéből zöldes fény sugárzik ki.

A szemteke feszes, tapintásnál tömöttebb mint az ellenoldali. A látás csakis a fényérzésre van redukálva. A szemgolyó időszakonként a halántékra kisugározóan fájdalmas.

Kórisme.

Glaukomatosusan elfajult szemben luxált és elhomályosodott szemlencse.

Vélemény.

A megvizsgált bal szeme vak, mert csakis fényérzés van rajta. A bal szem jelenlegi állapota a bántalmazásból eredő, s a látleletben leirt elváltozás kimenetelét képezi s így a bal szem vaksága a bántalmazásból ered. Műtevés utján a bántalmazás folytán kificzamodott és később elhomályosodott lencse eltávolítható, mindazonáltal a látás csak kis fokban fog visszatérni. Ezen szem a látás számára okvetlen el van veszve. Az operatiót okvetlen nem is annyira a sérült szem érdekében kell végezni, hanem a másik, az ép szem miatt, mert meg nem operálás esetén sympathikus uton a másik szem is megbetegedhetik, s ez esetben az addig ép szem is elpusztulhat, az is megvakulhat.

A végtárgyaláson a kir. törvényszék G. T.-t a B. T. K. 301. §-ába[1] ütköző, a B. T. K. 303. §.[2] szerint minősülő súlyos testi sértés büntettében mondotta ki bűnösnek és egy évi és hat hónapi börtönre itélte s kötelezte öt egyúttal sértett G. Tr. javára 500 frt kártérítést, 29 frt kiadást, valamint a bűnügyi költségeket megfizetni.

Ezen itélet ellen G. T. a szegedi kir. itélő táblához irásban benyujtott felebbezéshez mellékelte a következő orvosi bizonyítványt:

Orvosi bizonyítvány.

„G. T. 54 éves görögkeleti vallású lakos folyó évi november hó 8-dikán baloldali ficzamodott hályoggal osztályomra gyógykezelés végett felvétette magát.

November 11-dikén műtét (luxált hályog kivonása) eszközöltetett rajta. E műtét indicatioja az volt, hogy a ficzamodott hályog ne képezze az okot a másik (egészséges) szemen felléphető sympathikus lobnak.

Műtét, mely sikeresen lett végrehajtva, azt eredményezte, hogy az egészséges szem nincs kitéve sympathikus lob veszélynek, mely veszély minden valószinűség szerint beállott volna, ha a luxált lencse (hályog) el nem távolíttatik. A bal szemen (beteg szem), melyen a műtét végre lett hajtva annak felső külső harmadában, a műtét előtt fényérzés volt jelen, ezen fényérzés a műtét következtében előreláthatólag állandóan is meg fog maradni.

Kelt N. 1897. november hó 22 dikén. Láttam. *H. L.* dr. igazgatófőorvos, *H. M.* dr. osztályorvos és a szemészeti osztály vezetője.“

A sz . . i kir. itélő tábla a kir. törvényszék által kártérítés czímén megállapított 500 frtnyi összeget 300 frtra szállította le „mert az elszenvedett sérülés sértett felet korábbi foglalkozásának teljesítésében csak csekélyebb mértékben akadályozza“, egyebekben „az első biróság itélete vonatkozó indokainál fogva hagyatik helyben.“

A kir. Curia 189 . évi január hó 25-dikén 4687/B. sz. itéletével „minthogy a sérülés súlyosságánál fogva, a mely miatt a sértett fél látóképességét az egyik szemére teljesen elvesztette, a kir. törvényszék által mérsékelten megitélt károsszeg leszállítására kellő ok nincs“, a törvényszék itéletét hagyta helyben.

[1] Btk. 301. §. A ki másnak testét szándékosan, de ölési szándék nélkül bántalmazza, vagy egészségét sérti, ha az ezáltal okozott sérülés, betegség vagy elmekór húsz napnál hosszabb ideig tartott: a súlyos testi sértés büntettét; ha húsz napot túl nem haladott, de nyolcz napnál tovább tartott: a súlyos testi sértés vétségét; ha pedig nyolcz napnál tovább nem tartott, a könnyű testi sértés vétségét követi el.

[2]) 303. §. Öt évig terjedhető börtönnel büntetendő a testisértés, ha annak következtében a sérült, testének valamely nevezetesebb tagját vagy érzékét, beszélő, halló, látó vagy nemző tehetségét elvesztette; ha e tagok, érzékek vagy tehetségek valamelyike használhatatlanná lett; ha a sérült nyomorékká vált, ha elméje megzavarodott; ha előre láthatólag hosszú ideig tartó betegségbe esett, vagy rendes foglalkozásának folytatására végkép, vagy előre láthatólag hosszú időre képtelenné vált vagy feltünően eltorzíttatott.

Ha pedig e sértések valamelyike felmenő ágbeli rokonon követtetett el: büntetése öt évig terjedhető fegyház.

Súlyos testi sértés bűntette.

A b. szt. gy . . . . i csendőrőrs 189 . évi junius hó 8-dikán azon jelentést tette a n . . b . . . i kir. ügyészséghez, hogy korcsmai verekedés közben M. I. k . t . . i lakos késsel bal lágyéka táján és bal karján úgy szúrta meg A. V. t . . . i lakost, hogy ez a szúrás következtében 10—14 napi gyógyulást igénylő sérüléseket szenvedett.

A sérülésekről K. dr. t . . . i körorvos az alábbi látleletet állította ki:

A középtermetü, elég jól táplált férfinak bal lágyéka táján egy 2—3 cm. hosszú szúrt seb van, melyen át a cseplesz és bélrészletek kinyomultak. Ezek kellő desinficiálás után visszatétettek, a seb bevarratott.

Vélemény.

Fentnevezett szúrt sebet kapott, mely 6—7 cm. hosszú és 2 cm. széles éles eszközzel hozatott létre; a seben, úgyszintén a betegen jelenleg semmi kóros eltérést észlelni nem lehet. Rendes viszonyok közt az egyén, ha a seb per primam gyógyul, 10—14 nap alatt meggyógyul, azonban a hashártyalob tünetei kizárva nincsenek s ezáltal életveszélyessé válhatik az állapot.

Az ügynek 189 . évi márczius hó 12-dikén a n . . b . i kir. járásbiróságnál megtartott tárgyalása alkalmával sértett A. V. azt adta elő, hogy a sérülései folytán teljes öt hétig volt ágyban fekvő beteg és három hétig állott orvosi gyógykezelés alatt. Ugyanezen alkalommal vádlott M. I. elismerte, hogy két izben szúrta meg A. V-t, de azzal védekezett, hogy önvédelemből volt kénytelen ezt tenni, miután A. V. öt késsel támadta meg, mig társai bottal ütötték. Ezen bántalmaztatását M. I. orvosi látlelettel is igazolta.

Ezek alapján a járásbiróság az ügyet az ügyészséghez tette át, „mert súlyos testi sértés büntette látszik fennforogni“. A kir. ügyészség indítványára M. I. és társai ellen a B. T. K. 301. §-ába ütköző súlyos testi sértés büntette miatt a vizsgálat megindult, a melynek során A. V. orvosi megvizsgálása is elrendeltetett. Az általam 189 . évi április hó 14-dikén eszközölt vizsgálatról a következő jegyzőkönyv lett felvéve.

1. A. V., 35 éves, középtermetü, elég jól táplált, csont- és izomrendszere jól fejlett, bőre napbarnított. Szellemi és külérzéki működései rendesek. Légzés, érverés és hőmérséklet szabályos.

A has bal oldalán, a felső csípőtövis és a köldök közti vonal közepe táján van egy gyermeköklönyi, puha, feszes, félgömbalakú, kopogtatásnál dobos hangot adó, könnyen összenyomható, sőt nyomásra egészen eltünő, egyenletes terimenagyobbodás, mely felett a bőr kissé feszes, mozgatható. Ezen terimenagyobbodás tetején van egy három cm hosszú, felülről és belülről le- és kifelé haladó, négy millimeter széles, tömött, rostos, kissé szederjes heg, melynek mindkét oldalán hét varrási szúrás nyoma van. A terimenagyobbodás eltünésekor a has falában egy, a mutatóujj számára átjárható nyilás tapintható, melyen keresztül a hasfal bőre a hasürbe benyomható s ekkor a megvizsgált fájdalmakat érez.

A megvizsgált előadja, hogy folyó évi január hó 7-dikén hasba szuratott, mely alkalommal belei a szúrási nyiláson keresztül a hasürből kinyomultak. A kinyomult beleket kezelő orvosa visszahelyezte és a sebet összevarrta. A gyógyulás több mint 3 hetet igényelt volna, sőt azontúl is soká munkaképtelen volt.

Kórisme.

Gyógyult hasfali átható szúrt seb, következményi mozgatható sérvképződéssel.

Vélemény.

Kétséget nem szenved, hogy a megvizsgált egyén az általa jelzett időben a hasürbe hatolólag megszuratott s ezen szúrás folytán belei a hasürből a sérülésen át részlegesen kinyomultak. A szúrt seb bőri részlete a varrás alkalmazása által begyógyult s ezen gyógyulás a heg minősége szerint 10—14 nap alatt állhatott be. De tekintve, hogy a mélyebb rétegekben a szúrási csatorna össze nem forrt s így a hasür nyitva maradt, minek folytán ezen átható hasfali sebet csakis az összeforrott bőr fedi: ezen nyitott hasseben keresztül a megvizsgáltnak belei a hasürből a bőr alá nyomulnak és a fent leirt mozgatható sérvet képezik, a melynek a be nem forrt hasfali szúrt seb a sérvkapuja. Ezek szerint az eredeti szúrt seb csak kivülről gyógyult be, a mélyebben fekvő részek nyitvamaradása által pedig sérvképződéshez vezetett a sérülés.

Igaz ugyan, hogy a sérvek úgynevezett radikális operatio útján sikeresen gyógyithatók, de ezen mütét eredménye nem biztos. Másrészt a sérvek sérvkötő használata mellett elég jól visszatarthatók, de a legjobb sérvkötő mellett is a sérv kinyomulhat, különösen nehéz munka esetén.

Mindezeknél fogva a megvizsgált a sérülése folytán képződött sérve miatt nehezebb munkára kevésbé alkalmas, mert ilyenkor a belei könnyen oly mennyiségben nyomulhatnak ki, hogy ezek többé vissza nem helyezhetők, s ennélfogva azok elhalnak, elüszkösödnek és halál állhat be.

Mindezekből az látszik, hogy az eredeti sérülés csak külsőleg gyógyult be 14 nap alatt, belső részei nem gyógyultak be, sőt következményeikben a munkaképesség maradandó csökkenésére okot szolgáltattak.

És épen annálfogva, mert a sérülés a belső részekben volt súlyosabb jellegü, úgy kétséget sem szenved, hogy a külső seb begyógyulása után is a megvizsgált még hosszabb időt ágyban tölteni volt kénytelen, söt azután is egy ideig teljesen munkaképtelen lehetett.

A megejtett vizsgálat után az ügyészi indítvány értelmében M. I. ellen a Btk. 301. §-ába ütköző súlyos testi sértés büntette miatt a tárgyalás kitüzetett. Az 189 . évi október hó 27-dikén megtartott végtárgyaláson a kir. törvényszék M. I. 44 éves gör. kel. vallású, nős, két gyermek atyját, irni olvasni tudó, vagyontalan, rovott előéletü napszámost a Btk. 301. §-ába ütköző és ugyanazon §. szerint minősülő súlyos testi sértés büntette miatt bünösnek mondotta ki s a Btk. 302. §-a alapján 8 (nyolcz) havi börtönre, 100 frt. kártérítési összegre és a felmerült bünügyi költségek megfizetésére itélte, mert „A. V. sérültön az orvosi látleletben leirt és három heti gyógytartamot jóval túlhaladó időt igényelt testi sértést ejtett.“

A szegedi kir. itélő tábla M. I. vádlottat a B. T. K. 301. §-ába[1] ütköző s a 303. §. szerint minősülő súlyos testi sértés büntettében mondotta ki bünösnek, a börtönbüntetést nem mint a törvényszék a Btk. 302. §-a, hanem a Btk. 303. §-a[2] alapján szabta ki és két és fél évre emelte fel, mert „A. V. hasán ejtett szúrás a felvett látlelet szerint egy 2—3 cm. hosszú szúrt seb, melyen át a cseplesz és a bélrészletek kinyomultak s ezeknek visszatétele után a seb a kezelő orvos által bevarratott. E látleletre alapított orvosszakértő véleménye szerint a bevarrt seb 10—14 nap alatt gyógyul, de a hashártyalob bekövetkezése sem lévén kizárva, ez esetben életveszélyes lehet.“

„Sértett azt vallotta, hogy a vádlott által bal lágyéka táján ejtett eme szúrás folytán öt (5) hetet meghaladó egészséghábori-tást szenvedett és sértettnek ezt az állítását a hit alatt kihallgatott G. V. és U. P. tanuk is bizonyitották, kik, mint a sértett szomszédai, öt többször meglátogatták.“

„E testi sértésre nézve 189 . évi április hó 14-dikén, vagyis a sértés után három hó és hét (7) nap mulva meghallgatott kir. törvényszéki orvos véleménye szerint sértett a hasürbe hatoló szúrt sebet szenvedett, mely szúrt sebnek börrészlete a varrás alkalmazása folytán 10—14 nap alatt gyógyulhatott ugyan, de a mélyebb rétegekben ez a szúrt seb össze nem forrott, s igy a hasür nyitva maradt s ezen nyitott hasüri seben keresztül a sértett belei kinyomulnak és mozgatható sérvet képeznek, mely sérv orvosi mütét útján néha sikeresen gyógyitható ugyan, a mütét eredménye azonban nem biztos s a legjobb sérvkötő használata mellett is a sérv különösen nehéz munka esetén kinyomul s hogy ezeknél fogva sértett a szenvedett szúrás folytán képződött sérve miatt nehezebb munkára kevésbé alkalmas, mert ilyenkor könnyen a belek oly mennyiségben nyomulnak ki, hogy azok vissza nem helyezhetők, clüszkösödnek és ez által gyorsan halálhoz vezetnek“.

„Minthogy a kir. törvényszéki orvos eme véleménye szerint sértettnek a szúrás által okozott sérülése csak külsőleg gyógyult be, belső részei nem is gyógyulhattak és következményében sértett maradandó munkaképtelenségét idézte elő: ennélfogva vádlott cselekményét a B. T. K. 303. §-a szerint minősiteni és e miatt őt figyelemmel arra is, mint súlyosító körülményre, hogy vádlott hasonló, illetve a B. T. K. 303. §-a szerint minősülő cselekményért egy izben már három (3) évi börtönnel büntetve volt, a B. T. K. 303. §-a alapján a rendelkezés szerint büntetni kellett.“

Ezen királyi itélőtáblai itéletet a kir. Curia „az abban felhozott indokoknál fogva“ az 189 . évi deczember hó 5-dikén hozott 4593/B. számú itéletével helybenhagyta.

[1] Btk. 301. §. A ki másnak testét szándékosan, de ölési szándék nélkül bántalmazza, vagy egészségét sérti, ha az ezáltal okozott sérülés, betegség vagy elmekór húsz napnál hosszabb ideig tartott: a súlyos testi sértés büntettét, ha húsz napot túl nem haladott, de nyolcz napnál tovább tartott: a súlyos testi sértés vétségét, ha pedig nyolcz napnál tovább nem tartott, a könnyü testi sértés vétségét követi el.

[2] 303. §. Öt évig terjedhető börtönnel büntetendő a testi sértés, ha annak következtében a sérült testének valamely nevezetesebb tagját vagy érzékét, beszélő, halló, látó vagy nemző tehetségét elvesztette; ha e tagok, érzékek vagy tehetségek valamelyike használhatatlanná lett, ha a sérült nyomorékká vált; ha elméje megzavarodott; ha előreláthatólag hosszú ideig tartó betegségbe esett, vagy rendes foglalkozásának folytatására végkép, vagy előreláthatólag hosszú időre képtelenné vált, vagy feltünően eltorzittatott.

Ha pedig e sértések valamelyike felmenő ágbeli rokonon követtetett el, büntetése öt évig terjedhető fegyház.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közli: **Ráskai Dezső** dr. mütőorvos.

II. Rész. Mütéti eljárások.

A prostata aggkori megnagyobbodása által létrejött kóros állapotnak legsúlyosabb tünete a retentio, a vizeletnek megrekedése a hólyagban.

Az esetek túlnyomó többségében a retentio készteti a beteget arra, hogy orvosi segélyt vegyen igénybe. Pedig ennek az állapotnak a beállát már gyakran évekre visszanyúló tünetek előzték meg. Az első orvosi segély természetszerüen a hólyagnak katheter útján való kiürítésében áll. Az első katheterismus azonban sohasem az utolsó is. A retentiót megelőző állapot az egyszeri katheterismussal nem lesz helyreállitva, és a katheter igen sok esetben az egyén hü kisérője marad mindhalálig. A prostatikus egyén sorsát nem egyszer már az első evacuatio pecsételi meg. Az orvos gyakorlatlansága, vagy a mi gyakoribb, túlbuzgósága a katheterismusnál, a legteljesebb sebészi tisztaság szem elől tévesztése, alkalmatlan eszközökkel való próbálgatás, az az ambitio, hogy minél teltebb vizelőüveget mutassanak a megkönnyebbülten fellélegző betegnek és ámuló környezetének, szóval az egész visszatartott vizeletmennyiségnek egyszeri, brusque leeresztése nem egy esetben tragikus gyorsasággal végez a beteggel, majdnem mindig azonban a szenvedések és nyomorúságok hosszú láncolatában az első szemet alkotja. Még ha az első beavatkozás veszély nélkül mulik is el, az orvos szakavatottságától, a betegnek vagy hozzátartozóinak helyes kioktatásától függ, mennyivel rövidíti meg a „catheter life“ az egyén életét.

Ennek a ténynek a felismerése fejlesztette a katheterismus módszertanát oly tökéletességre, hogy azon okokkal egyetemben, a melyek az állapot kórtani felfogásában gyökereztek, és a melyekre ezen összefoglaló szemle I. részében bővebben utaltunk, a gyökeresebb gyógyitásra való törekvés a priori czéltalannak, ex cathedra nézve a dolgokat, néhány egészen kivételes súlyos esettől eltekintve, feleslegesnek látszott. Annál is inkább, mivel az ilyenmü mütéti törekvések eredményei a theoretikusan helyesnek tartott álláspont elhagyására egyáltalában nem biztattak. Csakhogy a tökéletesre fejlesztett módszertana a katheterismusnak, a gyakorlatban csak ritkán volt azzal a praecisioval kivihető, a mint az az iskolában bevált, és még kedvező esetben is annyi bajjal, annyi nehezen elviselhető kényelmetlenséggel járt, hogy az alkalmazásától való menekülés a megváltást jelentette volna a beteg számára.

Midőn tehát a *Guyon* nagy tekintélye által támogatott felfogás, mely a hypertrophia által létrejött tünetcsoportot egy általános kóros állapot részjelenségének fogta fel, veszitett valószinüségéből és a tüne-

tek okát a mechanikus akadályban vélték feltalálni, a palliativ beavatkozások is mindinkább a rögtöni beavatkozások helyét foglalták el, az időleges enyhülés czélzatával, mintegy előkészítéseül a teljes restitutiót létrehozó műtétnek.

A beavatkozások két csoportra oszthatók: *a*) olyanok, a melyek a prostata kisebbedését indirect úton akarják elérni, és *b*) olyanok, a melyek directe czélozzák ezt.

Az indirect operatiók közül nagyobb jelentőségre a sexualis operatiók tettek szert, és ha ma már e műtétek tisztán a multénak tekinthetők és csak történelmi értékkel birnak, úgy mégis a teljesség kedvéért szükségesnek tartjuk rövid ismertetésüket.

