Negyvenkilenczedik évfolyam. 40. szám. *Budapest, 1905. október 1.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET **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:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Steiner Pál: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre. 686. lap.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A börtöntuberculosis kérdése a VII. nemzetközi börtönügyi congressuson. 691 lap.

Halász Aladár: Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr. egy. m. tanár.) 693. lap.

Tárcza. Lenhossék Mihály: A termékenyitésről. 695. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. E. Aufrecht:* Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. 697. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Impens*: Alypin (F.) — *Vahlen:* Clavin. (F.) — *Bertini*: Almatenia. — *Általános kór- és gyógytan. Cler* és *Ferrazzi:* Typhusbacillus egészségesekben. (Marikovszky.) — *Dragotti:* A szervezetben lévő összes vérmennyiség csökkentése. (Marikovszky.) — *Wederhake:* A vizelet és az exsudatum üledékének festésére szolgáló újabb eljárás. (Ország Oszkár.) — *Belgyógyászat. Mendl:* Vesegyuladások prognosisa. — *Frey:* A salicyl hatása a vesékre. — *Monlié:* Tonsillitis acuta gyógyítása. — *Idegbajok. Leubuscher* és *Bibrovicz:* A neurasthenia elterjedése a munkások közt. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. Veyrassat:* Alszárfekélyek gyógyítása. — *Kiszkalt:* Abdominalis tályog esete. — *Sauerbruck*: A bárzsing mellkasi részének sebészete. (Steiner Pál.) — *Lenk:* Jóindulatú végbélstricturák gyógyítása. (Pólya.) — *Sampson:* Az ureterek alsó végében székelő kóros folyamatok. (Pólya.) — *Kraske* és *Witzel:* A végbélrák-műtéteknél a záróizom megkimélése. (Steiner Pál.) — *Bőrkórtan. Mendes Da Costa*: A Röntgen-sugarak káros következményei. (Guszman.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Laengner*: Theocinum natrio-aceticum. — *Köhler*: Ulcus pylori, gastrectasia és nem szövődményes gastritis hyperacida orvoslása. — *Magyar orvosi irodalom.* 697—700. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Csapodi István. — Poór Ferencz. — Koller János. — Kinevezés. — Választás. — Jubileum. — Egyetemi alkalmazások. — Orvostanhallgatók száma a budapesti egyetemen. — Követendő példa. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — A gyakorlati év Németországban. — Cholera. — Nő mint az anatomia professora. — A kézszoritás ellen. — A máramarosvármegyei közkórház kimutatása. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Az első nemzetközi physiotherapiai congressus. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre.

Irta: *Steiner Pál* dr., műtőorvos.

A mióta a németországi „Comité für Krebsforschung“ megalakult, a tudományos világban országszerte megindult az áramlat a rákbetegség elterjedésének tanulmányozására. Egymásután jelennek meg a különböző országokban kimutatások, melyek a rák elterjedésének széles körét bizonyítják s ezek áttekintéséből azt a tapasztalatot véljük meriteni, hogy a rákos megbetegedések terjedőben vannak. Beigazoltnak ezt nem tekinthetjük, mert az újabb diagnostikai módszerekkel számos oly esetben kórismézzük a rákot, melyekben eddig a kóros elváltozást jóindulatú vagy más természetű rosszindulatú újképletnek tartottuk.

Minden irányzat a rák korai kórismézésére törekszik. *Boas* a nagyobb központokban rákdiagnostikai állomások felállítását sürgeti, hol az orvosi modern vizsgáló eszközökkel specialis orvosok foglalkozzanak a rák megállapításával, *Mayo Robson* a nagy közönségnek a mozgalom körébe való bevonását sürgeti, *Whiteford* is a közönség felvilágosításában látja a rákos megbetegedések elleni küzdelem sikerét, *Kocher* is a rák elleni küzdelemre hívja fel az orvosvilágot az I. nemzetközi sebész-congressuson (1905. szeptember 18.) tartott megnyitó beszédében.