A prostatát közvetlenül megtámadó műtétek veszélyes volta, a nagy technikai nehézségek egyrészt, másrészt az activitásra való törekvés a sebészet minden terén, a mely a 90-es években is érvényesité még hatását, a theoretikusan indokoltnak látszó műtétet csakhamar népszerűsité a gyakorlati kivitelben is. Az első ilyen műtétet az orosz *Ssinitzin*[1] végezte, exact vizsgálatok alapján azonban *Ramm*[2] Christiániában, úgy hogy az elsőbbség joggal őt illeti meg, mig a műtét népszerűsítésében igen nagy érdemei vannak az amerikai *White*-nek.[3]

A castratio által létrejött súlyos psychikai zavarok, valamint a műtétnek csonkító jellege, csakhamar a műtéti beavatkozás enyhitésére birták a sebészeket, úgy hogy egész hosszú sora keletkezett az úgynevezett sexualis műtéteknek, a melyek a herék részleges eltávolításával vagy azok táplálkozási viszonyainak megváltoztatásával igyekeztek a prostata visszafejlesztését létrehozni. Ezen ma már kivétel nélkül elhagyott műtétek a következők voltak:

1. Műtétek a herén: *a*) castratio, *b*) egyoldali orchidectomia, *c*) részleges alákötés és resectio a herén (a here és mellékhere elválasztása [*Bazy*,[4] *Escat*[5] stb.]), *d*) sclerogen-injectiók a herébe ([*Mac Cally*][6] cocain-oldat, [*Gross*][7] Lannelongue-féle sclerogen inj. 5—10%-os chlorzink-oldat).

2. Műtétek az ondózsinóron: *a*) az ondózsinór alákötése (először *Erving Mears*,[8] 1894-ben), *b*) az ondózsinór átmetszése (*Lauenstein*[9] 1895), *c*) az ondózsinór teljes resectioja, *d*) az ondózsinór részleges resectioja (angioneurectomia).

3. Műtétek a különválasztott vas deferensen: *a*) alákötés, *b*) átmetszés (nyiltan és subcutan), *c*) átmetszése és ligaturája a vas deferensnek, *d*) egyszerű resectio, *e*) resectio a vas deferens csavarodásával

A sexualis operatiók indicatioira nézve a nézetek nagyon eltérők voltak, abban azonban megegyeztek mindannyian, hogy hólyagatoniánál végezni nem szabad, ellenben helyén vannak a puha nagy prostatáknál, ott a hol a congestio praevaleál. A sexualis műtétek által elért eredmények silánysága még a legkedvezőbbnek látszó esetekben is, és ezzel szemben a már említett súlyos psychikai depressiók és testi senyvedések, a nagy lármával megindult mozgalmat rövid egy-két év alatt elhallgattatták.

A sexualis műtétek indicatioihoz hasonló okoskodás késztette az art. iliaca interna alákötésére elsőbben *Bier*-t[10] 1893-ban. E nehéz műtétet 11 esetben végezte, ezek közül 3 halállal végződött, 7-nél javulás állott be. *W. Meyer*[11] 3 esetben végezte, 1 meghalt, 1 nem javult. A műtéttel járó nagy koczkázat, a súlyos trophikus zavarok e műtéti eljárás nagyobb körben való elterjedésének kezdettől fogva útját állták.

A sexualis műtétek iránti lelkesedés megszünte, daczára a mindvégig jó, sőt fényes statistikáknak, oly egyértelműséggel és gyorsasággal következett be, mint arra a sebészetben példát talán csak az izületi sebészet terén találunk.

A kijózanodás ezen időszakában nyitott a minden áron tenni akarás számára teret egy német specialista, *Freudenberg*,[11] ki Bottini olasz sebész a Mercier-féle sécateur à lame courante mintájára készült műszerének ügyes módosításával, és ezen műszerrel végzett gyógyításoknak agilis publikálásával, a prostatának galvanocaustikus úton történő bemetszését mint tartós, sőt radicalis műtétet hozta divatba.

Bottini[12] műszerét már 1872-ben megszerkesztette, első műtéteit már 1873-ban végezte és többszöri kedvező közlései daczára eljárásának ajánlása hivőkre még hazájában is alig talált, a mint azt nem minden keserűség nélkül, majdnem egy negyedszázaddal első esetei után constatálta.

Freudenberg nemcsak a műszer megbizhatóságát emelte, hanem az indicatiók szigorúbb meghatározására és az eljárásnak kiképzésére is döntőleg befolyt, úgy hogy az ő ajánlata folytán ez a teljesen elhanyagolt, helyesebben egyáltalán nem alkalmazott eljárás mindig szélesebb körben elterjedt, igen neves és itéletükben megbizható sebészek körében is.

Az előzetes tükrözés általi tájékozódás, egyes ellenőrző fogásoknak kifejlesztése által a műtét ellen felhozott legnyomósabb érv, a sötétben való dolgozás veszített jogosultságából. A műtét kétségtelenül nem mondható teljesen ártalmatlannak vagy veszélytelennek, a mint azt néhányan különösen eleinte feltüntetni szerették volna, de másrészt a műtéttel járó veszélyek, ha másneműek is, semmi esetre sem nagyobbak, vagy plane gyakoriabbak, mint más hasonló dignitású sebészi beavatkozásnál. A mi e műtét hitelének ártott, az túlbuzgó alkalmazóinak dicsérete volt, mely e műtétet radicalisnak hirdette, holott legjobb esetben palliativnak mondható, a mely a vizelet könnyebb lefolyását időlegesen biztositja. Mint ilyen, de csak is mint ilyen, a jövőben is alkalmaztatni fog.

Débédat[13] a galvanocaustikus módszer helyett az elektrolytikus utat ajánlja. E czélra külön műszert szerkesztett, a mely 2 egymás mellett elhelyezett tokból áll, a melyben platin-iridium-hegygyel ellátott két tű mozog. A tűvel a prost. szövetébe szúr, 40—50 milliampère erősségű áram által 15—20 percz alatt elég erős elektrolytikus hatás jön létre.

A gyógyulás módjai a következők: 4—5 alkalmazás után vagy felszivódás jön létre, vagy felpuhulás lobos reactioval, a mely csak 2 hónap mulva szünik meg, vagy pedig elgenyedéses tályog jön létre, melynek megnyitásával zsugorodás áll be. Egészen modern *Heber Robarts* (St Louis),[14] ki azon jó eredményekről számol be, a melyeket a prost. hypertr. radiotherapiájával elért. Ólomlemezzel biró asztalra ülteti a beteget, ezen egy haránti irányú, nem hosszú hézag van. A cső a beteg ülőhelye alá helyeztetik. A beteg úgy ül, hogy csak a bulbus urethrae van fedve. A megnagyobbodott lebenyek igen gyorsan visszafejlődtek.

A sebészi irány térfoglalása a húgyszervek megbetegedéseinek kezelésében, a technikai készség, a melylyel lépésről lépésre hódit, a priori ellentmondott mindazon beavatkozásoknak, a melyeket itt felsoroltunk. *A prostata hypertr. radicalis gyógyítása a megnagyobbodott prostatának eltávolításában van megadva.* Mielőtt azonban ezen műtétek ismertetésére áttérnénk, két műtéti eljárásról akarunk megemlékezni, mint olyanokról, a melyek nem a gyakorlati kivihetőség vagy az igérő eredmény, de az alapul szolgáló eszme miatt érdemelnek említést.

Goldmann (Freiburg in Br.),[15] kutatván annak okát, miért sikerül a kath. posterior suprapubikus fistula útján oly könnyen, azon tapasztalatra jutott, hogy a mellső falnak a fistula útján való rögzitése folytán a húgycső belső szájadékára vongálás, tehát tágitás, a körülvevő redőnek pedig elsimitása jő létre. A húgycsőszájadék *Waldeyer* és *Disse* vizsgálatai szerint erősen (mozdulatlanul) rögzített, és igy a mellső fal felől jövő minden húzás tágitólag hat a szájadékra, a mint erről boncztani vizsgálatok, valamint igy megoperált és később meghalt betegek boncolásánál, a hol a hólyag egészen antevertált volt, kitünt. Az operatio Goldmann szerint ajánlatos mindazon esetekben, a melyekben hólyagfali degeneratio még nincs.

Casamayor[16] szerint a prostata túltengő növekedésében az alsó húgycsövet meghosszabbitja és difformálja, mig a felső húgycső fixált és merev voltánál fogva mozdulatlan marad, innen jönnek a vizeletkiüritést és a katheterismust megnehezitő elhajlások létre. Ennek meggátlására vagy scarifikáló sonda útján, vagy pedig a perineum vagy hypogastrium felől szabaddá tett prostatikus húgycsőrészletbe transversalis bemetszések teendők. A vérzés csekély, a húgycső meghosszabbodik, de rendes hajlatú marad. Methodusát élőn azonban nem próbálta meg.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Stuertz: Praktische Anleitung zur Organisation von Fürsorgestellen für Lungenkranke und deren Familien. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1905.

Ismeretes, hogy Németországban a tüdőgümőkór elleni küzdés tekintetében legfontosabbnak, sőt talán egyedül fontosnak állitották volt oda a tüdőbeteg-gyógyintézeteket, a minek megfelelően rövid idő alatt (1895 óta) közel 100 ilyen gyógyintézet keletkezett, a melyekben évenként mintegy 20,000 szegény tüdőgümőkóros nyerhet átlag három hónapon át ápolást. Nemsokára azonban kezdték belátni, hogy ezen gyógyintézetekkel egyedül nem sokra mennek a tüdőgümőkór elleni küzdelemben és hogy egyéb, gyökeresebb intézkedésekre is szükség van. Elég gyorsan kikristályosodott az a nézet, hogy a legfontosabb teendő lehetőleg minden gümőkóros családot kikutatni, ezeket lakásukban felkeresni, az ott található hygiene-ellenes állapotokat megszüntetni, a lakásokat fertőzteleniteni, a család tagjait a prophylaxis elemeivel megismertetni, és ily módon a gümőkóros családtagok részéről fenyegető veszélyt lehetőleg elhárítani; fontos végül a betegeknek kellő ápolását és gyógyitását biztositani. Ennek megfelelően keletkeztek a gyógyintézetek mintegy kiegészitő részét képező intézmények, mint a milyenek a nappali üdülőhelyek, a szünidei telepek, a falusi coloniák, a munkáskertek, a franczia és belga „dispensaire"-ekhez hasonló intézetek, az ápolóhelyek gyógyithatlan tüdőgümőkórosak számára stb.

Mindezeknek ismertetését nyujtja az előttünk fekvő, 118 oldalra terjedő, nagyon átnézetesen összeállitott munka. Különös tekintettel van ezen intézmények szervezetére, valamint a létesitésükhöz és fenntartásukhoz szükséges pénz beszerzésének módozataira. Noha a fősúlyt a német intézmények ismertetésére helyezi, a más országokban működésben levő hasonló intézményeket is felveszi a tárgyalás körébe. A munkát, a mely az idetartozó intézmények továbbfejlesztésének módozataira, valamint az ezekre vonatkozó, még függőben levő kérdésekre is kiterjeszkedik, az elmondottakból levonható fő elvek rövid egybefoglalása fejezi be. Mellékletképen pedig közli a Pannwitz szerkesztette nagy táblázatos összeállitást, mely a gümőkór elleni küzdés állását Németországban az 1904. év elejéről tünteti fel.

A munka tartalmával minden orvosnak meg kellene ismerkednie, mert — eltekintve a tárgy fontosságától — ezen könyv is, úgy mint több hozzá hasonló, nem csupán orvosok, hanem oly laikusok számára is készült, kik állásuknál vagy hivatásuknál fogva (különböző hatóságok vezetői, jótékonysági egyletek élén állók, munkaadók) kell hogy érdeklődjenek a tüdőgümőkóros betegek sorsa iránt. Ennélfogva, de meg más okokból is, a munkában tárgyalt intézmények iránt mind tágabb körök érdeklődése felkeltetvén: minden orvos könnyen abba a helyzetbe kerülhet, hogy ezen intézményekre vonatkozó felvilágositásért fordulnak hozzá.

Uj könyvek. *Schnirer:* Taschenbuch der Therapie. Wien und Leipzig, R. Coën. — *Brieger* und *Laqueur:* Moderne Hydrotherapie. Berlin, L. Simion Nf. — *Schoenborn:* Die Lumbalpunction und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Kehr:* Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge. München, J. F. Lehmann. — *Martin:* Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis. München, J. F. Lehmann. — *Salomon:* Über Durstcuren, besonders bei Fettleibigkeit. Berlin, A. Hirschwald. — *Hertwig:* Ergebnisse und Probleme der Zeugungs- und Vererbungslehre. Jena, G. Fischer. — *Heryng:* Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten. Berlin, J. Springer. — *Hoennicke:* Über das Wesen der Osteomalacie. Halle a. S., C. Marhold. — *Weygandt:* Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Halle a. S., C. Marhold. — *Engels:* Die Desinfektion der Hände. Jena, G. Fischer. — *O. Falk:* Moderne Fragen der Wochenbettdiätetik. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Herff:* Über künstliche Frühgeburt bei Beckenenge insbesondere mit dem Blasenstich. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Sauvez:* L'anesthésie locale pour l'extraction des dents. Paris, Vigot frères. — *Keim:* Traitement des hémorrhagies puerpérales. Paris, Vigot frères. — *Contet:* Les méthodes de rééducation en thérapeutique. Paris, Vigot frères. — *Proust:* Manuel de la prostatectomie périnéale pour hypertrophie. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Griserin elnevezéssel *Küster* a mult év második felében egy új szert ajánlott, a melylyel tüdőgümőkór és más súlyos fertőző betegségek eseteiben állitólag fényes eredményeket lehet elérni. A griserin nem más, mint a jodoform pótszereként ajánlott, de máris feledésbe merült loretin (meta-jod-ortho-oxychinolin-ana-sulfosav), a mely alkaliák hozzáadásával könnyebben oldhatóvá és belső használatra alkalmasabbá tétetett.

Minthogy a közlemény nagyon előkelő szaklapban (Berliner klin. Wochenschrift, 1904. 43. szám) jelent meg, szerzője pedig titkos egészségügyi tanácsos; másrészt minthogy oly betegségek ellen használható szerről szólt, a melyek nagyon elterjedtek, és eddigi orvosló eljárásainkkal szemben többnyire nagyon makacsul viselkednek: megvolt a lehetősége annak, hogy a griserint kiterjedten fogják használni. Minthogy azonban egy ilyen új szernek az általános gyakorlatba kritika nélkül való bevezetése nem közömbös, sok kárral járhat: többen kötelességüknek tartották, hogy főleg jól megfigyelhető anyagon (kórházi betegeken), kellő körültekintéssel kisérleteket végezzenek a griserinnel és eredményeiket az ügy érdekében gyorsan közöljék. Ennek megfelelően már eddig is több czikk jelent meg, a melyeket röviden a következőkben ismertetünk.

Schomburg (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 1. szám) tüdőgümőkór eseteiben semmi hasznát sem látta, még subjectiv javulást sem észlelt, sőt a betegek egy része a keletkezett hasmenés által elgyengítve, a szer további használatának beszüntetését kérte.

Deneke (Münchener medicinische Wochenschrift, 1905. 3. szám) a hamburgi György-kórház 13 tüdővészes betegén tett észleleteinek eredményét a következőkben foglalja össze: a griserin, melyet némelyek 45 napon át használtak, semmiféle befolyást nem gyakorolt a gümőkóros folyamatra; eltekintve a köpet kedvezőtlen befolyásolásától (szivósabbá, pépessé válás), egyedüli hatásként a nem nagyon megbizható hashajtó hatás mutatkozott. Ugyanezen czikkben találjuk említve, hogy *Ritter*, az edmundsthali tüdőbeteg-sanatorium főorvosa, a hamburgi orvosegylet deczember 13-dikán tartott ülésén szintén kedvezőtlen eredményekről számolt be.

Vlach (Prager medizinische Wochenschrift, 1905. 3. szám) a prágai német egyetem belklinikáján 31 esetben használta a griserint minden eredmény nélkül.

Schönheim (Budapesti orvosi ujság, 1905. 6. szám) a budapesti szent István-közkórház VI. orvosi osztályán 10 gümőkóros egyénnél tett kisérleteket griserinnel; kedvező hatásról nem tud beszámolni, mert a néha mutatkozott némi tüneti javulás nem tudható be a griserin hatásának, hanem egyéb körülményeknek tulajdonitandó; megjegyzi azonban, hogy káros hatását sem látta a szernek; az ismételve észlelt hasmenés nem volt nagyfokú és könnyen volt mérsékelhető.

Még megemlitjük, hogy *Petruschky* (Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 50. szám) lépfenével fertőzött állatokon tett kisérleteket griserinnel, de még akkor sem sikerült positiv eredményt elérni, ha már a fertőzés előtt oly nagy mennyiségű griserint vitt az állatok szervezetébe, a mely mennyiségek a halálos adagot már nagyon megközelitették.

Hasonló kisérleteket, a többi között gümőbacillusokkal fertőzött tengeri malaczokon, *Friedberger* és *Oettinger* (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 7. és 8. szám) is végeztek Pfeiffer tanár königsbergi hygienei intézetében, szintén minden eredmény nélkül.

Végül még néhány szót a griserin áráról. A porosz gyógyszerárszabvány szerint 1 gramm loretin ára 15 fillér, 1 gramm griseriné pedig 35 fillér, noha ez utóbbi szerben a loretin 6·75% át natrium bicarbonicum helyettesiti, tehát tulajdonképen olcsóbbnak kellene lennie.

Belgyógyászat.

A physiologiai albuminuriáról szóló legújabb czikkében *Leube* tanár csoportosítja azokat az érveket, a melyek a vesefilter sűrűségének veleszületett különbözősége mellett szólnak és kifejti, hogy ezen felvétel a physiologiai albuminuria keletkezésének magyarázhatására nélkülözhetlen. Terszűke miatt nem terjeszkedhetünk ki fejtegetéseinek bővebb tárgyalására, csupán a gyakorló orvosra is értékkel biró azon tapasztalatáról kivánunk röviden megemlékezni, mely szerint bonczolásra került 109 szivbajos beteg közül 4-nél intra vitam a vizeletben fehérje nem volt kimutatható, noha bonczoláskor ezekben az esetekben kifejezett vesebeli pangás találtatott. Ez csak úgy magyarázható, hogy a vesefilter nagyon sűrű volt, úgy hogy nagyobbfokú pangásnak is ellentállott, nem bocsátott át fehérjét. Másrészről ezek az esetek azt is mutatják, hogy szivbaj eseteiben az albuminuria hiányából nem szabad a szivbaj kevésbé súlyos voltára következtetni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 3. szám.)

Halálos kimenetelű trichocephaliasis esetét irja le *Sandler*. Az eset egy 11 éves fiúra vonatkozik, a kinél főleg a nagyfokú vérszegénység jelei ötlöttek fel (vörösvérsejtek száma köbmillimeterenként 1.200,000, fehérvérsejteké 30,600; haemoglobintartalom 28%; a vörösvérsejtek nagyságának nagymérvű változatossága; mérsékelt pokilocytosis; magtartalmú vörösvérsejtek hiányoztak). A bélsárban trichocephalus dispar petéi találtattak. A kórházban tartózkodás alatt, daczára féregűző szerek használatának, az anaemia még fokozódott (két hét után vörösvérsejtek száma 690,000, haemoglobintartalom 20%). A halál fokozódó somnolentia mellett tonikus és clonikus görcsök között nemsokára bekövetkezett. Bonczolás — sajnos — nem végeztetett. Szerző behatóan ismerteti a trichocephaliasis irodalmát, különös tekintettel az eddig közölt néhány súlyos lefolyású esetre. A gyógyitást illetőleg azt hiszi, hogy hasonló esetekben legczélszerűbb volna a Gibson ajánlotta orvoslóshoz folyamodni, mely abban áll, hogy a beteg reggel és este 0·06 gramm calomelt kap 0·3 rheummal, e mellett tinctura ferri sesquichlorati-t (1·2 gramm 90·0 vizre; naponként 3 evőkanálnyit). Másodsorban tekintetbe jöhetnének a benzin-beöntések (néhány csepp — evőkanálnyi benzin 1 liter vizre). (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 3. szám.)

Ascaris okozta súlyos tünetek jelentkeztek *Prosper St. Leger Liston* egy 13 éves fiúbetegénél, a kit már több orvos tüdővészesnek nyilvánitott. A tünetek következők voltak: makacs köhögés, időnként véres köpet, éjjeli izzadás, nagyfokú lesoványodás, magas hőmérsék (jelentkezéskor 104° F, vagyis 40° C), a has erős tágulata és érzékenysége, nagyfokú hasmenés és álmatlanság. A torok vizsgálatakor egy ascarist talált szerző, fejével az Eustach-kürt nyilásába beékelődve; ennek eltávolítása után a szintén jelen volt fejfájás megszünt. Santonin, calomel és scammonium használata mellett részint hányással, részint bélürülés útján összesen 603 ascaris távozott, a melyeknek hossza 4 és 9 hüvelyk között ingadozott. Azóta a köhögés megszünt, az étvágy visszatért és a testsúly 14 fonttal gyarapodott. (The lancet, 1905. I. 4. szám.)