Hazánkban *Dollinger* tanár, mint a „Kir. Orvosegyesület Rákbizottsága“-nak elnöke indította meg a mozgalmat a rákstatistikai adatok egybegyüjtésére, midőn a kérdést teljes eredetiségben vetette fel, a mennyiben nemcsak a rákos betegek számát kutatja, hanem olyan adatokra is figyelemmel van, melyeket a külföld statistikáiban hiába keresünk. Egyfelől kutatja az átvezető kapcsot az ember és az állat rákos megbetegedése közt, ez az aetiologia szempontjából fontos, másfelől pedig a megoperált rákos betegek további sorsát, a recidiva idejét igyekszik megállapitani, a mi a sebészeti gyógykezelés értékének megállapításánál döntő.

Már *Volkmann* elveti a ráknál a noli me tangere álláspontját és 1875-ben behatóan foglalkozik a recidiva kérdésével. *Billroth* 1880-ban vizsgálat tárgyává teszi a recidivák fellépési idejét s megdönti a quanto magis palpatur, magis indignatur álláspontot. *Volkmann* is csak egy év után kezd remélni, hogy recidiva nem jelentkezik és 3 év után beszél „definitiv gyógyulás“ ról.

Winter az 1901. évi giesseni gynaekologiai congressuson 5 évet ajánl a végleges gyógyulás mértékéül, bár hangsúlyozandó, hogy 3 illetve 5 éven túl is lépnek fel recidivák, melyeket a késői recidivák (Spätrecidive) fogalma alá sorolunk.

Minthogy a sebészeti gyógykezelés értékét a recidiva beállása szerint itéljük meg, szükségesnek tartjuk röviden a recidiva lényegével is foglalkozni. Mi úton is keletkezhetik a recidiva? Létrejöhet:

1. *a visszamaradt daganat részeiből.* Ezen keletkezési mód a sebészet mai radikalis irányzata mellett mind ritkább lesz s ha mégis jelentkezik, úgy a műtét után rövid időn belül lép fel;

2. *a nyirokrendszer rákos sejtjeiből.* A rákos sejtek nemcsak a nyirokmirigyekben, hanem a nyirokutakban is székelnek;

3. *átoltás* (Impfrecidive) útján, mikor is a műtétkor a környező ép szövetbe kerülő rákos sejtekből fejlődik a daganat. Ezen terjedési mód lehetőségét elismeri *Borst* is, *Kahlden* is és *Levesque* összegyüjtötte az inoculatiós recidiva néhány esetét. E terjedési mód a ritkábbak közé tartozik és *Thorn* ezirányú kisérletei, melyeket inoperabilis carcinoma 6 esetében húszszor megpróbált, negativak voltak, miért is csak az esetben fogadjuk el ezen terjedési módot, ha a nyirokúton való terjedés lehetősége ki van zárva.

4. *Kahlden* említi a *rák multicentrikus fejlődését*, t. i.,

hogy a rák fellépése több, egymástól független helyen történik. *Petersen* az 1901.-i congressuson több, a börre localizált ily carcinomát mutatott be s nekünk is volt alkalmunk több multiplex carcinomát észlelni. A multicentrikus fejlődés nem történik szükségképen egy időben, hanem *pluritemporalis*-an s így megeshetik, hogy egy gócz kiirtása után, ettől függetlenül, nem recidivakép a szó szoros értelmében véve, oly sejtekben jelentkezik rákképződés, melyek a műtét idején vagy még teljesen épek, vagy már anaplasiásak voltak.

A késői recidivákat Kahlden pluricentralis, pluritemporalis fejlődéssel magyarázza, *König* a nyugvó csíra elmélettel fejti meg a kérdést, *Thiersch*, *Bruns*, *Tillmans* egészen új elváltozást vesznek fel, *Rindfleisch* a formativ inger tovaterjedésében látja az okot.

Jordan a német sebésztársaság heidelbergi XXXIII. congressusán két késői recidiváról számol be, az egyik nyelvrák műtéte után 19, a másik emlőrák műtéte után 15 évvel lépett fel. Mi is láttunk legutóbb egy 55 éves nőnél késői recidivát, kinél 13 év előtt *Kovács* tanár emlőrák miatt műtétet végzett, 4 év mulva recidivaműtét történt s jelenleg, 9 évvel a műtét után újbóli recidiva miatt kereste fel a klinikát.

Bármint áll is a rák és a recidiva keletkezésének elmélete, *praktikus* szempontból a rákot fertőző betegségnek kell felfogni, mondja *Léjars*. *Korai diagnosis alapján végzett radikalis en bloc műtét*, ez a jelszó a mai chirurgiában, ez a panacea!

Annak a megitélésére, hogy mit vagyunk képesek a rák sebészeti gyógykezelésével elérni, Dollinger tanár megbizásából mindazon betegeinknek, a kiket a klinikán 1897. év szeptember 1-től 1901. év szeptember hó 1.-ig operáltunk, kérdőiveket küldtünk a következő kérdésekkel:

1. Hogyan érzi magát jelenleg?

2. Keletkezett-e az operált helyen újabb daganat vagy fekély s ha igen, mikor?

3. Keletkezett-e az operatio óta teste valamely más részén daganat vagy fekély?

4. Operálták-e azóta, hogy a klinikát elhagyta? Ha igen, hol és mikor?

A mennyiben a beteg válasza nem volt kielégítő, újabb felvilágosításért fordultunk hozzá, vagy pedig, ha orvosát megnevezte, ennek felülvizsgálását kértük. A mennyiben a levél „meghalt“ felirással érkezett vissza, a megfelelő anyakönyvi hivatalt kerestük meg a diagnosis és a halál idejének megjelölése végett. Számos anyakönyvvezető a beteg hozzátartozóihoz utasított s így a recidiva fellépési módját s idejét is sikerült megtudnunk.

E beérkezett válaszokon, valamint a jelentkezéskor személyesen felvett statuson épitettük fel e dolgozatot.

Minthogy a kutatás és levelezés az 1904. évben szeptember hóig folyton tartott, a 3 évi recidivamentesség, a *Volkmann* értelmében vett definitiv gyógyulás megitélésére mindazon esetek voltak értékesíthetők, melyeket 1897. szeptember 1.-től kezdve 1901. szeptember 1.-ig, vagyis 4 éven belül operáltunk. Ez idő alatt 226 esetben végeztünk radikalis műtétet és 175-nek ismeretes további sorsa, vagyis az esetek 77·43%-ának. Ha *Winter* értelmében 5 évi recidivamentességet kutatunk, úgy csak az 1897. szeptember 1-től kezdve 1899. szeptember 1.-ig műtett esetek, vagyis 2 évi anyag volt értékesíthető. Ez idő alatt 109 radikalis műtét történt; 80 esetben ismeretes a betegek további sorsa, vagyis az esetek 73·39%-ában.

Még azon kérdésre kell válaszolnunk, hogy minő alapon, minő kulcs szerint számítjuk a recidivamentesség arányszámát?

Általában elfogadott álláspont az, hogy a recidivamentesség kérdésének megitélésénél leszámítandók:

1. A műtét következtében elhaltak, úgynevezett operativ mortalitas.

2. Kik a műtét után valami más, nem rákos, úgynevezett intercurrens betegségben haltak el.

3. Kiknek sorsa ismeretlen.

Mi ezen az alapon kiszámítottuk úgy 3, mint 5 évre a recidivamentességet, mikor is kissé optimistikusan járunk el, mert valószinü, hogy azoknak nagyrésze, kikről a legszorgosabb utánjárással sem birtunk értesülést szerezni, recidivában elhalt. Másfelől az intercurrens betegség, mint a ráktól független kór, nem nyert bonczolat által beigazolást, a mennyiben e betegek otthon haltak el. Továbbá azon kérdés eldöntésénél, hogy minő absolut eredményt érhetünk el sebészeti gyógykezeléssel, az operativ mortalitást sem szabad figyelmen kivül hagynunk. Ezen indokok alapján *Dollinger* tanár utasítása szerint kiszámítottuk az eredményt oly módon is, hogy sem az operativ mortalitást, sem az intercurrens halált, sem az ismeretlen eseteket nem számítottuk le, hanem az utóbbiakat recidiva okozta halálnak vettük. Igy bár kedvezőtlenebb módon számítottunk, mégis mint az alábbi 11 fejezetből kiviláglik, a klinika eredményei jók és biztatók s igazolják *Virchow* ama mondását; „Ist der Krebs in seinem Beginn und oft sehr lange ein örtliches Leiden, so muss es auch möglich sein, ihn in dieser Zeit örtlich zu heilen!“