Eumydrin tüdővészesek éjjeli izzadása ellen. A bécsi „Allgemeines Krankenhaus" IV. orvosi osztályán *Jonas* 46 esetben tett kisérletet eumydrinnel. Az esetek túlnyomó többségében (83·3%) 1—3 milligramm naponkénti használata után (poralakban) javulás mutatkozott, sőt néha az izzadás teljesen meg is szünt. Ritka esetekben rövid időre elmaradt az izzadás a szer használatának beszüntetése után is. Súlyosabb mérgezési tünetek sohasem jelentkeztek; egyes esetekben nagyobb adagoknak huzamosabb használatakor csekély mérvű torokszárazság jelentkezett, mely azonban a szer kihagyása után csakhamar megszünt. Szivdobogás vagy izgalmi tünetek a nagyagy részéről sohasem észleltettek. Mindezek alapján az eumydrint, mely nem más, mint methylatropinnitrat, mint izzadástcsökkentő és e mellett kellemetlen melléktüneteket nem okozó szert ajánlani meri. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 4. szám.)

Venereás bántalmak.

12 év előtti syphilis-endemiának következményeit irja le *W. Brosius* (Saarbrücken), a ki ez által a tabes-syphilis kérdéséhez egy igen erős positiv adatcsoporttal járul. A syphilises infectio terjesztője egy a katonaságtól visszatért üveggyári munkás volt, a ki üvegfúvás közben a közös fúvócsővel (úgynevezett pipával) 7 társát fertőzte. Az igy fertőzött munkások akkoriban a 18—30. életkorban voltak, s a kórházból rövid antilueses kezelés után mint „gyógyultak" elbocsáttattak. *Brosius* ezen 7 extragenitalisan fertőzött munkás közül 12 évvel később ötöt idegrendszerileg átvizsgált, s azon szomorú eredményre jutott, hogy közülük négyen (80%) tabesben, illetőleg paralysisben szenvedtek. E szomorú tapasztalat kifejezetten erősíteni látszik azon határozott és szoros összefüggést, mely a syphilis és a tabes, illetőleg paralysis aetiologiája között fennforog. Igen érdekes e megfigyelésben az a tény is, hogy a syphilises infectiók ugyanazon egyéntől, tehát egyazon forrásból, virustól származtak. De Brosiusnak ezen észlelete nemcsak a tabes-syphilis kérdésében bir fontossággal, hanem teljes figyelmet érdemel bizonyos socialis szempontokból is. Daczára annak, hogy a munkások annak idején bebizonyitottan munka közben jutottak a syphilises fertőzéshez, munkaadójuktól sem akkor, sem most, midőn súlyos idegbajuk miatt részben már munkaképtelenekké is váltak, kárpótlást vagy végkielégitést nem kaptak, noha jelenlegi idegbajuk nagy valószinűséggel az akkori fertőzésből eredőnek tekintendő. Érdekes, hogy a kivánt kárpótlást a bíróság is megtagadta. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 71. k., 2—3. f. 1904.) *Guszman* dr.

A syphilis késői alakjainak kezelésére *Penzold* tanár (Erlangen) módositott Ricord-féle higanyjodid-jodkalium-oldatot ajánl: Rp. Hydrargyri bijodati 0·2; kalii jodati 10·0; Aquae destillatae ad 300·0. M. D. S. Naponként 3-szor evőkanálnyit. Mellékhatásként mérsékelt, többnyire

gyorsan muló és megfelelő diaeta megszabásával könnyen megelőzhető gyomor- és bélzavarok észleltettek, továbbá két esetben — mindkettőben súlyos syphilises bőrelváltozások voltak jelen — a vizeletben fehérje és hengerek jelentek meg. Az említett oldattal főleg a bőr és a nyákhártyák gummás syphilise, továbbá az agy és a gerinczvelő syphilises megbetegedése eseteiben érhetni el jó eredményeket. (Therapie der Gegenwart, 1905. 1. füzet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A paranephrin-cocain-keverék érzéstelenítő hatását dicséri fogorvosi műtéteknél *Römer*. A keverék jó hatása abban leli magyarázatát, hogy a befecskendett mellékvesekivonat a befecskendés helyén erős véredényösszehúzódást idéz elő. Minthogy ezáltal az anyagcsere és a vérkeringés, meg a felszívódás erősen alászállíttatik, a cocain egyfelől nem fejthet ki mérgező hatást, helybeli érzéstelenitő hatása pedig annál kifejezettebb lesz. Mellékvesekivonattal kevert cocain Römer szerint még azoknál sem okoz mérgezést, a kik a cocainnal szemben különben idiosynkrasiával viseltetnek, s ha e keverék befecskendése után mégis intoxicatio lép fel, azt egyenesen a helytelenül dosirozott mellékvesekivonat kárára kell irnunk. Épen mivel az ily mérgezéseket Römer szerint a mellékvesekivonat okozza, ő azt ajánlja, hogy az eddig alkalmazott adrenalin és suprarenin helyett a *Ritsert* által készített paranephrint alkalmazzuk, minthogy ez amazoknál sokkal kevésbbé mérgező. Minthogy az állatkisérletek erre felbátorították, Römer magán is kipróbálta a paranephrin hatását, mielőtt másoknál alkalmazta volna. Nála olyan 1 : 1000 paranephrin-oldatnak, melyben 1% cocain is volt, 1 sőt 2 cm³-e sem okozott absolute semmi kellemetlenséget, ez oldat 3 cm³-ének befecskendése néhány másodperczig tartó szédülést okozott. E keveréknek már most 1, 2 sőt 3 cm³-ét is alkalmazta betegeknél, s az érzéstelenség még a különben legfájdalmasabb fogorvosi műtéteknél is kifogástalan volt. Közleménye megjelenésekor már mintegy 800 esetben alkalmazta a keverék befecskendését, a nélkül, hogy valaha aggasztó tüneteket látott volna fellépni, holott, mint említettük, akárhányszor 3 cm³-nyi oldatot is alkalmazott. A legtöbb patiens egyáltalában semmi kellemetlen melléktünetet nem érzett; a betegeknek mintegy 10%-a megkérdeztetvén, könnyű szívdobogásról, 3—4%-a pedig muló térdremegésről panaszkodott. (Deutsche zahnärztliche Wochenschrift. 1904. 30. sz.) *M.*

A pneumonia kezeléséről creosotallal két czikket közölt újabban *Zandt*. Az egyikben creosotal nagy adagaival kezelt 1130 pneumonia-esetről szóló statistikát mutat be; ezen esetek közül csak 56 végződött halálosan. A másikban kifejti a nagy adagok használatának szükségességét (felnötteknek reggel és este egy-egy kávéskanálnyi creosotal tisztán vagy kevés forró tejben; gyermekeknek 1 éves korig 0·5—1·0 gramm, 1—4 éves korig 1—3 gramm, 6—10 éves korig 7—6 gramm pro die, két részletben, reggel és este forró tejben). Különben mindkét czikkben utal a mikroskopi vizsgálat fontosságára, a mennyiben a creosotal csak a pneumococcus okozta esetekben hatásos; a streptococcusok által létesített tüdőlobban streptococcus-serum használatát tartja javaltnak. (Therapeutic gazette, 1904. 6. szám. The medical council, 1904. október.)

Collargol mint méhantisepticum czimmel közöl *Hoummel* egy puerperalis sepsis-esetet, melyben erélyes öblítések kalium hypermanganicum-oldattal, hydrogensuperoxyd- és jodtinctura-befecskendések a méhüregbe hatástalanok maradtak. Ekkor a collargolhoz folyamodott, melynek 1%-os oldatából 4 köbcentimetert vitt a méhbe, és ennek visszafolyását a nyakcsatornának jodoform-gaze-zel tamponálása által megakadályozta. 12 óra mulva az addig 38 és 40° között ingadozott hőmérsék 37°-ra esett és nem is emelkedett többé; a beteg nyolcz nap mulva elhagyta az ágyat. (Le scalpel, 1904. 26. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1905. 8. szám. *Temesváry Rezső:* Az abortusról. *Borbély Samu*: Az átfúró hassebekről.

Budapesti orvosi ujság, 1905. 7. szám. *Schütz Aladár:* A cholera infantum aetiologiája. *Halász Aladár:* Tapasztalatok triferrinnel. *Fái Mátyás Miklós:* A tüdőgümőkór hydrotherapiájáról. *Bosányi Béla:* Ásványvizeink védelme.

Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 7. szám. *Bartel*: A fertőzés útjai táplálási gümőkórban. *Kraus* és *Doerr*: Dysenteria-antitoxin. *Pick:* 1. A saját vérkeringés entoptikus észlelése. 2. Hallucinatiók kórosan megváltozott sensorius mechanismusokban. *Taussig*: Endemiás gyomorhurut Herczegovinában.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 8. szám. *Kisch:* Lipomatosus férfiak feminismusa. *Dobrzyniecki:* Fogbajok influenzában. *Weiss*: A Barlow-kór tünettana. *Schweinburg*: Röntgen-sugarak hatása lienalis leukaemiára. *Salzborn:* Adat a scrophulosis therapiájához. *Röhrich:* Uj decapitatiós olló. *Martell*: A kora tuberculosis kezelése calomellel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 7. szám. *Leyden:* Ijedtségi hűdés. *Meyer*: Streptococcus-serum. *Römer:* Dialyzált diphtheriatoxin. *Hirschberg*: Intrauterin csontvázzá válás. *Arnheim*: Veleszületett pulmonalstenosis. *Friedberger* és *Oettinger*: A griserin desinficiáló hatása. *Cohn*: A trachoma kezelése radiummal.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 7. szám. *Finger:* A gonorrhoea prophylaxisa és abortiv kezelése. *Herff*: Az élő gyermek feláldozása az anya érdekében. *Riese:* Adatok az epeutak sebészetéhez. *Pólya:* Thrombophlebitis mesaraica mint az appendix végzetes szövődménye. *Sehrwald*: A typhusbacillusok agglutinálhatóságának fokozása. *Brugger*: Alkoholkötések. *Mainzer:* Vaginalis császármetszés eklampsia eseteiben.

Centralblatt für Chirurgie, 1905. 3. szám. *Arce*: A gastrostomia és jejunostomia technikájához. *Mintz:* Hedonal-chloroform-narcosis. 4. szám. *Sauerbruch:* Anastomosis a gyomor és a bárzsing között; a bárzsing mellkasi részének resectioja.

Neurologisches Centralblatt, 1905. 2. szám. *Link*: Klinikai vizsgálatok az izomhangra vonatkozólag. *Gurewitsch*: A kisagykéreg idegelemeinek alakja.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905. január. *Van Vleuten:* Functionalis lelki vakság.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 16. kötet, 1. füzet. *Vogel:* A hólyaghurut orvoslása belső szerekkel. *Berg:* Styptol az urologiai gyakorlatban.

Therapeutische Monatshefte, 1904. 11. füzet. *Stepp:* A szamárhurut kezelése. *Schaeffer*: Kézdesinfectio. *Jacobaeus:* Klinikai kisérletek néhány új szerrel. *Franke:* Az erysipelas kezelése. *Miclescu*: Gümőkóros nyaki nyirokmirigyek subcutan eltávolítása. *Lindemann:* Az elektromágneses kezelés eddigi eredményei. *Meyer:* A tüdőgümőkór kezelése a bél útján, *Cramer:* Az ozaena kezelése. *Danielsohn:* A Glückmann féle oesophagoskopia. *Lublinski*: A száraz és eldugult orr kezelése. *Katz:* Styptol. *Rahn:* A jodfürdők kritikájához.

Therapie der Gegenwart, 1905. 1. füzet. *Heubner*: A bronchitis capillaris kezelése mustáros víz-bepakkolásokkal. *Quincke:* Enteroptosis és lógóhas. *Umber*: Pericardio-mediastinalis összenövések és cardiolysis *Schulze*: Neuronal. *Trendelenburg:* A csontvarrat eredményei térdkalácstörés eseteiben. *Unna:* A lupustherapia a multban és a jövőben. *Penzoldt:* Higanyjodid-jodkaliumoldat syphilisben. *Boas:* Fájdalomrohamok idült gyomorhurut eseteiben. *Bergell* és *Levy*: Curarin és curaril. *Fischer:* Helyi érzéketlenitès aethylchloriddal és methylchloriddal.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 16. kötet, 5. füzet. *Aub*: Ergograph használata ataxiára való vizsgálatkor. *Schermers:* A németalföldi elmegyógyintézetek statistikája a 19. század második feléből. *Bernstein:* Asymbolia delirans et oligophasia epileptica. *Klein:* Therapeutikus tapasztalatok heveny psychosisokban. *Skliar*: Fogházi psychosisok. *Bechterew:* Compensatiós mozgások agybajokban.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 8. kötet, 9. füzet. *Roth:* Gyakorló gyógymód choreában. *Orlowski:* Czukorklysmák kihasználása diabetesben. *Raeliger*: A chlorosis hydrotherapiája.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 6. kötet, 5. füzet. *Pottenger:* Specifikus orvoslás tüdőgümőkórban. *Fischer*: Az alkalom a gümőkórral való fertőzésre. *Wegener:* Tuberculin. *Wigand:* A foglalkoztatás és a fekvőkúrák a tüdőbeteg-sanatoriumokban. *Andrae:* Hydrotherapia a tüdőbeteg-sanatoriumokban. *Foss*: Tuberculin.

La semaine médicale, 1905. 7. szám. *Bérard* és *Leriche*: Mit kell tennünk idegen testeknek gyermekek bárzsingjába jutása eseteiben.

Le progrès médical, 1905. 6. szám. *Bisserié:* A radiotherapia technikája rákos bajokban. 7. szám. *Péchin:* Haemorrhagiás eredésű szembajok öregeknél.

Archives générales de médecine, 1905. 3. szám. *Mazel:* Baleset-sérülések. *Parhon* és *Goldstein:* Antagonismus az ovarium és a thyreoidea functioja között. *Guyon*: A hólyag chloroformozása. *Viollet*: Egyszerűsitett trachealis injectio. 4. szám. *Bensaude* és *Rivet*: A purpura haemorrhagica idült alakjai. *Bouchaud:* Szósüketség teljes vaksággal, hemiplegiával és epileptiform-görcsökkel. *Brelet:* A bélgümőkór klinikai alakjai.

Bulletin général de thérapeutique, 149. kötet. 1. füzet. *Rochard*: A rák gyógyulása. *Robin:* A fémfermentek gyógyhatása. *Gallois* és *Courcoux*: Az oxygenes víz hatása a gyomor chemismusára. *Ponchet* és *Chevalier*: A valeriana physiologiai hatása a szivre és a vérkeringésre. 2. füzet. *Robin*: A fémfermentek hatása fertőző betegségekben és a táplálkozás zavaraiban. 3. füzet. *Rochard*: Az invaginatio kezelése. *Linossier*: A gyógyszerként adott sósav hatása a gyomor sósav-termelésére. *Robert-Simon:* A kámforos naphtol-befecskendések következményei. *Desesquelle*: A kámforos naphtol mérgező hatása.

The lancet, 1905. I. 6. szám. *Charters J. Symonds*: Appendicitis gangraenosa subphrenikus tályoggal. *B. G. A. Moynihan:* Duodenalis fekély, 52 műtett eset kapcsán. *W. Bruce Clarke:* A gyomor- és duodenum-fekélyek septikus eredete. *D. Chalmers Watson*: A túlságos húsevés szerepe a köszvény keletkezésében. *D. F. Shearer*: A szénsav jelentősége a köszvény genesisében. *J. Stafford Mellish:* Csonttörések észszerű kezelése. *Rutherford Morison:* Pyloroplastica. *W. H. Wynn*: Általános gonorrhoeás fertőzés. *H. D. Rolleston* és *T. R. C. Whipham*: 4¾ hüvelyk hosszú tű a bárzsingban. *W. Ley Woollcombe*: Mandibularis nyújtványok kettős nyúlajkkal és hasadt szájpaddal szövődve. *F. J. Poynton*: Colitis ulcerosa súlyos esete. *E. Solly:* Megrepedt tubaris terhesség műtét után gyógyult esete.

British medical journal, 1905. február 4. *F. J. Poynton*: Adatok a scarlatina differentiál-diagnosisához. *J. D. Rolleston:* A kanyaró prodromalis kütege. *A. G. Auld*: Fibroid pneumonia esete. *F. C. Bottomley:* Pneumonia lobaris kanyaró után. *R. Maclaren:* Orvosok

egymáshoz való viszonya. *W. J. Caie*: A szülés idejének előre való kiszámitása. *W. F. Somerville*: Bazin-féle betegség (görvélyes fekélyek a lábszárakon). *H. Bellamy Gardner*: A cornealis reflex jelentősége anaesthesiában. *J. E. Harburn*: A brachialgia és az ischias kezelése. *F. Wellesley Kendle*: Pubertas praecox cretin nőnél. *R. Raines*: Typhus rázóhideggel. *W. J. Taylor*: Trypanosomiasis esete.

New-York and Philadelphia medical journal, 80. kötet, 23. szám. *A. L. Ranney*: Adatok az epilepsia kezeléséhez. *W. Campbell Posey* és *H. Maxwell Langdon*: A kancsalitás műtét nélkül való kezelése. *J. Oliver*: „Missed abortion." *R. W. Craig*: A tüdőgümőkór otthon való kezelésének kérdése. *Ch. A. L. Reed*: Szülés előrehaladt cervix-carcinoma esetében. 24. szám. *L. Pierce Clark*: Idiopathiás epilepsia állatoknál és embernél. *W. H. Peters*: Lakókocsik tüdővészesek számára. *Byron Robinson*: Adatok a vese boncztanához. *J. L. Jelks*: A végbél körüli fertőzések kezelése. *H. Ling Taylor*: A Pott-kór mechanikai kezelése. *J. S. Lankford*: Iskolás gyermekek és praeventiv orvostan. 25. szám. *A. Seibert*: Scarlatina. *L. Fischer*: A scarlatina, különös tekintettel a szivre és egyéb szövődményekre. *G. F. Souwers*: Venaesectio. *L. Corning*: Traumás haematoma aphasiával és hemiplegiával, utána éveken át nagyfokú fejfájás; műtét után gyógyulás. *R. Levy*: A gyomorbajok összefüggése a száj, orr és torok betegségeivel. *J. F. Erdmann*: Ovarialis cysta kocsányesavarodása 13 éves leányban. 26. szám. *J. de Lisle*: A syphilis serumtherapiája. *H. A. Eberle*: A dengueláz plasmoebája. *E. Laplace*: Belső haemorrhoidalis csomók excisioja. *J. Shelton Horsley*: Sebészi shock. *G. Hartmann* és *C. Weirick*: Transplantatio más egyén amputált alszárának bőrével. 27. szám. *Mihran K. Kassabian*: A stereoskopos skiagraphia értéke. *A. Gordon*: A glandula thyreoidea szerepe paralysis agitanssal járó Basedow-kórban. *L. S. Mc Murtry*: Mesenterialis cysták. *H. D. Niles*: A sigmoidea sebészeti betegségei. *J. Ullmann*: Az enuresis kezelése. *Roy M. van Wart*: Friedreich-féle ataxia szokatlan esete.

Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyülésére.

A *magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyülését folyó évi márczius 29-dikén* délután 6 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat müködéséről.
2. A mult évi közgyülés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. Az igazgató tanács egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §-a értelmében.
4. Háromtagú bizottságnak megválasztása az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató tanács meghagyásából a társulat tisztelt tagjait e közgyülésre meghivni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyülésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V. ker., Sas-utcza 16. sz.) irásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgatósági tagok a következők: budapestiek: *Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Korányi Frigyes, Klug Nándor*. Vidékiek: *Kovács Sebestyén Endre, Mann Jakab, Purjesz Zsigmond, Tauscher Béla.*

A kilépő tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1905. február hó 20-dikán.

Koller Gyula dr., főtitkár.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. február 24.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 5. hetében (1905. január 29-től február 4.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 464 gyermek, elhalt 347 egyén, a születések tehát 141-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·6, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 12, meningitis tuberculosa 7, apoplexia cerebri 7, convulsiones 3, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordi. 20, morbi myocardii 5, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 3, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 12, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 13, pneumonia 31, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 64, emphysema pulm. 2, pleuritis 1, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 3, enteritis 2 éven aluli 6, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 28, paedatrophia 3, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. 7, carcinoma uteri 6, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 3, scarlatina 2, pertussis 0, croup laryngis 2, dipht. faucium 0, influenza 7, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 9, suicidium 3, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3757 beteg, szaporodás 839, csökkenés 847, maradt e hét végén 3681 beteg. *b*) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 130 (138), vörheny 55 (56), álh. gége- és roncsoló toroklob 39 (54), hökhurut 11 (8), gyermekágyi láz 1 (2), hasi hagymáz 0 (3), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 19 (40), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 6 (0), lépfene 0 (2), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

◯ **Pillitz Pál** dr.-t a belügyministerium vezetésével megbizott miniszterelnök a veszprémi állami gyermekmenedékhely másodorvosi teendőinek ellátásával bizta meg.