I. Az arcz rákos megbetegedése.

Az arcz bőrének rákos megbetegedése a szervezet carcinomái közt elég gyakori, a mennyiben *Gurlt* szerint az arcz bőrhámrákja az összes rákos betegségeknek 1/7-ét, *Heimann* szerint 1/10 ét képezi. Leggyakrabban az alsó ajk betegszik meg rákosan, ily eseteink nagyobb száma miatt ezt külön tárgyaljuk; utána, mint azt *Bergmann* statistikájában látjuk, leggyakoribb az orron ülő rák. Már kisebb arányban találjuk a pofa bőrének, a szemhéjak, a felső ajk és az áll megbetegedését. A bőrhámrákok különböző alakjait, mint a lap szerint terjedő ulcus rodens-t, a mélybe burjánzó és a felszinen papillarisan kiemelkedő rákot volt alkalmunk észlelni, bár ez alakokat élesen el nem határolhatjuk, a mennyiben gyakran átmeneti formáit láttuk.

Hámrákkal az arczon és a fejbőrön összesen 33 beteg feküdt a klinikán: 22 férfi, 11 nő. Koruk 18—86 év közt ingadozott. A 18 éves nőnél az orra hegyén 6 év óta fennálló daganat az orrszárnyat s a porczos orrsövényt elpusztította; a 26 éves férfinál a 3 év óta meglevő rák a bal orrszárnyat tette tönkre; ebből látható, hogy az élet mily korai szakában találkozunk már rákkal. E mellett szól azon esetünk is, melyben a 35 éves férfinál 11 év előtt kezdődött az orron a rákos burjánzás s felvételkor már gyermektenyérnyi fekélylyel volt dolgunk.

Eseteinkben:

20 éven alul	1
20—30 év közt	1
30—40 „ „	5
40—50 „ „	4
50—60 „ „	11
60—70 „ „	4
70—80 „ „	6
80 éven felül	1
Összesen	33

beteg jelentkezett.

Tehát látjuk, hogy túlnyomóan az 50—60 év közt, még pedig oly eloszlásban, hogy 50—55 év közt 7, 55—60 év közt 4 beteg került a kórodára.

A mi a bántalom székhelyét illeti, 4-szer a szemhéjakról, 10-szer az orról, 14-szer a pofa és halánték bőréről, 4-szer a fülkagylóról s 1-szer a tarkóról indult ki a rák. A daganat nagysága kis göb és alma nagyság közt váltakozott; az esetek túlnyomó részében a daganat ki volt fekélyesedve; a fekélyek hol laposak voltak felhányt szélekkel, hol kráterszerüen bemélyedtek s némely esetben nem localizálódtak csak az arcz bőrére, hanem a határos képleteket is elpusztították. E fekélyek koronanagyságtól egész tenyérmekkoraságig váltakoztak s voltak eseteink, midőn még a sinus pyriformis csontos széleit, majd az orrüregen át a szájpadlást, sőt az orbitát is bevonta körébe a rákos pusztítás. A nagy kiterjedésü rákok mellett voltak eseteink, midőn a rák hosszas fennállása daczára, így egy esetben 14 év után, sem voltak mirigyek tapinthatók. Ez bizonyítja e rákféleségek relativ jóindulatúságát. Tudjuk, hogy felületes bőrhámrákok spontan hajlamosak a heges zsugorodásra, de ezt nem tekinthetjük végleges gyógyulásnak. *Bergmann* többször tapasztalta, hogy a heg szélein újabb apró fekélyek keletkeznek, melyek tova pusztitanak, továbbá hogy a hegben mikroskopice sem lehetett ráksejtet kimutatni, s a nyakon ülő nyirokmirigyekben terjedt tova a rák. Ép ezért nem tekinthetjük sem a Röntgen-sugárral, sem a

radiummal elért eredményeket absolut kielégítőknek; erre vonatkozólag idézem *Dollinger* tanárnak az Orvosegyesületben 1905. január 28.-án elhangzott hozzászólását: „A legtöbb rákos megbetegedésnél 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 zsírpárnában el vannak rejtve s csak később válnak feltünővé. Ezen mirigyáttételek csak az illető tájék teljes sebészeti kitárásával találhatók meg s távolíthatók el. Ha tehát az ilyen esetben sikerülne is az elsődleges rákos góczot a radium reátevésével meggyógyítani, a mirigyáttételek megmaradnak s ezek terjedvén, a beteget elpusztítják. E módszerek tehát nem pótolhatják a *sebészeti gyógykezelést.*"

Az operativ eredmény megitélésére, ha a *Volkmann* követelte trienniumon építjük fel számításunkat, 15 *primaer* bőrhámrákesettel rendelkezünk, melyek közül ismeretes előttünk 13-nak a további sorsa, *5 esetben nem jelentkezett recidiva* 3 éven belül. Ez 5 esetben a rák keletkezése és a mütét ideje közt 1¼, 1½ év 1—1 esetben, 6 év 3 esetben állott fenn. 8 esetben recidiva jelentkezett, mely esetekben a rák 7 hó—20 év közt állott fenn. A recidiva ½—2½ év után állott be. Hogy aránylag nagyobb számban jelentkezett a recidiva, azt az operált esetek súlyossága, a rák nagy kiterjedése hozza magával. Klinikára felvételt ez időben csak a progrediált rákok nyertek, a felületes bőrhámrákokat ambulanter operáltuk s így a statistikában feldolgozást nem nyertek.

A 8 recidiv eset közül 6 már meghalt rákja következtében, 2 él recidivával, ez utóbbiaknál a mütét óta 6, illetőleg 4 év telt el.

Ha ezen eseteket százalékban fejezzük ki s az eredményt az ismert 13 esetre vonatkoztatjuk, úgy

recidivamentes 3 éven túl	38·4%
recidivával él	15·4%
recidivával meghalt	47·2%

Ha az ismeretlen kimenetelü 2 esetet, mint recidivában elhaltat tekintjük, úgy az arány úgy módosul, hogy

recidivamentes 3 éven túl	33·3%
recidivával él	13·5%
recidivával meghalt	54·2%

A zürichi klinikán (Batzaroff statistikája) 175, az arczon végzett bőrhámrákmütét után 66 esetben kaptak recidivát (37·7%), a würzburgi klinikán (Stoeckler statist.) 72 eset után 32-szer állott be a recidiva (44·4%). Hogy ha nálunk aránylag több a recidiva, újból ki kell emelnünk azon körülményt, hogy csak a legsúlyosabb esetek kerültek felvételre.

Ha a definitiv gyógyulás mértékeül a giesseni gynaekologiai congressuson Winter által proponált 5 évet veszszük, úgy eseteink száma 10, melyekből ismeretes előttünk 8-nak a további sorsa. Ezek közül recidivamentes 5 éven túl 3; recidivával él 1, recidivával meghalt 4. Ha ezt százalékban fejezzük ki s az ismert 8 esetre vonatkoztatjuk, úgy 37·5%-a, ha pedig a 2 ismeretlent recidivának veszszük, úgy 30%-a az eseteknek maradt recidivamentes öt éven túl.