◁ **Lipscher Mór** dr. komáromi közkórházi főorvost az igazságügyminister a komáromi törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek második törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bizta meg.

◑ **A 22. belgyógyászati congressust** április 12-dikétől 15-dikéig tartják meg Wiesbadenben *Erb* tanár elnöklete alatt. Referatumra ki van tűzve az öröklés kérdése; referensek *Ziegler* és *Martius* tanárok; utóbbi a themát főleg a gümőkórra való tekintettel fogja tárgyalni. Eddig a következő előadásokat jelentették be. *Hoffmann*: A leukaemia kezelése Röntgen-sugarakkal. *Krause*: Ugyanaz. *Schütz*: A bél nyákelválasztása. *Matthes*: Autolysis. *Clemm*: A ragtapasz-támasztókötések jelentősége a hasüri szervek kezelésében. *Kaminer* és *Meyer*: A diagnostikai tuberculin-injectiók alkalmazáshelyének jelentősége a reactio fokára nézve. *Bickel*: A konyhasós hőforrások befolyása a gyomornedvelválasztásra. *Laqueur*: Szivbajok kezelése váltakozó áramú fürdőkkel. *Aufrecht*: Tuberculin használata előrehaladt phthisis eseteiben. *Homberger*: A vérkeringés mechanikája. *Rumpf*: Chemiai leletek a vérben és a szervekben nephritis eseteiben. *Gürisch*: Az izületcsúz tonsillaris gyökeres gyógyitása. *Rothschild*: A veleszületett thorax paralyticus. *Hezel*: 1. A tabes kora tünetei. 2. Idegátültetés. *Fischer*: Ütermegbetegedések adrenalin-befecskendések után. *Gerhardt*: A billentyübajok mechanikája. *Lüthje*: Kisérletes diabetes. *Kohnstamm*: Centrifugalis áramlás érző idegekben. *Goldmann*: Adatok a chlorosis és anaemia vastherapiájához. *Pick*: Influenza. *Turban*: Adatok a gümőkór ismeretéhez. A congressussal kapcsolatosan, mint rendesen, a belgyógyászat körébe tartozó eszközök, készülékek és készitmények kiállitása is rendeztetik. Előadások vagy kiállitási tárgyak bejelentése *Pfeiffer Emil* dr. titkos tanácsoshoz intézendő (Wiesbaden, Parkstrasse 13).

× **A Bókai János emlékalapitványra** folyó év február 8-dikától a mai napig a következő adományok folytak be: özvegy Bókai Jánosné úrnő 200, Korányi Frigyes tanár 100, Tauffer Vilmos tanár 100, Terray Pál 10, Havas Adolf 50, Hammersberg 6, Mann Jakab (Szeged) 20, Polner Aladár 100, I. belklinika (Korányi-féle) orvosi személyzete 60, Szily Adolf és Pál 30, Zwillinger Hugó 10, Vámos Gyula 20, Hertzka Imre (Karlsbad) 20, Szegő K. (Abbazia) 100, Grósz Gyula 20 korona. Összesen 846 kor. Hozzáadva ehhez az Orvosi Hetilap 7. számában kimutatott 1860 koronát, az alapitványra eddig befolyt összesen 2706 korona. Kelt Budapesten, 1905. év február 22-dikén. Poór Ferencz dr. pénztáros.

± **A tiszti orvosi vizsgákra előkészitő kursust** Budapesten márczius hó 14-dikén kezdik meg. Felvilágositással szolgál Kaiser Károly dr. (belügyministerium).

∞ **Választás.** Czegléd város főorvosává *Hudák János* dr.-t, alorvosává pedig *Németh József* dr.-t választotta meg.

◯ **Ehrlich**-et, a frankfurti kisérletező gyógytani állami intézet igazgatóját, a göttingeni egyetem tiszteletbeli rendes tanárává nevezték ki.

△ **A Budapesti Orvosi Kör Országos segélyegylet pénztárába befizettek:** Alapitványt: Müller Kálmán főrendiházi tag 100 kor., a mely összeggel alapitványa 900 koronára emelkedett; Berczeller Imre nőorvos 100, Reisz Oktáv Tatabánya 80, Kolozsvár szab. kir. város 50, Temesváry Rezső 20, Lichtenstein Salamon 5, Budapest VII. ker. orvostársaság 25, Ehrenhaft Rezső dr. Budapest 50, Biringer Ferencz dr. igazgató főorvos Nyitra 80 kor.

Az egylet 25 éves fennállásának alkalmából gyüjtendő jubiláris alapra adományoztak: Rákosi Béla, id. Glass Izor 20—20 kor., Hertzka Imre tanácsos 10 kor., Martinovszky János főtörzsorvos Budapest 6 kor., Ströszner Ödön Budapest 4 kor., Heumann Miksa Szombathely 2 kor.

Kain József, Jávor Béla, Kanarik Jakab, Fränkel Béla, Sternberg Géza, Révész Fülöp, Berkovics Jakab, László Elek, Braun Gyula, Szilárd Lipót, Csatkai Ignácz, Deutsch Mór, Reichenfeld Márk, Szántó Ármin, Rosenberg Jenő, Neuwirth Gusztáv, Fejér Gyula, Fuksz Dávid, Groák Ernő, Hudacsek József, Mátrai Gábor, Mann Mór, Wein Jakab, Csillag Jakab, Becker Áron, Révész Zsigmond, Rottmann Elemér, Edelmann

József, Pálffy Gyula, Szilágyi János, Ponyitovszky Elek, Reiner Mór, Nádas Lipót, Basch Mihály, Baumhorn Ármin, Adler Alajos, Csillag Zsigmond, Engel Bódog, Minich Károly, Weisz Ferencz, Weiszhausz Samu, Szemerey Bertalan, Seliga János, Pollák Mór, Glück József, Surányi Miklós, Szegvári István, Zólyomi Adolf, Dévai Mór, Szalai Béla, Bayer Sándor, Gadányi Lipót, Lenkei Vilmos, Schwarz József, Roth Alfréd, Weiner Emil, Politzer Illés, Nagy Albert, Királyfi Ármin, Ecsedi Mór, Kollár Lajos, Berger József, Boér Jenő, Vas Sándor, Olariu Valér, Kádár Antal, Brunauer Ambró, Hüvös Henrik, Kollár Kamill, Perényi István, Hudovernig Károly, Keményffy Gyula, Chyzer Kornél, Pákozdi Károly, Bugsch Gusztáv, Dieballa Géza, Erőss Gyula, Bakó Sándor, Ottava Ignácz, Iványi Ernő, Széll Manó, Barta Gábor, Kosztka Emil, Kocsis Elemér, Mihájlovich Miklós, Sellei József, Bradách Antal, Liebermann Emánuel, Holl Valter, Erényi Béla gyógyszerész, Mai Henrik könyvkereskedő, Noel Jakab, Ranschburg Pál, Somogyi Lajos, Schiff Kálmán, Lengyel Sámuel, Goldstein Adolf, Kaiser Károly, Thassy Gábor, Kelemen Mihály, Grasl József, Latinovich János, Munk Jakab, Kohn Ármin, Petz Lajos, Szauer György, Nagy Sándor, Burger Simon, Kromberger József, Róth-Schultz Vilmos, Weil Dávid, Konrádi Dániel, Lechner Károly, Rudas Gerő, Simonyi Adolf, Kicska Emil, Kohn Ármin, Gál Adolf, Dégen Árpád, Haas Simon, Zemplényi Dávid, Stehlo Aurél, Huber József, Károlyi Gyula, Lányi Géza, Friedlender Simon, Korein Adolf, Glasner Ármin, Strelinger Viktor, Steiner Simon, Lechner Antal, Hudomel József, Kugel Mór, Kincs Miksa, Steiner Samu, Révész Vilmos, Zboray Béla, Welvart Simon, Uhrik Gyula, Tomka István, Takács Márton, Trajtler István, Dumitreanu Ágost, Darvas Sándor, Maros Mór, ifj. Glass Izor, Grosmann Arthur, Stern Ignácz, Klein Ödön, Pálfi D. Ignácz, Himler Izsó, László Mór, Moskovich Ignácz, Hoffenreich Mór, Váradi László, Flesch Nándor, Juba Adolf, Sebestyén Ödön, Eisler Miksa, Czoniczer Márton, Prajzák K. Adolf, Fülöp Jakab, Révész Gyula, Frenreisz Ferencz, Szabó Mihály, Rónai Gusztáv, Paczka László, Klein Eberhart, Dzián Kálmán, Bókay Árpád, Radó Lipót, Német Ignácz, Baum Ignácz, Hőgyes Ferencz, Fürst Zsigmond, Cseley József, Antal Illés, Zahler Emil, Epstein Manó, Dömötör József, Dabasi Ödön, Soltész József, Chyzer Kornél, Ürmösi Boldizsár Kálmán, Dach Sándor, Hermann Manó, Mayer János, Kotner János, Mészáros Gábor, Kaufmann Henrik, Ludvig Endre, Kmetykó János, Veres Pál, Terray Lajos, Hunwald Antal, Kerekes István, Schönfeld Mór, Steiner József 4—4 koronát befizettek. *Katona Imre* dr. pénztáros.

\+ **A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyüléseinek** állandó központi választmánya a mult héten Chyzer Kornél ministeri tanácsos elnöklésével ülést tartott, a melyen az idén Szegeden tartandó vándorgyülés idejéül augusztus 27—30-dikát állapitották meg. A részletes programmot a helyi bizottság fogja megszerkeszteni és szétküldeni. A kolozsvári vándorgyülés helyi bizottsága által adott 350 korona pályadíjat Szeged és környéke természettudományi viszonyaira vonatkozó dolgozatra tűzték ki. A pályamunkák beküldésének határideje ez év augusztus 20-dika. A pályamunkák a központi választmány elnökéhez (Chyzer Kornél dr. ministeri tanácsos, Budapest, I., belügyministerium) küldendők.

× **Trachoma-pályamunka.** A belügyministerium vezetésével megbizott miniszterelnök 2000 korona pályadíjat tűzött volt ki a trachoma kór- és gyógyítás-tanát tárgyaló legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására. A kitűzött határidőig — 1904. deczember 31-dikéig — 20 pályamunka érkezett be, és pedig 1 Magyarországból, 7 Ausztriából, 8 a német birodalomból, 1 Angliából, 1 Spanyolországból, 2 Oroszországból. A miniszterelnök pályabirákul a következőket nevezte ki: Schmidt-Rimpler egyetemi tanárt Halle a. S., Hess egyetemi tanárt Würzburg, Grósz Emil egyetemi tanárt Budapest. A döntés az ez év folyamán tartandó együttes ülésen fog megtörténni.

ⓘ **Újabb közegészségügyi intézkedés Rómában.** Róma tanácsának határozatából az úgynevezett kerületi gyógyszertárakban újabban blanketták állanak a közönség rendelkezésére, a melyek kitöltésével bárki a hatóság tudomására hozhatja a lakásokban észlelt hygieneellenes állapotokat. A blanketták szövegzése a következő: „Ezennel tudomására hozom a hatóságnak, hogy az . . . . . utcza . . . házában következő közegészség-ellenes állapotok vannak: hálóhelyiségek túlzsúfoltsága; piszkos falak, szemét felhalmozódás az udvaron, lépcsőkön stb; hiányok a gázvezetékben, a fűtésben; hiányok az árnyékszékeket és a csatornázást illetőleg; rossz vagy nem kellő mennyiségű viz; egészség ellenes foglalkozások; gyanús tápszerekkel vagy italokkal kereskedés. A bejelentendő állapot e blankettán egyszerűen aláhuzandó. Aláirással el nem látott bejelentések tekintetbe nem vétetnek." A ki a felsorolt hygiene-ellenes állapotok közül valamelyiket bejelenteni kivánja, a 18 kerületi gyógyszertár (éjjel a 7 éjjeli gyógyszertár) valamelyikében adat magának egy ilyen blankettát s azt aláhúzva és aláirva, nyugta ellenében a gyógyszerésznek átszolgáltatja, a kinek útján az 24 órán belül az egészségi hivatal kezébe jut, a mely lehetőleg azonnal intézkedik a panasz tárgyát képező állapot megszüntetése tárgyában.

\+ **A svájczi egyetemek** orvosi fakultásainak látogatottsága az 1904/5. tanév első felében: Basel 129 (123 férfi, 6 nő); Bern 594 (187 férfi, 407 nő); Genf 288 (144 férfi, 144 nő); Lausanne 326 (103 férfi, 223 nő); Zürich 387 (209 férfi, 178 nő). A nőhallgatók száma (958) tehát meghaladja a férfihallgatók számát (766). A nőhallgatók közül csak 27 svájczi, 931 pedig idegen.

± **Fénytherapiai intézet** felállitására az ismert amerikai milliomos, Vanderbilt, egy millió franc-t bocsátott hálából Gautier párisi tanár rendelkezésére.

× **A 26. német balneologiai congressust** Liebreich elnöklésével márczius 9-dikétől 13-dikáig tartják meg Berlinben.

† **Elhunyt.** *Hasenfeld Mór* dr., a fürdőgyógyászat magántanára a budapesti tudomány-egyetemen, a Ferencz József-rend lovagja, hosszú időn át Szliács fürdőorvosa, később franzensbadi fürdőorvos, e hó 21-dikén 68 éves korában Budapesten hirtelen elhunyt.

✳ **Megjelent.** *A. Baginsky:* Lehrbuch der Kinderkrankheiten. S. Hirzel. Leipzig. 1905. — *C. Schmidlechner:* Carcinoma clitoridis. Arch. f. Gynäkologie. 74. k. — Ugyanattól: Ulcus vulvae rodens Virchow. Ugyanott. — Ugyanattól: Perithelioma labii majoris. Ugyanott. — Ugyanattól: Sarcoma menti fusicellulare. Pester med. chir. Presse. XL. évf. — Ugyanattól: Übergang d. Toxine von der Mutter auf die Frucht. Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk. LII. k. — Ugyanattól: Fall von Tetania gravidarum. Zentralbl. f. Gyn. 1905. 4. — *L. Luzzani:* Zur Diagnose der Tollwuth. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr. 1905. — *H. Lahmann:* Die Kohlensäureansammlung in unserem Körper. A. Zimmer. Stuttgart. 1905. — *Turán Bódog:* Memorandum az Országos Orvos-Szövetség gazdasági alapon történő újjászervezése tárgyában. Közegészs. Kalauz. 1904.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Isoform" czimű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink becses figyelmét ezennel felhivjuk.

A berlini lysoform-társaságnak a következő fővárosokban van már fiókgyára: Páris, London, Szt.-Pétervár, Brüssel, Milano, Budapest, New-York. Minden fiókgyárban azonos eljárás szerint készül a lysoform, mely lassan, de biztosan kiszoritja a mérgező lysolt és a phenolokat. A budapesti fiókgyárnak tulajdonosai Keleti dr. és Murányi Ujpesten, honnan nemcsak Magyarország, hanem Ausztria szükségletét is ellátják.

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

Vízgyógyintézet a **„Fasor"** (Dr. Herczel-féle) **sanatoriumban.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Első és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.**

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VII. rendes tudományos ülés 1905. február 18-dikán.) 147. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. (VI. ülés 1905. évi febuár hó 21-dikén.) 148. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1904. évi január hó 29-dikén.) 148. l. — III. országos elmeorvosi értekezlet. (I. ülés 1904. október hó 23-dikán délelőtt.) 151. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1904. május 15-dikén tartott XXXVI. közgyülés.) 151. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 151. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1905. február 18-dikán.)

Elnök: **Erős Gyula**. Jegyző: **Kövesi Géza**.

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Reuter Camillo, Benedict Henrik, Török Béla tagtársakat. Örömmel jelenti, hogy Nékám Lajos alapító tagul belépett.

Gége-crisisekkel járó tabes esete.

Baumgarten Egmont: Már két alkalommal, 1899-ben és 1900-ban bemutatott az egyesületben oly betegeket, kiknél a gégetünetek miatt mindjárt az első vizsgálatnál gyanú volt tabesre, mely kórisme további vizsgálat után be is bizonyult. Ezen 56 éves férfi három hó óta kínos köhögési görcsökben szenved, rendesen a rohamok most hányással végződnek. Egynehány belgyógyászati rendelésen megfordult, a mellkasi szervekben elváltozást nem találtak, de a köhögés ellen rendelt porok egyike sem enyhitette tüneteit. A gégevizsgálatnál előadó csak csekély belöveltséget talált, úgy hogy ezen eset is majdnem kikerülte volna figyelmét, mert úgy az előbb bemutatott, mint a többi ismert esetben rendesen legalább egyoldali posticus-hűdés volt jelen. De miután beteg vizelési zavarokról is panaszkodott, megvizsgálta a térdreflexeket és tabest kórismézett. A diagnosist Schaffer tanár osztályán is megerősitették a következő lelettel „Differens fénymerev pupillák, hiányzó térdtünet és Achilles-reflexek, lancináló fájdalmak. Degeneratio funic. poster." (Tabes.) A szem tükörvizsgálatát Csapodi tanár volt szives végezni, de a pupillák merevségén kivül nem talált elváltozást.

Az úgynevezett Oppenheim-féle nyomási pont a sternocleidomastoideus-izom közepén a betegnél minkét oldalon igen érzékenynek találtatott, mert kis nyomásra is elferditi beteg az arczizmokat. Míg az egyik előbb bemutatott betegnél ezen pont nyomásra érzéketlen volt, a másik betegnél ezen pont nyomása azon az oldalon, a melyen a posticus-hűdés jelen volt, néha gége- vagy gyomor-crisiseket váltott ki, néha pedig igen fájdalmas volt.

Tudjuk azt, hogy az ilyen gégecrisisek lassanként teljesen el is mulnak, de vannak esetek, melyekben a tünetek oly komolyak lettek, hogy légcsőmetszés vált szükségessé. Hogy milyen ritkán fordulnak elő nálunk ilyen gégecrisisekkel kezdődő tabes-esetek, mutatja azon körülmény, hogy a poliklinikán ez utolsó két évben, évenkénti 3500 betegforgalom mellett egyszer sem fordult elő, pedig ezen alakokat előadó mindig figyelemmel kisérte. Egy alkalommal már kiemelte, hogy nemcsak nálunk, de Német- és Angolországban is ritkán fordulnak elő ezen gégecrisisek, Franczia országban ellenben elég gyakoriak.

Ritkább degeneratiós tünet.

Reuter Camillo: Családilag terhelt, degenerált, 17 éves elmebajos fiúnál nyaki bordákat talált a bemutató. Nyaki bordák fejlődése az embernél csak kivételes. Észlelésük többnyire sectionál történik, klinikailag igen ritkán. Többnyire csak féloldalt találunk egy-egy bordát, ritkábban mindkét oldalt egyet a VII. nyaki csigolyából kiindulólag. A bemutatott fiúnál mindkét oldalt két borda fejlődött a VI. és VII. nyaki csigolyából. Ilyent még csak két izben észleltek. Az esetet skiagrammjával együtt részletesen közli a bemutató.

Tanulmányok a diabetes mellitus köréből.

Benedict Henrik és **Török Béla**: *I. Diabetes és acidosis.* Az acidosis kérdése a diabetesnél különösen a coma diabeticum szempontjából bir fontossággal. Súlyos diabetikusoknál az aceton fokozott kiválasztása mellett a aceteczetsav és oxyvajsav termeltetik nagy mennyiségben, melyeknek a coma diabeticumnál bizonyos aetiologiai szerepet juttatnak. Stadelmann, Minkowski, Naunyn, Kraus és mások azon az állásponton vannak, hogy ezen anyagok természetüknél fogva zavarólag hatnak a szervezet rendes alkaliháztartására, úgy hogy a coma diabeticum szerintük savmérgezés. Tudvalévő dolog, hogy házinyulakon sósav bevezetése által olyan tünetcsoportot lehet létesiteni, mely a czukorbetegek dyspnoës comájához hasonlit, de ezen nézet ellen vannak bizonyos elméleti és gyakorlati ellenvetések. Az ember tudniillik a nagyobb mértékben termelt savakat, úgy mint a húsevők, ammonjákkal közömbösiti, úgy hogy a szervezet alkalikészlete ez által bizonyos védelemben részesül. Súlyos diabetikusoknál szintén a fokozott ammoniákkiválasztás a vizeletben a kóros savtermelés mértéke. Principiális jelentőségű továbbá azon körülmény, hogy azok az eljárások, a melyekből eddig a vér alkalicitására következtettek, az úgynevezett titrálás, szénsavmeghatározás, a Maly, Drouin és Kraus által próbált acido- és alkalimetria nem adnak felvilágositást a vér igazi alkalicitásáról, illetve alkalicitásának csökkenéséről a túlsavitás kérdéses eseteiben. A physikális chemia ma elfogadott tételei szerint egy oldat igazi aciditása, illetve alkalitása annak szabad H-ion, illetve hydroxyl-ion tartalmától és az utóbbi viszont az oldott anyagok dissociatiós coëfficiensétől függ. Az igazi alkalicitás, illetve aciditás meghatározása csak physikális chemiai úton lehetséges. Ezek közül legmegbizhatóbb a Nernst-féle concentratiós elemekkel való eljárás. Ezt az eljárást Liebermann és Bugarszky, utána Rhorer, Höber és Farkas vezették be a physiologiai chemiába. Kivánatosnak mutatkozott tehát a súlyosabb diabetikusok vér-alkalicitását ezen szempontból vizsgálat tárgyává tenni. Vizsgálat tárgyául hat súlyos diabetes eset szolgált, melyekben a magas ammoniákkiválasztás erős rendellenes savproductiora engedett következtetni. A vérben a titrálható alkali mellett a hydroxyl-ion concentratioja került meghatározásra. Az utóbbira vonatkozólag ki lehetett mutatni, hogy $0{\cdot}82—4{\cdot}10 \times 10^{-7}$ közt ingadozik. A középérték $1{\cdot}85 \times 10^{-7}$-en volt, tehát körülbelül ugyanaz, a mit eddigi normális állati és emberi vérsavókra nézve megállapitottak. Ez is tehát még elég közel áll a tiszta destillált víz hydroxyl-ion tartalmához, a mely $0{\cdot}8 \times 10^{-7}$. Egy comában elhalt betegnek a seruma mutatott legalacsonyabb hydroxyl-ion-concentratiót, de ezen érték is még a normális ingadozások keretén belől van. A titrálható alkali mennyisége kissé csökkent. Összefüggés közte és a hydroxyl-ion-concentratio közt csak helylyel-közzel található. Egészben véve azt kell mondani, hogy úgy az actuális, mint a reserv hydroxyl-ionok mennyisége nem csökkent lényegesen, tehát ezen vizsgálatok nem szolgáltattak olyan adatokat, melyek az acidosis tana mellett értékesithetők volnának.

Az acidosis tanának gyakorlati értékesitését a súlyos diabetes és a coma alkalikezelése képezi, de ez is kifejezett cománál eddig teljesen hatástalannak mutatkozott. Az I. sz. belgyógyászati klinikán észlelt 20 esetben a letális kimenetel mindenütt kikerülhetetlen volt. Fenyegető cománál három esetben lehetett azt a benyomást nyerni, mintha az energikus alkalikezelés a coma kitörését késleltette volna.

Igen fontosnak tartják a coma kezelésénél könnyen assimilálható szénhydrátok gyors bevitelét, alkoholok bő adását, továbbá a coffeint, camphort, oxygenbelégzéseket, langyos fürdőket hideg leöntésekkel. Ezek mellett esetleg az energikus alkalikezelésnek is lehet helyet adni, bár az acidosis tana még nem bir szilárd basissal és az alkalitherapia eredménye épenséggel nem olyan frappans, mint a hogy ezt egy specifikus therapiától várni lehetne.

II. Az alkohol a diabetes diaetetikájában. A coma kezelésénél sokkal hálásabb a coma megelőzése. Minthogy ennél az acetontestek kétségtelenül bizonyos aetiologiai szerepet játszanak, fontos a beteg diaetáját úgy rendezni, hogy ezek minél kisebb mennyiségben képződjenek.

A tápanyagok három nagy csoportja közül a szénhydrátok nem állanak vonatkozásban az acetontestek képződésével, sőt ellenkezőleg, megakadályozzák a létrejöttüket. Ezelőtt a fehérjék szerepeltek, mint ezeknek legfőbb forrása: innen származik Noorden, Naunyn és másoknak azon ajánlata, hogy a súlyosabb diabetikusok csak mérsékelt húsmennyiségeket, ellenben annál bővebb zsíradagokat (150—200 gm.-ot pro die) kapjanak. Legújabban azonban Geelmugden, Schwarz és Waldvogel nyomós érveket hoztak fel a mellett, hogy az acetontestek legbőségesebb forrása épen a zsír. Ez még az eddigieknél is nagyobb nehézségeket gördítene a súlyosabb diabetikusok táplálása elé, a mennyiben eddig a zsirokat a legjobb és legártatlanabb tápszereknek tartották. Kivánatosnak mutatkozott tehát ezeket az adatokat más módszerrel controllálni. Előadók eljárása abban állott, hogy szénhydrátmentes és zsírdús állandó táplálékkal tartott egészséges egyéneknél, kik a diaeta folytán acetonuriásokká lettek, a zsirnak egy bizonyos quantumát egyenértékű (aequicaloriás) alkoholmennyiségekkel pótolták. Az eredmény az volt, hogy az alkoholperiodusokban naponta átlag 15%-kal kevesebb aceton került kiválasztásra, mint a zsirperiodusokban. Csak egy egyénnél nem mutatkozott csökkenés. Megismételték a kisérleteket diabetikus betegeken is (4 kisérletsorozat), kiknél szintén erős acetoncsökkenés (31%) és ammoniákcsökkenés (11%) mutatkozott a zsirperiodushoz képest.

Váratlan eredmények mutatkoztak a czukorassimilatiót és a fehérjeforgalmat illetőleg. A czukorkiválasztás mind a négy esetben csökkent és pedig 13·4—36%-kal és csökkent a N-kiválasztás is, és pedig 8·2—14·1%-kal. Ezen vizsgálatokból az tünik ki, hogy az acetontestek legfőbb forrása tényleg a zsír. — Az alkoholra vonatkozólag viszont azon eredmény volt nyerhető, hogy a diabetikusokuál jobb czukor- és fehérjekimélő mint a zsír, hogy tehát caloriái a diabetikus szervezete által jobban értékesittetnek, mint a zsíréi. Ennek oka részben az, hogy a zsírok lehasadásából származó acetontestekkel nagy caloriaveszteség származik a szervezetre nézve, annak folytán 1·0 gm. zsir a diabetikus szervezetre nézve kevesebbet jelent, mit 9·3 caloriát.

Az egészséges szervezetben a N-mentes anyagok közül legjobban értékesithetők a szénhydrátok, utánuk következnek a zsírok és legutoljára az alkohol. A diabetikus szervezetben ezen sorrend fordítva áll. Első helyen áll az alkohol, második helyen a zsír, harmadik helyen a szénhydrát.

Az ezen vizsgálatokból levonható gyakorlati consequentiák kétfélék: 1. Nem közömbös a zsirok bevitelének forcirozása, mert ezzel

az acetontestek fejlődését egyenesen előmozditjuk. Ott, a hol súlyos czukorbetegeknél mégis fehérje-, zsir-diaetát rendelünk, tegyük azt nagyon óvatosan, a vizelet folytonos ellenőrzésével és toldjuk meg a diaetát könnyen assimilálható szénhydrátokkal, mihelyt a vizeletben gyanús jelek találhatók. 2. Kitünt, hogy az alkohol a diabetikusoknál még sokkal jobb tápszer, semmint ezt eddig hitték. Erősen megszorítja az acetontestek fejlődését, javitja a czukorassimilatiót és inkább kedvez a fehérjelerakódásnak, mint a zsírok; azért súlyos diabetikusnál czélszerű a zsírok egy részét alkohollal pótolni. 50—80 gm. alkohol (350—560 caloria) képezheti a súlyos diabetikus napi adagját. A czukorbeteg többnyire igen jól birja az alkoholt, de vigyázzunk, hogy ennél többet ne nyujtsunk. Könnyű diabetesnél szükségtelen az alkoholnak ilyen nagyobb tápláló dosisa. Contraindicatiót képez még erősebb arteriosclerosis, albuminuria, nephiritis, neuritis. Nagy vigyázat szükséges a gyermekdiabetesnél. A coma diabeticum kezelésénél nagy alkoholdosisok több oldalról ajánltattak és ezen ajánlat birhat némi ratioval az elmondottak alapján.

Terray Pál: Előadó eredményeit a betegágynál való tapasztalat fogja igazolni vagy megczáfolni. Különösen az alkohollal lehetne a diabetikusok zsirtáplálékát mérsékelni.

Előadó az acidosisban keresi a coma diabeticum okát. Kétségtelen, hogy a súlyos diabetikusban nagyon sok sav kering és hogy ennek ellensúlyozására sok ammoniák jelenik meg a vizeletben. De az acetontestek és coma közötti összefüggést bebizonyitottnak tekinteni nem lehet. Előadó érveit támogatja a therapiai tapasztalat. Könnyü acidosis-esetekben, melyekben a coma kitörése fenyeget, néha sikerülhet ezt meggátolni diaetával, hashajtóval, natr. bicarb.-mal stb. De a hol kitört már a coma, semmiféle eljárással nem érünk el eredményt és a betegek 1—2 nap alatt elpusztulnak. Ebből azonban nem az következik, hogy a vérben az acidosis jelenlétét el kell hanyagolni, hanem ellenkezőleg aceton és eczetsav jelenléte fontos útmutatást kell hogy adjon a prognosisra és gyógyitásra nézve. De a gyakorlatban ezen körülményt ma sem veszik figyelembe és elég gyakran látni, hogy heteken, hónapokon át folytatják az abstinentiát, a beteg lefogy, étvágytalan lesz és aceton lép fel a vizeletben. Pedig ekkor egy csapásra meg kell változtatni a diaetát, némi szénhydrátra eltünik az aceton és a coma veszedelme elhárul.

Némely súlyos esetben beválik a Noorden-féle zablisztkúra. Elháritja a comát, czukrot csökkenti, vele az acetont is és a NH_3-at. Néha minden más eljárás cserben hagy. De ezen zablisztkúrának kivitele nehéz, mert vajjal és levessel készitve nem valami jóizű és a betegek nagy része nem tudja bevenni. Az eredmények azonban oly kedvezőek, hogy Mohr, Noorden tanitványa azt mondja, hogy súlyos acidosis esetekben csak az vezet czélhoz. A burgonyakúránál 1—1·5 kilogramm burgonyával sok vizet kap a beteg, több só jut be mint kenyérrel, nevezetesen kalicarbonátok, a mi természetes alkali-therapiát képez. A tejkúrát Winternitz és Strasser ajánlották, Leyden is követi. Szóló nem bizott benne, és nagyon óvatosan járt el, mindig kis adagon kezdte és ellenőrizte a vizelet czukortartalmát. 2—4 deciliter tejet jól tűrnek a betegek, ennél többet ritkábban. És ha a tejivást szigorú vizeletcontrol nélkül forcirozták, ez mindig megboszulta magát. Tolerantiája csökkent a betegnek, elvesztette czukormentességét és nem is nyerte többé vissza. Ezért Noorden és Naunyn nem fogadják el a tejkúrát, de maga Strasser is elhagyja már. Mint előadó is emlitette, három év előtt nagy veszély fenyegette a zsirt, mert többen állitották, hogy a zsirsavak és vajsav tekintendő az acidosis forrásának. Lehet, hogy a zsirok és az aceton között van valami összefüggés, de szóló nem sietett ezen theoria értelmében eljárni és nem tiltotta el a betegtől a zsirt, a kinek kosztjában úgyis nagy hiányok vannak (szénhydrátot, fehérjét redukálni kell) és nincs oka megbánni. A zsírmennyiség lehet közepes, ennél nagyobb, de túlnagy mennyiséget ne adjunk. Be van ugyan bizonyitva, hogy zsirsavak képezik forrását az acetonnak, de azért a praxisban nem kell olyan nagyon szigorúan venni, mert súlyos diabetikus sok vajat eszik, még sincs acetonja. E mellett szól az is, hogy a Noorden-féle zablisztkúrával 300 gramm vajat kell adni és a czukorral együtt az aceton is csökken. Ezen tapasztalati tényeket a theoriával nehéz összeegyeztetni. Tehát meg kell engedni bizonyos mennyiségű vajat, *de jól ki kell mosni*, hogy az illó zsirsavaktól alaposan megszabaditsuk. E mellett figyelni kell a vizeletre, mert mint Schwarz Leó mondja, olykor csekély zsírra is reagálnak a betegek, ezért acetonra is kell vizsgálni. Zsírral együtt adunk valamely savat, pl. neutralizált glycuronsavat. Mohr és Löwy is osztják ezen nézetet.

Tehát egyelőre nem szükséges elvonni a diabetikustól a zsirt, közép vagy valamivel nagyobb adagban megengedjük, de a vajat jól kimossuk és a vizeletet acetonra gondosan vizsgáljuk.

Bókay Árpád: Pár év előtt a búvárok előtt még nem volt biztos, hogy a bevitt alkoholból felhasználtatik-e valami vagy pedig kiürül az teljesen változatlanul a vizelettel, a bőrön át és a kilégzett levegővel. Az utolsó évek bebizonyitották, hogy egy bizonyos töredéke az alkoholnak elég, de ez csak igen csekély rész. Azért szólal fel, nehogy azt higyjék, hogy az összes alkoholmennyiség felhasználtatik a szervezetben. Sőt nem is tudja, nem használtatik-e kevesebb fel a nem diabetikus egyén által, mint a diabetikus által, a kinél nagy folyadékcsere van és a ki nagyobb alkoholmennyiségeket bir el részegség nélkül, mint az egészséges. Ugy látszik, hogy úgy áll a dolog, mint az opiummal és morphiummal, melyből a diabetesben szenvedőknek 5—8—10 centigrammot is adunk kúra gyanánt, mert az alkaloidok gyorsabban ürülnek ki belőlük, mint egészséges emberből. Lehet, hogy előadó is igy gondolta, mert aequivalensnak nem lehet tekinteni az alkoholt a zsírral, melyet szintén nem használ ki a szervezet teljesen.

Benedict Henrik: A szives hozzászólásokat köszönettel veszi. Terray tanárt illetőleg azt látja, hogy lényeges differentiák álláspontjaik között nincsenek. Ő sem kivánja a zsirt a diabetesesek asztaláról száműzni, hanem ajánlata arra irányul, hogy a zsirnak egy bizonyos tört részét, $^1/_5$—$^1/_3$-át a várakozáson felül jól értékesithető alkoholcaloriákkal helyettesitse. Hogy a fehérje is részes az acetontestek képződésében, már azért is valószinű, mert a fehérjéből szintén zsir képződhetik. Azon körülmény, hogy a Noorden-féle zablisztkúránál, daczára bőséges vajtartalmának, az acetonkiválasztás csökken, alighanem abban leli magyarázatát, hogy a zablisztnek nagy mennyiségű jól assimilálható szénhydrátot viszünk a szervezetbe. Bókay tanár megjegyzésére vonatkozólag elismeri, hogy a beadott alkoholnak kis része tényleg felbontatlanul hagyja el a szervezetet, de ez következtetéseit azért nem befolyásolhatja, mert ezeket csak úgy formulázta, hogy az alkoholcaloriák a zsírcaloriákhoz *viszonyítva* lesznek előnyösebben értékesitve.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

(VI. ülés 1905. évi február hó 21-dikén.)

A méh helyzetváltozásai.

Dirner Gusztáv: Előadása keretébe csak a gyakorlatilag legfontosabbat, a descensus és prolapsus uteri themáját vette fel. A méh normális helyzetének magyarázata után a prolapsus definitioját adta és annak fokozatos fejlődési képét mutatta be: a retroversiót, descensust, cystokelet, a vagina prolapsusát és a teljes prolapsust a vagina inversiojával. Ezután a méhnek magának és a szomszédos szerveknek viselkedését és anatomiai változását a prolapsusnál vázolta, hogy igy reátérjen a prolapsus okára, a melyet a méh függesztő és támasztó apparatusának insufficientiájában talál. A kimozditó erő pedig az intraabdominális nyomás és a hólyag feszülése. Az insufficentiát létrehozzák: a terhesség, szülés és gyermekágy; továbbá általános táplálkozási zavarok, különösen az aggkorban, a szövetek atrophiája, a zsirszövet csökkenése.

Külön tárgyalta a traumát a prolapsus aetiologiájában és itt reámutatott annak jelentőségére orvostörvényszéki és balesetbiztositási szempontból. Óvatossággal fogadja el a traumát mint oki momentumot; csak kiváltó jelentőséget tulajdonit neki és szakértő szempontból is igy kivánja megitélni. Egyéb oki momentumok: füző, köhögés, hányás, erőltetés, hólyag túltelése, nehéz munka, hasüregi daganatok és a medencze hibás inclinatioja.

A therapia tekintetében első helyre állitja a *prophylaxist* a terhesség, szülés és gyermekágy helyes diaetetikájában: a gátat varrni kell, extractiós műtéteket indicatio nélkül kerülni; haspréssel okosan bánni; a gátat jól védelmezni; a méhnek kellő visszafejlődésre időt engedni! Óva int a korai felkeléstől, a folytonos hanyattfekvéstől, a korai munkábafogástól. Figyelmeztet a gyermekágyi folyamatokon kivül is a helyes testi hygiene követésére.

Ha a prolapsus létrejött, akkor sorban következnek a palliativ eljárások, Thure-Brandt gymnastikája, a pessariumok és végül a sebészi beavatkozások, és pedig egyenként, vagy egymással combinálva.

A palliativ eljárások helyén vannak fiataloknál a prolapsus kezdeti stadiumaiban, különösen puerperalis eredetnél. Itt ergotin, forró irrigatiók, adstringensek, fürdők (Parád), roboráló táplálkozás, massage, elektromosság vannak helyükön. A Thure-Brandt-féle izomgyakorlatok a genitaliák záró izomrendszerében rationálisak, de hosszadalmasak és kétséges értékűek. A pessarium-therapia kevés esetre alkalmas és czélszerű; a pessarium nem gyógyit, az csak mankó, a melyet folyton változtatni kell. Legjobb eredményt adnak a sebészi eljárások, de azok sem tökéletesek és kifogástalanok. Nem is várhatunk tőlük restitutiót ad integrum, csak kárpótlást. Ezt nyujtják első sorban és legkisebb veszedelem árán a plastikai műtétek a hüvelyen és gáton, combinálva a portio amputálásával. Miután az eredmények nem elégitették ki sem a beteget, sem az orvost, a plastikai műtétekhez csatolták a méh normalis helyzetét biztositó eljárásokat: az Alexander-féle műtétet, a ventrifixatiót és vaginaefixatiót. Ezek körül folyik most a válogatás és birálás munkája.

Radikális eljárás, és újabban *Bumm* Berlinben propagálja nagyon: az uterus totális extirpatioja. Bumm eredményei fényesek: 95% teljes munkabirást mutat ki utána.

Legközelebbi előadás 1905. február 28-dikán, kedden este 6 órakor lesz. Tárgy: *Bäcker József* előadása: „A női genitaliák lobos megbetegedései".

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Szakülés 1904. évi január hó 29-dikén.)

Elnök: **Basch Imre**. Jegyző: **Deutsch Arthur**.

Róth Alfréd: **Sarcoma idiopathicum multiplex cutis.** Beteg az elmult év deczember havában kereste fel a poliklinikán Török tanár osztályát. Ezen alkalommal előadta, hogy bőrbaja az 1874. év óta áll fenn, a midőn mindkét lábfején nagy kékes-piros foltokat vett észre, melyek növési hajlamot nem mutattak. Ellenben azóta mindinkább újabb és

újabb foltok felléptek és állitólag egyesek el is multak. Körülbelül 25 évig csak a lábon mutatkoztak, öt év előtt azonban a kezeken, illetve a karokon is felléptek egyesek, mig a régiek sötétebbé váltak, állitólag ugyanazon időben a lábon lévő laesiókat köpülyözték. Sem nála, sem családjában sohasem volt bőrbetegség constatálható.

Status praesens: Mindkét kar feszitő oldalán fillérnyi egész tallérnyi nagyságú, kékes-piros, szabálytalan alakú infiltratumok, melyek a bőr összes rétegeit foglalják magukban és a bőralatti kötőszövetig terjednek. Ezen infiltratumok részint diffus, részint sűrűn egymás mellett álló göbsékből állanak. A jobb felkaron lévő laesio legfrissebb keletű és ebből egy kis dinnyenagyságú újképlet nő ki, mely erősebben erodált. Hasonlók az elváltozások mindkét czombon és alszáron. Mindkét lábfejen a laesiók legnagyobb számban vannak jelen. A bal boka alatt szintén volt a jelenleg a karon levőhöz hasonló kinövés, melyet onnan histologiai vizsgálat czéljából eltávolitottunk. Egyes laesiókon véredénytágulatok igen jól láthatók. Therapia: Atoxyl-injectiók.

Török Lajos: Lichen planus mucosae oris. N. N., 33 éves, vasúti hivatalnok. Baja 1/2 év óta áll fenn. A pofa és ajkak nyákhártyán több finom ezüstfehér vonalból összetevődő köröcske és guirland, továbbá szétszórt pontszerű fehér kiemelkedések, melyek egyike-másika középen sötétpiros. A glanson nehány typikus lichen planus-göbcse.

Beck Soma: Dermatitis herpetiformis Duhring esete gyermeknél. A dermatitis herpetiformis kórképét Duhring szakitotta ki a pemphigusok nagy csoportjából, s mivel még mai napig vita tárgyát képezi e betegség egységes volta, minden idevonatkozó eset behatóbb tanulmányozásra érdemes.

Bemutató esete egy 22 hónapos gyermekre vonatkozik, kinek baja négy hó előtt erös viszketéssel és papulo-urticariás plaques-kal kezdődött, mihez később bullák és eczematisatio is járultak. Ilyen kis gyermeknél e baj még egyáltalán nem észleltetett, a mint hogy gyermeknél általában nagyon ritka. Bemutatónak volt alkalma még két idevonatkozó esetet — egy 5 és egy 15 éves gyermeket — észlelni és a német dermatologiai társaság tagjai előtt Budapesten létükkor bemutatni. Mind a három beteg leány. Kenőcsök használata hatástalan volt, de igen jónak bizonyultak a kalium hypermang.-oldattal való borogatások.

Török: Minthogy az előadó által emlitett elváltozások egyetlen betegségre sem jellegzetesek, mert hisz előadó is csak a betegség lefolyásából csinálta meg diagnosisát, mely diagnosis bizonyos csoportot állapit meg a betegségek tömkelegében; azt a kérdést intézi az előadóhoz, hogy történt-e vizsgálat arra nézve, hogy mi okozhatta a bemutatott gyermeknél ezt a bajt? Nincs-e az emésztőszervek (gyomor, bél) részéről valami elváltozás, a mi könnyen megmagyarázhatná ezt a bőrbetegséget?

Neki is volt egy esete, a melyben mentholt használt a betegnél és pedig eredményesen; azt azonban nem meri határozottan állitani, hogy ez a menthol eredménye volna.

Beck: Miután röviden akarta csak bemutatásában a dolgot előadni, nem terjeszkedett ki arra, hogy igenis a vesiculák tartalmával történtek tenyésztési kisérletek, melyek azonban sterilek maradtak. A gyermeknek jó étvágya van és sem a gyomor, sem a belek részéről semmi különös elváltozás kimutatható nem volt, a gyermek mégis erősen lesoványodott. A kérdésre határozott választ nem adhat. Szintén megkisérli a menthol adagolását.

Róna Sámuel: Az epidermolysis hereditaria bullosa dystrophiás alakja laesioinak pathogenesiséhez. A beteget már 1899-ben az orvosegyletben bemutatta (l. Orvosi Hetilap és Archiv f. Dermat. 1899) anyjával együtt; akkor 11 éves volt. Azóta ismételten észlelte a beteget heteken, hónapokon át és a lefolyásról és egyes *vizsgálatok eredményéről óhajt* beszámolni.

A *lefolyásról* a következőket emeli ki: A most 16 éves leány testileg és szellemileg jól fejlődött; három év óta *menstruál*, de *rendetlenül*, több heti, sőt hónapos szünetekkel. A betegnél *ideges tünetek* absolute nem észleltettek, ép így az autorok által a *„tiszta epydermolysis“* némely esetében emlitett és fontosnak jelzett *hyperidrosis* sem. Azóta a bőrlaesiók *kizárólag a végtagok feszítő felületeire localizálódtak*, mig ezelőtt bárhol, sőt a szájűrben is keletkeztek közbejövő csekély bántalmakra, mint azt a *hegek* most is mutatják. Ezen localizálódást ezen alaknál már mások is észlelték. *Az atrophiás és heges területek és a körömdystrophiák csakis a traumás laesiók helyein keletkeztek, sehol máshol.*

Az experimentális *vizsgálatok* eredményei: 1. Művileg, akár ütés, akár dörzsölés, nyomás, csipés alkalmaztatott, úgy mint *Bettmann* esetében, csakis a mostani localisatiók és pedig a végtagoknak *csak a hegekkel behintett egyes területein* volt képes *bullát* előidézni, de itt prompt; néhány percz vagy óra mulva e helyeken savós vagy véressavós hólyag kelt. E helyeken rövidebb-hosszabb idő alatt *a szarúréteget, de legtöbbször a Malpighi-réteggel* együtt lecsúsztathatta az alapjáról.

Sehol máshol nem tudta ezeket provokálni. *Urticaria factitiát* se hol, még a mostani localisatiók területén sem tudott előidézni. A mint tudjuk, *Blumer* gyenge kopogtatásnál a simplex alaknál *urticát* idézett elő.

A histologiai vizsgálatok eredményei: A dystrophiás alak hólyagjának behatóbb szövettani vizsgálata eddig csak *Bukovszky* által (1903) végeztetett. *Darier* csak a heges területeket vizsgálta, *Bettmann* pedig csak annyit közöl, hogy lelete ugyanaz, mint az *epidermolysis simplexnél* és hogy az ő esetében a hólyagok a *reteben székeltek*, de valószinűnek tartja, hogy úgy mint a pemphigusnál, itt is van leemelődési hólyag. *Róna* egy 5 év előtt exstirpált egy kis hólyaggal biró és két a heges részből vett darabkát, továbbá két mostanában exstirpált a jelenlegi localisatio területéről annak szélén keletkezett borsónyi és a heges terület közepéről vett diónyi hólyagot vizsgált meg. Az 5 év előtt exstirpált egyik kis körömnyi darabkának egyik szélén az ép határon egy kölesnyi, résalakú, makroskopice alig észrevehető hólyag volt. A hólyag a jól kivehető *papilláris és hámréteg között foglalt helyet*, fenekét a lemezteleníttett papillák képezik és két helyen látni a feneken is az interpapilláris hámnyúlványokból leszakadt sejtsorokat.

A hólyag benneke főleg savóból és gyér polynucleáris leukocytából állott. A papillák kissé oedemások és a hólyag alatt levők legtöbbje sokkal több és nagyobb kötőszöveti sejtmaggal bir, mint az ép papillák; a hólyag szélén 2–3 papilláról csak épen hogy leemelődött a hám és ezen papillákon a kisfokú oedemán kivül alig van változás; *polynucleáris leukocyta* a papilláris rétegben sehol sem látható. A hólyag tetejét az egész hám sima határvonala képezi (miután az interpapilláris nyúlványok eltüntek) és a szarúréteg és a Malpighi réteg felső 2/3-a tájékán normális, alsó 1/3-ában a sejtközti hézagok tágultak, a tüskék eltüntek és egyes sejtek oedemások. Az ép határon a papillák erei elváltozást nem mutattak. A heges területek vizsgálatára kimetszett darabok részben a friss sejtdús, részben *a régi, sejtekben és erekben szegény, rostos kötőszövetet* mutatták; e helyeken a rugalmas rostoknak csak csekély maradványai láthatók.

A mostani localisatio heges területének széleiről és közepéről kimetszett mai, legalább 1—2 napos laesiók vizsgálata minden metszeten *a teljes hámleemelődés* képét mutatta, a kis hólyag területén kis, a nagyén óriási területen. A leemelődött Malpighi-réteg mindenütt megvékonyodottnak, interpapilláris nyúlványokat nélkülözőknek mutatkozott. A lemezteleníttett papillák megannyian duzzadtak és kötőszöveti sejtburjánzást mutatnak. A nagyobb hólyag űrében compact tömegben többmagú leukocyták láthatók, bizonyára secundaer infectio folytán. Ha ezen histologiai leletekhez hozzáadja a klinice észlelteket, hogy t. i. dörzsölésnél a hámréteg vagy a Malpighi-réteg sorai között szakad meg, de leginkább in toto válik le, mondhatjuk, ezen kóralaknál *a hólyagok legtöbbször a hámréteg és papilláris réteg között fekszenek.* A mi e bántalomnak hovátartozását illeti, *a tiszta epidermolysis hereditariát illetőleg* most is ama reservált álláspontot van, mint volt 1899-ben, mert tapasztalatai az utóbbit illetőleg nem szaporodtak. Ha azonban a bőrlaesiók pathogenesisét kutatjuk, ezen dystrophiás alaknál is leghelyesebbnek tartja azon felvételt kiindulási pontul venni, a mely a tiszta epidermolysis bőrlaesioit a legjobban megmagyarázza. És ez a *Török* által közölt nézet. Ugyanis sem a klinikai, sem az eddigi histologiai vizsgálatai nem támogatják, sem a *Blumer*-féle (érfejletlenség, dysplasia vasorum), sem a *Goldscheider*-féle (csökkent hámcohaesio) nézetet. Ellenben a *Török* által adott magyarázatot, hogy a bőr vérereinek fokozott ingerlékenysége volna jelen erőművi ingerek irányában, ezen alak azonos laesioira is lehet alkalmazni. Erre a klinikai jeleken kivül a fönti szöveti leleteiben is van támpont (a papilláris erek tágult volta, a papillák oedemás duzzanata a hólyag területén). Eddig tehát rendben volnánk. A *dystrophiás* alaknál azonban minden laesio nyomán hegek és hegszerű atrophiák is keletkeznek, a mit hólyagok nyomán más bántalmaknál még akkor sem látunk keletkezni, ha mint itt, az egész hám is leszakad a papillákról. *De ezt is jól megmagyarázza a következő felvétel: a dystrophiás alaknál nem csupán a bőr vérereinek megemlített fokozott ingerlékenysége van jelen erőművi ingerek iránt, hanem az egész bőrnek, speciell a kötőszövetnek is tetemesen fokozott irritabilitása.* Ezen felvétel alapot nyer azon klinikai észleletben, hogy a hegek csak a traumás laesio nyomán keletkeznek és nem ezektől függetlenül, továbbá abban, hogy a tiszta, nem fertőzött laesiók nyomán nem látunk anyaghiányt és sarjadzást, hanem gyors behámosodást, végül azon histologiai leletben, hogy daczára a papilláris kötőszövet látszólag sértetlen voltának (nincs leukocytakivándorlás, nincs roncsolás), *a traumás helyen a kötőszöveten erős proliferatiós jelenségek, és csakis ezek mutatkoznak. Ezen proliferatiós jelenségek teremtik meg a sértett terület regeneratiojával a hegszerű szövetet.* Ezzel nem akarja mondani, hogy egyik-másik laesio helyén absolute nem lehetne a papilláris réteg is legalább részben elroncsolva és igy valódi hegek is ne keletkezhetnének az eredeti laesiók helyein, de mégis azt hiszi, hogy ezeket legtöbbször secundaer infectio közbejöttének tudhatjuk be, mert erre szintén van vizsgálatainkból támpont. *Ha ez igy áll, úgy a többi consecutivának, a körömdystrophiának, az atrophiás és heges területek ichthyosisszerű xerodermás küllemének magyarázata nehézségbe többé nem ütközik.*

Hanem még ekkor is megfejtendő volna a következő: Ha eleinte diffusak voltak a laesiók ezen esetben, miért localizálódtak idővel csak a végtagokra? Mert azt érti, hogy valaki zsenge korában ingerlékenyebb bőrrel bir traumák iránt mindenütt és később elveszti mindenütt, de hogy localizálódjék éveken és évtizedeken át bizonyos helyekre, azt nem tudja magának megmagyarázni, hacsak úgy nem, hogy felveszi, *miszerint ezen irritabilitás ezen helyeken már nem a fentemlített, hanem a folytonos irritatiók lánczolata által fenntartott beteges állapot, tehát szerzett irritabilitás.* Ezt, mint még több egyebet, tovább fogja kutatni.

Török: Tudjuk azt, hogy normális bőrön is lehet hólyagokat létrehozni, miután pedig az ilyen betegek bőre izgékonyabb, sokkal hamarabb jönnek létre ezen hólyagok, a mint azt akkor is megemlitette, midőn ezen betegség létrejöttének a magyarázatát adta. Szivesen fogadja *Róna* felfogását is, hogy a kötőszövet fokozott ingerlékenysége is kell hogy jelen legyen. Mert hisz normális bőrnél is lehet atrophiát létrehozni, persze ha a mechanikus inger hosszabban hat az illető bőrfelületre.

Havas: Kérdezi bemutatótól, hogy megkisérlette-e, hogy ezen hólyagok egy percz alatt létrejönnek-e?

Schein emliti, hogy épen ma volt nála egy beteg, a kinek a betegsége támogatja és magyarázza *Róna* felfogását. Egy munkásról

van szó, a kinél mindazokon a helyeken, a melyek nagyobb nyomásnak vannak kitéve, vagy a hol nagyobb terhet visz, oedema lépett fel a bőrben. Azonkivül dermographismus is váltható ki. Tehát a felületes, a cutan és talán a subcutan véredények fokozott ingerlékenysége lépett fel jelen esetben acut alakban, mely hosszabb behatás után még inkább felléphet.

Róna Sámuel: „Acnitis"-nek lupus erythematodessel szövődött esete. A 20 éves nőtlen szabósegéd jelen baja 1903. junius óta áll fenn, azóta vannak nyaki mirigyduzzanatai is; fülei és kezei hat év óta betegek, állitólag megfagytak. Szülei tbc.-ban haltak el. A kiütés a végtagokon typusos „acnitis" volt és egész sora a laesióknak exstirpáltatott vizsgálat czéljából, mely azonban még nem eszközöltetett. A nyaki mirigyek tbc.-sak voltak, számos tbc.-bacillussal. Már a bejövetelekor a fülön levő laesio is lupus erythematosusnak imponált, a lefolyás még inkább a lupus eryth. mellett szólt.

Ugyanis itt tartózkodása alatt a régi laesiók határán, úgy a fülkagylók mellső, mint hátsó felületén, az atrophiás területek határában *friss foltszerű* hyperaemiás beszűrődések keletkeztek, melyek felett gyorsan abnormis elszarúsodás, majd helyükön halvány atrophia állt be, söt ezenkivül úgy a fül mellső, mint hátsó felületén különálló kölesnyi a peripheriába terjedő hasonló laesiók is felléptek.

Legfeltünőbbek azonban az arczbőr laesioi voltak. Bejövetelkor az arcz és a homlok teljesen szabad volt. Lázas mozgalmak, a nyaki mirigyduzzanatok növekedése kiséretében apró rohamokban az arczban, a szemhéjszéleken, szemöldökön néhány typusos, papilláris és subpapilláris rétegben ülő, gyorsan nekrotizáló és heggel gyógyuló kendermagnyi, lencsényi „acnitis" csomó támadt, de egyidejüleg leginkább miliáris, vagy valamivel nagyobb, *tisztán a papilláris rétegben* ülő, a bőr niveauja fölé kissé kiemelkedő hyperaemiás beszűrődések is keletkeztek, melyek legtöbbjének hámrétege csakhamar abnormis elszarúsodást mutatott. Végül a laesiók látható nekrosis és ulceratio nélkül *atrophiás* apró behúzódások visszahagyásával gyógyultak. Két gócz azonban a jobb arczfélen ezen lefolyás mellett még a peripheriába való terjedést is mutatott és pedig olyformán, hogy egy ilyen miliáris visszafejlődött, de még nem atrophizáló laesio mellett egy kis friss miliáris beszűrődés tünt fel, majd ezek visszafejlődésével újabb és újabb hasonlók, mint az még most is látható, úgy hogy csakhamar egy hyperaemiás, beszűrődéses határral biró, abnormisan elszarúsodó és atrophiás, lencsényi, végül tízfillérnyi, a lupus erythematosust teljesen imitáló plaque keletkezett. Megjegyzendő, hogy ezen betegnél a jobboldali *cunjunctiva palpebrae et bulbi* is megbetegedett a szemük előtt és pedig látszólag hasonló csomók alakjában, mint a milyet épen most az arczbőrön leirt, de melyeket e helyeken a phlyktaenától elkülöniteni nem tudtak, ezek a laesiók lassanként kiszáradtak, majd nyolcz hét mulva csekély heges depressioval gyógyultak. A napokban új csomócska keletkezett a jobb corneán.

Miután egész sor *„acnitist"* látott már, de még hasonló viselkedést eddig nem észlelt és miután két lupus erythematosussal szövődött „acnitis"-eset már van közölve (Ehrmann és Hallopean) és végül, mert *Boeck* már régen a *két* kóralak egybevonása mellett érvel, szükségesnek tartá az esetet a szakosztály birálása alá bocsátani. A szöveti vizsgálatok folyamatban vannak és azokról más alkalommal fog referálni.

Havas megjegyzi, hogy a jelen esetben *két* folyamat *találkozásáról* van szó, melyeket még el kell különiteni egymástól. Mint tudjuk, vannak tudósok, a kik a lupus erythematodest a tuberculosishoz szeretik sorolni, annál is inkább, mert többször egyidejüleg a tüdőben is ki tudták mutatni a tuberculosist. Igy *Kaposi* is említ erre vonatkozó több esetet, de tuberculosis-bacillust még eddig senkinek sem sikerült a szövetben kimutatnia. És hogy a lupus erythematodest általánosságban nem sorozzák a tuberculidekhez, azaz bizonyos toxinmérgezés által okozott betegségekhez, annak elbirálására nagyon fontos szerinte az a körülmény, hogy sok eset észleltessék, mert az eddigiek még nem eléggé nagy számúak ennek eldöntésére.

Török Lajos: Papillomata linguae. R. S., 83 éves, házfelügyelő. Bajára vonatkozólag előadja, hogy az már 10 év óta áll fenn. Semmiféle venerikus vagy bőrbetegségre nem emlékezik.

Jelenleg a nyelvhát baloldalán, a nyelv csúcsától a nyelv hátsó harmadáig terjedőleg egymás mellett hét darab borsónyi—mogyorónyi, karfiolszerű újképlet van, a melyek a nyelv felületéből indulnak ki, a nyelv állományába nem foglalódnak és rövid széles kocsányon ülnek. Ezen újképletek vékony szürkés szarúréteggel fedettek, 2—3-nak szarúrétege a fogak behatása folytán lekopott, a miért is azok rózsaszinüek és érzékenyek. A nyelv állománya maga nem változott, nevezetesen nem vastagodott meg. A szomszédos nyirkmirigyek nem tapinthatók ki.

Havas: A bemutatás kapcsán említ egy esetet, a hol egy 60 éves férfinál szintén hasonló karfiolszerű növedékek voltak a nyelven jelen. *Herczel* megoperálta a beteget és *Pertik* vizsgálata nem mutatott ki semmiféle rosszindulatú epitheliális elváltozást. Jelen esetben is a górcsövi vizsgálat fogja a diagnosist biztossággal eldönteni.

Török Lajos: Syringoma. W. G., 23 éves, varrónő. Mintegy hét éve betegeskedik. Haemoptysise is volt, utoljára 4 év előtt. Most oldalfájásról panaszkodik. Bőrbaját 6—7 hó óta tapasztalja, a mikor göböket vett észre mellén, a melyek azóta állitólag elszaporodtak, de lehetséges, hogy előbb is fennállottak volt, mert a beteg, a bőrelváltozás nem okozván semmi kellemetlenséget, véletlenül fedezte fel őket.

Localisatio: a mellkas felső felén, különösen a mammák felett, a mellkas alsó felén pedig az utolsó bordák felett: a mammák alatt a középvonalban a sternumon kevesebb van. Néhány szétszórva a mellkas oldalán, a mellsö hónaljvonalban, a háton alig 1—2. Egy-kettő az alsó szemhéjon. A bőrelváltozások: kölesnyi egész kis lencsényi, normális bőrszinü, igen halványpiros, lapos, vagy félgömbszerű kiemelkedések, a melyek tömöttek.

Róna: 1899-ben *Huber* mutatott be az osztályról egy beteget olyan bőrlaesioval, a milyent még nem látott és a melynél a makroskopikus kép után nem tudott diagnosist csinálni. Azt hiszi, hogy más sem tudott volna. A górcsövi vizsgálat kimutatta, hogy syringomával volt dolga, mely a törzsön és a palpebrákon székelt. Azóta újból került egy hasonló eset az osztályra és ennek készitményeit, valamint egyébb idetartozó betegektől készített praeparátumok egész sorozatát fogja *Csillag* dr. a szakosztálynak bemutatni.

Török Lajos: Lichen simplex chronicus. M. J., 13 éves, napszámosfiú. A beteg állitása szerint mindig egészséges volt ezelőtt egy esztendeig. Kilencz testvére él és egészséges. Baja egy év előtt kezdődött mindenütt, a hol most a kiütés van, és lassanként terjedt el. A kiemelkedések igen halványan hyperaemikusak, oedemások, tömötten elastikusok, félgömbszerüen kiemelkedők. Nagy részük teteje levakart, ilyenek barnapiros vérpörkkel fedettek. Közben-közben számos fehér szinü, a papulák nagyságának megfelelő, igen finom és lágy hegecske látszik, a melyek némely helyen papuláktól ment területen és sürü elhelyezésben egymás mellett foglalnak helyet és a vakarás következményei. A papulák ezüst forintnyi — tenyérnyi, szabálytalan alakú területeket foglalnak el és pedig 1—1 van mindkét scapula felett, egészen a spinák tájától a IV. nyakcsigolya magasságáig mindkét oldalt, ezen csoportok háromszögalakúak, a jobboldali nagyobb. A hát oldalán baloldalt az utolsó bordáknak megfelelőleg egy ezüsttallérnyi csoport helyeződik el.

A gluteális tájékok oldalsó felső határától a czombok mellfelületén áthúzódólag, a Poupart-szalaggal parallel, szabálytalan sávalakú csoport látszik, mely a jobb oldalon körülbelül 2½, a bal oldalon két haránt ujjnyi széles, s jobboldalt valamivel inkább mellfelé halad. A mellcsont közepétől a proc. xiphoid. alá, oldalt pedig a mellső axilláris vonalig terjedve több kisebb-nagyobb csoport van elhelyezve, még pedig: 1 cm. hosszú, 2 haránt ujjnyi széles, szabálytalan sávalakú, haránt a bordák szélén átvonuló csoport, baloldalt több szabálytalan alakú s kisebb csoport az emlitett regio közepén s jobb oldalán. Számos elmosódott csoporttá egyesülő kiemelkedés a köldök niveaujában. Három haránt ujjnyira alatta egy 1—5 cm.-es haránt futó sáv van. Számos szétszórt laesio innét a penis gyöke s a jobb inguinális hajlat felé elterülő bőrfelületen.

Havas szerint ez az eset főleg azért nagyon érdekes, mert egy nézetétől eltéritette, illetőleg más irányban meggyőzte. Ő ugyanis a lichen simpl. chron.-nál mindig chronikus eczemára gondolt, de itt valóban látja, hogy tisztán lichen simplex chronicussal állunk szemben, csak egy cardinális tünet hiányzik, a dús pigmentatio.

Beck: Mult évben szintén bemutatott egy esetet, a melynél felhivta a szakosztály figyelmét a Head-féle bőrzónákra. Itt is láthatók a bőrlaesionál bizonyos symmetriát.

Ő azt hiszi, hogy úgy a felnőttnél, mint a gyermeknél a viszketés egyformán nagy fokban van jelen és a gyermek sem kaparja hevesebben a bőrét, hanem, hogy gyermekeknél mégis súlyosabb elváltozás szokott létrejönni a hegképződés után, annak magyarázatát a gyermek és a felnőtt bőre között valószinüleg fennálló anatomiai viszonybeli különbségben találja meg.

Csillag Jakab: Adenoma sebaceum esetei. Négy hónapon belül két oly esetet volt alkalma *Róna* osztályán észlelni, milyeneket még azelőtt nem láttak. Az első esetben, melynek csak photographiáját mutathatja be, miután a beteg észlelése köréből már kikerült, a diagnosist (adenoma sebaceum) csak valószinüséggel állithatták fel klinice, miután előrement tapasztalatai e téren még nem voltak. Egy exstirpált darabka histologiai vizsgálata a klinikai diagnosist kétséget kizárólag megerősitette.

Ezen eset F. K. 23 éves nőtlen czipészre vonatkozik, ki 1903. október 26-dikán jött az osztályra Ducrey-fekélyekkel. A bal arczfelén levő daganatra vonatkozólag azt állitja, hogy az születése óta áll fenn. Családjában hasonló bajról nem tud. A beteg jól fejlett, kissé anaemiás, rendes intelligentiájú egyén, kinek bal arczfelén körülbelül középen függélyes irányban hosszúkás, 3½ cm. hosszú, 1½ cm. széles tumor foglal helyet, mely gombostűfejnyi egész kendermagnyi, félgömbalakú, alapjukkal nagyrészt egymásba folyt, sima, viaszfényű felületü, kissé tömött dudorokból áll. Az egész tumor felülete halvány viaszsárga szinü. A dudorok szőrrel nem fedettek, csak a dudorok közötti árkokban látható gyéren nehány szőrszál, mig a tumor határán a szakál egész sürü. A tumor körül igen nagy számú comedo látható. A köztakaró többi részén hasonló tumor nincs. A tumorból kimetszett darabka histologiai vizsgálata számukban és lebenyeikben megszaporodott, egész a subcutisba leterjedt, functionáló és tágult nyilású faggyúmirigyeket és jól fejlett meg csenevész szőrtüszőket derített ki, mint a tumor alkatrészeit.

A második eset, mely e hóban került észlelése alá, klinice annyira hasonlit az első esethez, hogy itt már a klinikai diagnosis biztos felállitása semmi nehézségbe nem ütközött.

Ez eset R. S. 35 éves nőtlen napszámosra vonatkozik, kinek fejbőrén van emlékezete óta egy néha mérsékelten viszkető, de különben semmi kellemetlenséget nem okozó daganata. A családjában nem fordult elő hasonló baj. A jól fejlett és táplált, középtermetü, elég értelmes férfi hajzatos fejbőrén baloldalt a fül, fejtetővonal és a halántékfalcsont varrata kereszteződése helyén tallérnyi területen egy tumor látható, mely halvány rózsás-sárgás szinü, viaszfényü, kis gombostűfej egész lencsényi dudorocskákból áll, melyeken üres és piszkos sárgás csapokkal telt nyilások láthatók. E csapok comedoszerüen kinyom-

hatók. Az egész területen hajzat gyéren van és pedig csak a dudorok közti barázdákban és egyes nyilásokban láthatók szőrök. A köztakaró többi részén hasonló elváltozás nem található. A histologiai lelet itt is teljesen hasonló az első esetéhez. Az eseteket ez alkalommal mint „ritkákat" mutatja be, melyek az „*adenoma sebaceum*" csoportjába és az eddig kisebb számban észlelt „*circumscript*" alakhoz tartoznak. A szövettani vizsgálat még nincs teljesen befejezve és ha ennek folyamán valami fontosabb momentum derülne ki, úgy erről alkalmilag be fog számolni.

Klein Fülöp (mint vendég): A **syphilis therapiájához** czímen előadást tart.

Új eljárását ismerteti, a melynél az inunctiós kúra helyett sublimát bedörzsöléseket ajánl a következő formula szerint:

Rp. Hydrarg. bichl. corros. 3·0—5·0—10·0
Glycerini puri 20·0
Alkoholi absol. 80·0
D. S. Külsőleg öt lemosásra.

Ezen oldattal, öt egyenlő részre felosztva, öt estén át a *Sigmund*-tól ajánlott beosztás szerint minden este más testrész lesz lemosva.

Minthogy az ungu. hydr. cin.-mal bedörzsöléseknél a higany, miként azt tudományosan megállapították, az ember szervezetében sublimáttá alakul át, legczélszerűbb a beteg organismusának a munkát megkönnyíteni és a gyógyítást azonnal sublimáttal kezdeni és végezni.

A sublimát glycerines és alkoholos oldatának lemosása kényelmesen és tisztán eszközölhető. Ezen műveletnél az oldat egy része az organismus által felszivódik, másik része elpárolog és a légzési utakba jut be.

Havas: Nem akar az előadáshoz lényegben hozzászólni, mert hisz ez csak kisérletek után történhetnék, azonban egy-két megjegyezni valója mégis volna. Nagyon helyesen fogta fel előadó, midőn az általa előadott therapiát olyannak tünteti fel, mely nagy fokban a belégzésen alapul, mert hisz ez megmagyarázza a két esetében oly hirtelen fellépett salivatiót. Az egyik esetben meglehetős, sőt nagyon súlyos is volt, mit *Blaschko* eseteiben is láttak, mely eljáráshoz nagyon is hasonlit az ő eljárása. Tudjuk azt, hogy a higanykészítmények egész sorozata használatos a higanyos szappanok alakjában, de épen a salivatio miatt nagyon megfontolandó a használatuk. Az is ismeretes, hogy a sublimát épen in statu nascendi hatásos, mindenesetre hatékonyabb, mint a kész sublimátnak a bevitele.

III. országos elmeorvosi értekezlet.

(I. ülés 1904. október hó 23-dikán délelőtt.)

(Vége.)

Az elmeorvos véleményszabadsága. Előadta **Hajós Lajos.**

Az elmebeteg és a társadalom kölcsönös védelmének alapját az elmeorvosi szakvélemény képezi, melynek szabadsága nem szabad, hogy veszélyeztetve legyen.

A véleménynyilvánitási szabadság első akadályai subjectiv természetűek és az elmeorvos sajnálkozó humanus érzéseinek és kötelességérzetének tusájából származnak.

Fontosabbak a külső akadályok. Daczára az elmebeteg és a társadalom párhuzamos érdekeinek, melyeknek eszköze a szakvélemény, mindketten gyanakodón és gyanúsító kedvvel nézik. Ez természetes a betegségi belátás nélküli elmebetegnél, ki a vélemény substratumát becsülete és szabadsága elleni merénylet hamis ürügyének szereti tekinteni. A társadalom, mely ép oly laikus és a legtöbb elmebajt nem képes épelméjűségtől megkülönböztetni, suggerálva az elmebeteg felfogásától, szintén gyanakszik és gyanúsít.

A véleményszabadság és az egyéni szabadság egyenlő fontos érdeke, hogy az elmeorvosi vélemények felülvizsgáltassanak, necsak ha a beteg kivánja, hanem automatikusan is. Ez meg is történik. Fontos azonban, főkép az elmeorvos elleni bűnvádi feljelentések esetén, hogy a vizsgálat ne váljék az elmeorvos meghurczolásává, mert ha végül fel is mentetik, a véleményszabadság halálos sebet szenvedett. Itt az eljárás revisioja szükséges. Ne hurczoltathassék és ne bűnbődhessék, csak a gonoszság — sohasem a meggyőződés.

Ezenkivül kivánatos, hogy a gyanakvó és gyanúsító közfelfogás az elmeorvosok felvilágositó munkája által — úgy a szó, mint a toll fegyverével — egészséges irányba tereltessék.

A korlátolt beszámithatóságról. Előadta: **Gerő Sándor** (Nagyvárad).

A btk. 76. § a szerint a büntetés kiszabásánál azt akarja megtudni a biróság, hogy vajjon a terhelt épelméjű volt-e a bűncselekmény elkövetése alkalmával, mert akkor az elkövetett bünténytért felelősségre vonható; vagy pedig a bűntényt öntudatlan állapotban követte el vagy elmetehetsége meg volt zavarva és e miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem birt s akkor nem büntethető. A bűnvádi perrendtartás 246. §-a azonban már tovább megy s annak második fejezete azt mondja: „ha a szakértők a megfigyelés alatt a terhelt akaratának szabad elhatározását korlátozó körülményeket is észlelnek, véleményükben ezeket is tartoznak részletezni."

Edvi Illés kiváló jogászunk ezen fejezetet helyteleníti.

Kiváló elme- és ideggyógyászok, és ezek között első helyen említendők a német orvosi egyetemek vezéralakjai, egyenesen azt kivánják, hogy a német büntető törvénykönyvben a korlátolt beszámithatóságra nézve határozott intézkedés vétessék fel. Az olasz büntető törvénykönyv 47. §-a meg már kifejezetten intézkedik a korlátolt beszámitás eseteiről.

Azon törvényszéki orvosszakértők, kiknek nagyobb alkalmuk nyilik az igazságszolgáltatás keretében gyakorlatilag is működniök, igazolják a korlátolt beszámitási képesség felvételének jogos voltát. Vannak az elmebetegségnek oly zavarai, melyeknél a büntetlenség kimondása ellen, hogy Jolly hires berlini elmegyógyász szavaival éljünk, tiltakozik lelkiismeretünk.

Ezek számára óhajtanánk „a korlátolt beszámitás" fogalmának felvételét a büntető törvénykönyvbe, a melynek kimondásánál nem a büntetés enyhitése, illetve leszállitása volna az elérendő czél, mint azt kiváló jogászunk Edvi Illés magyarázza, hanem ezek részére, miután a korlátolt egyéneknél a befolyásolhatóság, a nevelés, a javítás, esetleg gyógyítás lehetősége áll fent, *oly intézedés szükséges, hogy a büntetést az ilyen egyének felvételére szánt intézetekben lehessen végrehajtani.*

A korlátolt beszámithatóság keretébe volna besorozható többek között a nagyobb és súlyosabb fokú neurasthenia — neurasthenia gravis —, elmegyengék, imbecillek, hysteriások, epilepsiások és degeneráltak egy része.

Jól tudja, hogy a határt biztosan megvonni igen nehéz, de azt a mondottak alapján állithatjuk, hogy a kóros elmebeli állapot egyik csoportjánál az akarat szabadsága csak korlátolt, a másik csoportnál teljesen fel van függesztve. Törvényeink szerint, ha kimondják a törvényszéki orvosszakértők a korlátolt beszámithatóságot, akkor legfeljebb enyhitő körülmények számbavételével itélik el az ilyen beteget. Már pedig az enyhitő körülmények alkalmazása itt nem elégséges, mert a fennálló büntetési nemek minden fényes reform daczára mégis csak megtorlással hatnak, a börtönrendszer pedig ezen könnyen befolyásolható, gyenge ellentállású lényeknél imminens veszélylyel jár.

Hozzászól *Stróbl Willibá'd:* Felemliti azon veleszületett szellemi korlátoltsági esetet, melyben az ilyen egyén egészen tervszerűen jár el, előre jól megfontolja cselekedeteit, kikombinálja azoknak legczélszerűbb keresztülviteli módját, helyesen fogja fel helyzetét, abból megfelelő itéleteket alkot és a következtetéseket is le tudja vonni; s csak elvétve, midőn váratlanul jut válságos helyzetbe, jár el badarul, a midőn a tényleg fennálló szellemi korlátoltságára következtetni lehet, mely utóbbi azonban nem menti összes cselekedeteit, főleg pedig jól megfontolt könnyelműségeit és gazságait nem. A csekély, hébe-hóba észrevehető korlátoltságot nem tartja elegendőnek arra nézve, hogy az elkövetett kihágások és bűntettek büntetlenül maradjanak.

Nézete szerint a szellemi korlátoltság ily csekélyfokú alakjainál nagyon pontosan lenne kikutatandó, hogy a cselekmény mennyiben függ össze azzal, s ha kiderithető, hogy az nem egyéb, mint rosszaság, lustaság avagy egy módja a mulatságnak és az élet megkönnyítésének: büntetendőnek tartja mindaddig, mig az ilyen egyének számára létesitendő nevelőintézetek nincsenek.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1904. május 15-dikén tartott XXXVI. közgyülés.)

(Folyt.)

Szakületeink tárgysorozata csak alig sejteté, hogy e forrongás az utóbbi időkben szokatlan mérvet öltött. Mindenfelé valósággal lázas tevékenység foly. A világ ezernyi laboratoriumában és munkatermében éjjet a nappal egybevetve dolgoznak, mintha arról volna szó, hogy évezredek mulasztásait pótolják és mielőbb minden fegyver birtokába juthassanak, a melylyel az emberi életet és épséget fenyegető kórság ellen sikra lehessen szállni. Szinte úgy tetszik, a természet kérlelhetetlen törvényeit akarják megmásitani és meghazudtolni azt a vaskényszerűséget, a mely minden életnek határt szab.

Egyszerre szeretnének minden emberi baj és betegség gyógyszerének birtokába jutni, nagyobb igyekezettel és nagyobb mohósággal, mint a hogyan egykoron, az aranyláz napjaiban, a kincsrevágyó kapzsiság a bölcsek kövét kereste.

Mióta a betegségek valódi kórokozóit, az emberóriásnak parányi ellenségeit a kutató emberszem felfedezte, a mióta a vegyész érzékeny anyagkiválasztó módszereivel a parányi ellenségek ölő mérgét felismerte, a tudomány munkásain addig sohasem észlelt, sohasem létezett szenvedélyes kutatásvágy vett erőt, hogy felfedezhessék az ölő mérgek védő, óvó és gyógyító ellenmérgét.

Nem egy rémes és embertizedelő kór felett már úrrá lett a segitő tudomány, de még mindig gyöngítettlen erőben fenyegeti a halandó embert a pusztító kórok egész sokasága, hogy szinte kétségbeesett erőfeszítésre ösztökélje azokat, a kik élethivatásuknak tűzték ki az embert betegségében gyógyítani és fenyegetett életét megóvni.

S ha ismét arra akarnánk választ nyerni, hogy e szenvedélyes kutatási munkából, e kétségbeesett erőfeszítésből mennyi volt, mennyi lehetett a mi részünk, természetszerűleg sajnálkozással és lemondó megadással kellene bevallanunk, hogy úgyszólván semmi, mert még egy referáló előadás sem adott — bár felületes áttekintésben — képet arról, a mi körülöttünk végbement. Már pedig még az sem, a ki a szaklapoknak nagyobb számát böngészi át, kisérhet állandó figyelemmel minden felmerülő kérdést és nem vehet tudomást mindarról, a mi az orvosbúvárlat tűzhelyein végbemegy. Csak az tájékozódhatik kellően és nyujthat másoknak is tájékozást, a ki különös gonddal egyes speciális kérdésekre vonatkozó adatok után kutat és idejét meg munkaerejét csak ezeknek megfelelő feladatokra fordítja.

De ha az egylet munkaprogrammjáról hiányzanak az eredeti búvárlatok eredményei s azt a könnyebb feladatot sem teljesitettük, hogy

a máshol folyó szorgos tudományos munkálkodásnak eredményeit valamennyiünk okulására a részletekre is kiterjeszkedő, kellő áttekintést nyujtó, összefoglaló előadásokban ismertettük volna, megtörtént-e legalább az, a mire nálunk, e vidéki városban is, bőven kinálkozott alkalom és megvolt a mód?

Az orvosegyesületi működésnek tulajdonképeni anyagára, a betegbemutatásokra és demonstratiókra gondolok.

A vidéki város szükebb keretéhez mérten e helyen kivételesen nagyarányú közintézetek is jelentékeny számmal nyujtanak a betegeknek menedéket és segitséget. Egy megyei közkórház, az irgalmas-rend kórháza, a bábaképző-intézet, az izralita szent-egylet kórháza, a fertőző betegek kórháza, egy gyermekkórház s a nemrég megnyilt nagyszabású elmebetegek kórháza a betegek százait fogadják magukba; egész sora a betegsegélyző pénztáraknak a betegek ezreinek nyujtanak segitséget, e népes város közel félszáz orvost foglalkoztató jelentékeny magánorvosgyakorlatát nem is említve s ily viszonyok között megtörténhetett, hogy ez egyletben, a melynek csaknem minden e városban lakó, a nevezett intézmények élén álló orvos s a megyének is számos orvosa tagja, az utolsó teljes év lefolyása alatt 11 szakülésen csak 10 betegbemutatás történt és mintegy 90 tag közül csak 16 vette ki részét s e munkából 16 között is három vendégelőadót üdvözölhettünk az előadói asztalnál.

Egynémely kartársam, a midőn munkára szólítottam, tagadó válaszát azzal indokolta, hogy a gyakorló orvosnak nem juthat szerep az orvostudomány fejlesztésében. Ez indoklás igazoltnak látszik, de csak annyiban, a mennyiben a gyakorló orvos működésének az irodalomban aránylag kevés a nyoma. De a beavatott előtt ismert tény, hogy a gyakorló orvos munkája a tudománygyarapitás szempontjából is értékes, mert oly megfigyelések és észleletek gyüjtésére nyilik kiváltképen neki, családi és háziorvosi minőségben alkalma, a melyeket klinikai megfigyelések és laboratoriumi munkálatok nem pótolhatnak. Ez állitás részletes megokolását és bővebb kifejtését ezúttal mellőzhetem, mert mult évi beszámolómnak képezte anyagát. Utalok arra a felfogásra is, a mely a gyakorlatban észlelés alá kerülő kóresetet azért nem tart alkalmasnak az egylet ülésén való megbeszélésre, mert ú. n. közönséges, mindennapi eset.

Ezt a téves nézetet is megkisértettem már egy izben megczáfolni, elmondván, hogy mindennapi eset tulajdonképen nincs is, mert a hány az individuum, annyiféle az eset és két teljesen egyező eset talán nem is létezik.

Jól megfigyelt és minden részletében felderített kóreset, legyen bár ú. n. közönséges eset, nem méltatlan arra, hogy tárgyalásainknak anyaga legyen.

Mindezek elmondásával az igazságnak tartoztam, a mely tiltja a szépitgetést és a történt mulasztások elhallgatását. Az ügynek akarok vele használni s a teljes nyiltságtól még az sem rettentett vissza, hogy beszámolóm esetleg nem egy tagtársamnak visszatetsző lehet.

Az elhatározástól, hogy ez egylet életében történt eseményeknek hű krónikása legyek, még az sem téritethetett el, hogy e recriminatiókkal ismét oly húrokat pengetek, mint egy előbbi jelentésemben. Nem tehettem másképen, nem akarhattam másképen cselekedni, mert ügyünknek akartam szolgálatot tenni. Az a meggyőződésem, az a reményem, hogy szavam nem fog hasztalan elhangzani és fogékony talajra talál, hiszem, hogy egy újabb jelentésem ráczáfol mindarra, a mit ma mondhattam. Bizton hiszem s velem együtt mindazok, a kik e szépmultú egyesület felvirágzását őszintén óhajtják s a kik a közönyöseket meg nem szünnek serényebb munkálkodásra ösztökélni, hogy már a legközelebbi időkben a felújult munkakedv rég hallgató munkatársainkat is megszólaltatja s ez egyletben serényebb munkálkodás fog folyni és pezsgőbb lesz az élet.

Tisztelt tagtársaim! Ezeket hallva azt vélhetnék, hogy a sötét kép, a melyet az előbbiekben vázoltam, indokolatlan pessimismus szülemenye. E véleményök téves volna és reájok czáfolna a folyó év első szakülése s a reá következő választmányi ülés, a melyeknek — mint emlékezhetnek — úgyszólván egyedüli és kizárólagos tárgya annak a megvitatása volt, mint lehetne az egylet tagjainak megcsappant érdeklődését ismét felkelteni, mely módon lehetne az utolsó évek folyamán — alig érthető okból — megapadt és hanyatlott munkakedvet felébreszteni, növelni.

Igaz, már akkor merültek fel oly nézetek is, a melyek bár nem tagadják az utóbbi időkben beállott tespedést, az állapotot nem tartják vigasztalannak és voltak, a kik a hanyatlás okát abban vélték feltalálni, hogy az egyesület oly átmeneti időbe jutott, a midőn az egyletnek régi, az orvosgyakorlat terhes munkájában elfáradt tagjai, az egylet munkájában nem kivántak többé részt venni, a fiatal nemzedék meg nem látta még elérkezettnek az időt az egyesületben való szereplésre. Szerintem egyik magatartás sem helyeselhető s azt tartom, hogy épen az idősebb tagtársak, a kik tudásukat hosszú évek megfigyeléseivel gazdagithatták, nem lehetnek oly szűkkeblűek, hogy másoknak felhalmozott tudáskincseikből mit se juttassanak; a fiatal nemzedéket, a melynek idejét a kisebb méretű orvosgyakorlat nem köti le, meg az kötelezi munkára, hogy elegendő ideje marad árra, hogy az orvosi sajtó és irodalom közleseit figyelemmel kisérje és — ha hajlama van hozzá — elméleti kérdések felderitését legalább a kutatásnak itt is rendelkezésre álló eszközeivel megkisértse.

Ez emlékezetes üléseken a referáló előadások fontosságát és értékét is többen hangoztatták s egyik felszólaló egész sorát a kérdéseknek emlité fel, a melyekkel csak szakorvos foglalkozhatik behatóan, de a mellett minden orvos érdeklődésére tarthat számot. Ezeknek referáló előadásokban való ismertetése jelentékenyen emelhette volna az itt folyó munkálkodásnak színvonalát.

Ezek mellett casuistikus esetek tárgyalása, betegbemutatások, demonstratiók szolgáltathatják kiváltképen munkálkodásunk anyagát s ha programmunk keretéből minden egyebet ki is küszöbölnénk, egyletünk megfelelt hivatásának.

Az orvosrendi, orvos-sociális kérdések évek óta már úgy is leszorultak munkarendjéről és minden erejét az előbbiekben vázolt feladatok teljesitésére szentelhetné. S e munka értékes volna és mindenkit, a ki részt kérne belőle avagy csak érdeklődő figyelemmel kisérné, bizonyára megóvna attól a hanyatlástól, hogy magasabbrendű és szinte művészetté emelkedett hivatása puszta lélek nélküli mesterséggé fajuljon.

De ha az orvosrendi kérdéseknek kiküszöbölése érthető és természetesnek találjuk, hogy az orvos-sociális kérdések, a melyek az egész orvosvilágot állandóan forrongásban tartják, lekerültek a napirendről e helyen, a hol tudományos kérdéseknek minden egyéb érdektől független megvitatása történik, abba nem nyugodhatunk bele, hogy az egylet munkakörét más irányban is szűkitette. Nem is szólva arról, hogy az egylet gyógyszerész- és természettudományokkal foglalkozó tagjainak közreműködését már régebben nélkülözzük, az egylet ritkábban él azzal a természetszerű jogával, hogy e város közegészségügyét irányitsa.

Pedig e tekintetben multja igen sokra kötelezi.

A véletlen akarta, hogy a napokban régi egyleti feljegyzésekben böngészhettem s a több évtizedes fakult irásokból ismét olvashattam, mennyit tett egyletünk e téren is. Egymásután kerültek a kezembe a kuruzslás megszüntetéséről, a Nagyvárad melletti fürdők fejlesztéséről, a titkos szerek elárúsitásáról, a kenderáztatás tilalmáról, a bujakór terjedésének meggátolásáról, a megyei orvosok szolgálati viszonyáról szóló emlékiratok és még egész sora a hasonló iratoknak és felújult emlékezetemben mindaz, a mit e város közegészségügye egyletünknek köszönhet.

Ezzel szemben egész szereplése a lefolyt évben csak annyi lehetett, hogy a város illetékes hatóságának megkeresésére véleményt mondott egy létesitendő közegészségtani muzeum tárgyában, a melynek eszméjét országszerte Liebermann Leo budapesti egyetemi tanár vetette fel.

Az ily muzeum létesitését az egylet átiratában hasznosnak, kulturális szempontból s a közegészségügyi ismeretek terjesztése szempontjából értékesnek és szükségesnek mondta s utalt arra, hogy a szükséges költségek csekélyek és nem állnak arányban a haszonnal, a melyet megvalósításával remélhetünk.

A közegészségügyi szempontból még annak a jelentésnek kell értéket tulajdonitanunk, a melyben Baróthy Ákos tagtársunk e város 1903. évi közegészségügyi állapotát ismertette s a melynek kapcsán elmondá véleményét arra nézve, hogy mik volnának a legégetőbb s az egylet által is megsürgetendő teendők, hogy e város közegészségügye az eddiginél jóval kedvezőbbé váljék. A mit már annyiszor hangoztattak, mielőbb megoldandó feladatnak jelezte a Páris patak s a Pecze folyó szabályozását s a városon kivül való elvezetését, az egész város csatornázását, rendszeres kikövezését, burkolását, szemétlerakodó helyek létesitését, a kor és hygiene követelményeinek megfelelő épitkezési szabályrendeletet, a teendőket a felburjánzó kuruzslás s a tüdővész meggátlására, stb.

Tartalmas előadása, sajnos, nyom nélkül hangzott el és nem követte egyleti actio. A vita, mely nyomában támadt, csak futólagos volt s a cselekvésnek ezt a kinálkozó alkalmát nem ragadtuk meg.

Hiszem és remélem, hogy a jövendőben ez másképen lesz s a főorvosi jelentést nyomon fogja követni az egyesületnek állásfoglalása, a mely az illetékes tényezőket emlékeztesse a megoldandó közegészségügyi feladatokra.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az elektromos áram befolyása a gyomor secretorius működésére. A „Verein für innere Medizin in Berlin“ deczember 12-diki ülésén *Bickel* azon kisérleteiről számolt be, melyeket *Freund*-del együtt végzett annak kutatására, hogy az elektromos áram milyen befolyást gyakorol a gyomor secretorius működésére. Kisérleti állatokul kutyák szolgáltak, melyeknek Pawlow módszere szerint úgynevezett „kis gyomrot“ készitettek. Üres gyomrú kutyáknál a villamozás után erősen alkalikus és kifejezetten nyákos váladék jelentkezett; ha közvetlenül utána táplálékot nyujtottak, azonnal erősen savanyú, normális gyomornedv választatott ki. Ezek a kisérletek tehát azt mutatják, hogy a gyomornedvkiválasztás csak bizonyos adaequat ingerekre (táplálék) váltatik ki és hogy villamozással a normális gyomornedv elválasztását elősegiteni nem lehet. Teli gyomor mellett villamozva, a gyomornedv — noha később — szintén alkalikussá lett. Az áram neme, ereje és alkalmazásmódja teljesen közömbösnek mutatkozott a kisérlet fentebb vázolt eredményére nézve. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1905. 1. szám.)

Hasmenéssel járt appendicitis több esetét ismertették *Soupault* és *Menard* a „Société médicale des hopitaux“ november 28-dikán tartott ülésén. Eddig általában azt vették fel, hogy appendicitis eseteiben többnyire obstipatio van jelen, esetleg fennálló diarrhoea pedig appendicitis ellen szól; szerzők azonban több esetet észleltek, melyekben hasmenéssel kezdődött az appendicitis; később, az appendicitis tüneteinek feltünőbbé válásakor a hasmenés csökkent, majd megszünt és lassanként obstipationak adott helyet. Némely esetben úgy látszik a féregnyújtvány

lobja direkte okozza a hasmenést, míg más esetekben eredetileg enterocolitis áll fenn és ez okozza másodlagos fertözés útján az appendicitist. A hasmenéssel járó appendicitisek prognosisa általában kedvezőtlen. 6 eset közül 5-ben nagyon súlyos volt a lefolyás, ezekből 3 halálosan végződött. A prognosis kedvezőtlensége talán úgy magyarázható, hogy a hasmenés miatt a kezdődő appendicitis tünetei elmosódnak s a mikor a tünetek alapján már biztosan felállítható a diagnosis, akkor a baj már annyira előrehaladt, hogy az operativ beavatkozás nem mentheti meg már mindig a beteget. Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Siredey* osztotta előadó nézetét a hasmenéssel járó appendicitis-esetek súlyosságát illetőleg, míg *le Gendre* ennek ellentmond; utóbbi gyermekkori appendicitis-esetekben egyforma gyakran talált diarrhoeát és obstipatiót. *Comby* egy esetet említ, melyben a hasmenéssel és általános peritonitis tüneteivel hirtelen megbetegedett gyermeknél pneumococcus okozta peritonitist vettek fel, pedig teljesen elhalt féregnyújtvány okozta a tüneteket.

Fugent névvel egy új bakteriumfestéket ismertetett *Joseph* a „Pathological society of London" január 17-dikén tartott ülésén. Előállítása a következő: methylenkékből, gentiana-ibolyából és basikus fuchsinból készítünk tömény alkoholos oldatokat és ezeket 4 : 5 : 3 arányban elegyítve, körülbelül egy hónapig állani hagyjuk. Ebből 1 részt 2 rész vízzel higítva használunk a festéshez. Bakteriumtokok 45 másodpercz alatt világos ibolyaszínben tünnek fel, míg maguk a bakteriumok sötétvörös színűek. (The lancet, 1905. I. 3. szám.)

PÁLYÁZATOK.

A **rozsnyói** dr. Kósa-Schopper nyilv. jellegü **r. kath. kórháznál** lemondás folytán megüresedett s három évi időtartamra betöltendő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, a kórházban egy tágas szobából álló butorozott lakás, fütés, világitás, kiszolgálat és első osztályú kórházi élelmezés, kellő szakképzettség és szolgálati buzgalom esetén évi 200 korona jutalomdij. A kórházi szolgálat hátránya nélkül a városban az orvosi gyakorlat meg van engedve. Az állás azonnal elfoglalandó. Róm. kath. vallású egyének elsőbbséggel birnak.

Felhivom ezért mindazon nőtlen orvosdoktorokat, a kik az állást elnyerni óhajtják, hogy orvosdoktori oklevéllel és netalán eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a rozsnyói székes káptalanhoz intézett kérvényüket hozzám legkésőbb **folyó évi márczius hó 5-dikéig** megküldeni szíveskedjenek.

Megjegyzem, hogy ha orvosdoktori oklevéllel biró egyén nem jelentkeznék, ideiglenesen 60 korona havi dij, lakás, fütés, világitás, kiszolgálat és kórházi élelmezéssel szigorló orvosok is figyelembe vétetnek.

Gömör-Rozsnyó, 1905. évi február hó 12-dikén.

2—1 *Ruber József* dr., kórház-igazgató.

44/1905. khig sz.

A vezetésem alatt álló **Szent Háromsághoz czimzett közkórházban** lemondás folytán megüresedett két **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás, továbbá I. osztályú élelmezés az ügyeletes napokon. (A fizetésnek 1200 koronára és teljes I. oszt. élelmezésre leendő kiegészitésére vonatkozó tárgyalások folyamatban vannak és a javadalmazás javitása legkésőbben ez év folyamán életbe fog lépni.)

Magángyakorlat nincs megengedve.

A kinevezési időtartam 3 év, a mely esetleg újabb 3 évre meghosszabbitható.

Felhivom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy gróf Laszberg Rezső, Győr vármegye és Győr szab. kir. város főispánjához czimzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi márczius hó 15-dikéig** nyujtsák be.

Győr, 1905. évi február hó 10-dikén.

Szent Háromság Közkórház
Igazgatósága Győrött:
Petz, igazgató-főorvos
az ország. közeg. tan. tagja.

396/1905.

A pécsi állami gyermekmenhelynél 1200 korona évi fizetéssel, az intézetbeni szabad lakással, fütéssel, világitással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állás** megüresedvén, felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi okleveleiknek és egyéb esetleges működési bizonyitványaiknak hitelesitett másolataival felszerelt és 1 koronás bélyeggel ellátott, a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat hozzám **legkésőbben f. évi márczius hó 16-dikáig** küldjék be. Az állás legkésőbben 14 nappal a ministeri megbizás kézhezvétele után okvetlenül elfoglalandó.

Pécs, 1905. évi február hó 20-dikán.

Gobbi Gyula dr., igazgató-főorvos.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
már. 1.	alorvos	Szegzárd	1200 k., telj. ell.	Tanárky dr., igazgató
„ 8.	fürdőorv.	Vihnye	Lakás s jövedelem	Polgármester
„ 10.	közs. o.	Bajaszentistván	1000 korona	Szilassy főszolgabiró
„ 10.	m.-orvos	Nagy-Kálló	1200 k., 400 pótl., t. ell.	Nyéky főorvos
„ 10.	közs. o.	Tisza-Beő	1000 korona, 200 lakb. 2400 k., lak., e. illetm.,	Jancsó főszolgabiró
„ 15.	orvos	Pannonhalma	10 é. 200 k. korpótl.	Vojnits, perjel

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési** szervek **hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Magas árért veszszük

a következő könyveket, ú. m.:

Belky-Genersich: Törv. Orvostan
Karlovszky-Winkler: Gyógysz. Kommentár
Kézmárszky T.: A Szülészet Tank. 1904.

MAI HENRIK és FIA orvosi könyvkereskedése
Budapest, IV., Muzeum-körút 31.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

LEVICO

Elsőrangú arsentartalmú vasas víz, semmiféle hasonló ásványvíz által arsen-vastartalmát illetőleg el nem éretik. Vízben, sörben, vörös borban 10-szeresen higítva, klinikus tekintélyek egyhangú véleménye szerint, **kiváló hatású** és mivel minimális adagokban alkalmazható, **gyermekek, gyengék** és **dispeptikusok** által **nagyon jól** tűretik.

Kapható minden gyógyszertárban és ásványvíz-raktárban.

Kizárólagos fő- és egyedüli raktár:

S. UNGAR jr. Cs. és kir. udv. szállító és ásványvíz-nagykereskedés
WIEN, I., Jasomirgottstrasse 4.

LEVICO

FORMAN.

Chlormethylmenthylaether (C_{10} H_{19} O (H_2 Cl) nátha ellen! Három évi klinikai kisérletezés után az orvosok által **eszményi náthaellenes szernek** elismerve. Használati módja: Könnyű náthánál a Forman-gyapot, súlyosabb eseteknél a Forman-belégzés a Forman-pasztillák és Forman-üveg segélyével.

Próbaadagok és irodalom kivánatra ingyen és bérmentve.

DREZDAI VEGYÉSZETI GYÁR
LINGNER.

Fiók Ausztria-Magyarország részére:
K. A. Lingner, Bodenbach.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak
(ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik
Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyuvíz —

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti föraktár: **Edeskuty L.**
Budapesti ezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer
szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.
Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, *(Strassburg)*:
A „Pertussin" hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerü katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhurut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak.

Dr. Model, v. kir. körorvos *(Wessenburg)*:
„Pertussin" használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szivnám be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen feltünő volt, mert sok évi hörghurut folytán meglehetős tüdőtágulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, *(Neuhausen)*:
Az a véleményem, hogy a „Pertussin" az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen hörghuruttá változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnynyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, *(Bir-feld, Steierm.)*:
A három „Pertussin"-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készitménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszertárak útján.

Előállitja a
„Kommandantenapotheke E. Taeschner"
Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
Ingyen minták szivesen állanak rendelkezésre.
Raktárak: **Török József** gyógyszertár, Budapest,
Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.

Hirdetéseket kizárólagosan
a „Petőfi" kiadóvállalat
(Budapest, III., Zsigmond-utcza 70) vesz fel.

Szénsavfürdő-berendezéseket
szállít és felszerel
Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. czég
Budapest, IX., Tinódy-utcza 3. sz. alatti gyártelepe.
A fürdők kitünő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.
Prospektusok ingyen és bérmentve.

Bornyval

(Borneol-Isovalerianasavester)
a tiszta valerianahatás sokszorosával bir, kellemetlen mellektünetek nélkül.

Specificum vérkeringési, emésztési és idegrendszer **összes neurosisainál,** főleg szivzavarok, hysteria, neurasthenia, agripina és cephalalgia, hószámi klimakterikus panaszok esetében.

Eredeti doboz 25 drb 0·25 gm.-os gelatinecapsulával. Adag többnyire 3—4-szer naponta 1 szem.

Kimerítő irodalom rendelkezésre áll.

Chemische Fabrik von J. D. Riedel, Berlin N. 39.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT A/M.

EUCHININ

kiváló orvosok által

influenza

és

hörghurut

ellen ajánlva

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.
Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágositással szivesen szolgál a kezelőség.
Prospektusok dijmentesen.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle
oltóintézet
Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.
Kitünő minőségű és mérsékelt árú
diphtheria-serum elárusítása.
TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON.
Vezető orvos: Dr. Székely Ádám.

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású
himlőnyirkot
alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola			**2—3** egyénre	---	---	---	**1**	korona	—	fill.
5 vagy több phiola á			**2—3**	„	---	---	---	—	„	**80**	„
1 phiola **10** egyénre	---	---	---	---	---	---	**1**	„	**60**	„
1 „ **20** „	---	---	---	---	---	---	**2**	„	**40**	„
1—2 phiola összesen **50** egyénre	--	---	---	---	---	---	**4**	„	—	„
1—5 „ „ **100**	„	--	---	---	---	---	**8**	„	—	„

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér nem ajánlva **40** fillér