Recidiv bőrhámrákmütét 8 esetben volt, mikor is a recidiva 5 esetben klinikai, 3 esetben másutt végzett mütét után lépett fel. A recidivák nagy kiterjedésüek voltak, így egyik esetben a szemhéj alól kiindult bőrhámrák már az orbitába terjedt, a bulbust már másutt enucleálták s felvételkor a szemüreget rákos burjánzás töltötte be. Vagy egy más esetben a fülkagylóról kiindult rák a halántékcsont csonthártyáját, az állkapocsizületet, a dobüreget elpusztította, sőt a daganat még az agy kemény burkára is reáterjedt. A 8 mütett esetből ismeretes 7-nek a sorsa, még pedig:

recidivamentes 3 éven túl	2
recidivában meghalt	5

A recidivamentes esetekben a recidiva 1, illetve 2 hó óta állott fenn, a recidivált esetekben pedig 10 nap, 2 hét, 3 hét, 1½ hó, 4 hó óta állott fenn a recidiva. A recidiv mütét s az újból beállott recidiva közt beállott idő 2 hét—6 hó közt váltakozott. Egy esetben, midőn a rák a jobb halántékon ült, 2 heti időközökben jelentkezett 4-szeri recidivát láttunk, melyek úgy localisak voltak, mint tájiak, mely utóbbiak közül legnagyobb volt a supraclavicularis árokban ülő, a vena subclaviával összekapaszkodott mirigyáttétel.

Ama 2 nem recidivált eset közül az egyik egy 66 éves nő, kinél az első mütétkor a jobb orrszárnyat elpusztító fekély 6 év óta állott fenn, a recidiva 2 hó mulva lépett fel és az orrüregbe is beterjedt. A recidiva gyökeres kiirtása után jelenleg már 6 év óta egészséges a beteg. A másik eset egy 18 éves nő, kinél az orrszárnyak s a porczos orrsövény voltak elpusztulva; a recidiva 1 hó mulva jelentkezett göbcse alakjában, melynek eltávolítása után franczia módszer szerint orrplasticát végeztünk. E beteg is 6 év óta egészséges.

Ha eseteinket százalékban fejezzük ki, úgy az ismert 7 esetre számítva:

recidivamentes 3 éven túl	28·6%
recidivában meghalt	71·4%

Ha az ismeretlen 1 esetet recidivának veszszük, úgy

recidivamentes 3 éven túl	25%
recidivával meghalt	75%

Ha eseteinket 5 évre számítjuk, úgy 6 esetünk van, melyből ismeretes 5-nek a sorsa, még pedig

recidivamentes 5 éven túl	2
recidivában meghalt	3

vagyis százalékban kifejezve 40%, ha pedig az 1 ismeretlent recidivának veszszük, 33·3% a definitiv gyógyulás.

II. Az ajak rákos megbetegedése.

Az arczon ülő rákok közt első helyen áll az ajkakon előforduló rák. *Trendelenburg*-nak 499 arczrák közt 241 esetben alajkrákkal volt dolga (48·3%); nekünk 137 arczrák közt *104* esetben, vagyis 75·9%-ban volt ajkrákkal dolgunk. Az alsó ajk köztudomás szerint gyakrabban székhelye a rákos megbetegedésnek mint a felső. Nálunk

hiányos feljegyzés	4 esetben
az alsó ajkon	84 „
a felső ajkon	6 „
a szájzugban	9 „
a felső és alsó ajkon . . .	1 „

ült a rák, vagyis az ajkon levő rákoknak csak 6·6%-a ül a felső ajkon. *Bruns* szerint 5·5%, *Wölfler* szerint 4%. *Fricke* és *Loos* szerint a felső ajk rákja 17-szer, *Wörner* szerint 18-szor ritkább mint az alsó ajk rákja, a mi statistikánk szerint 15·5-szer.

A mi a nem szerint való eloszlást illeti, nálunk 101 esetben férfinál, 3 esetben nönél volt a bántalom, vagyis az eseteknek csak 2·89%-ában volt a rák nönél. *Wölfler* szerint 7·1%, *Bruns* szerint 7·2%, *Trendelenburg* szerint 7%, *Winiwarter* szerint 1·6% illeti a nőt. Az, a mi statistikánkban feltünő, az, hogy a *felső ajkrák mind a 6 esetben férfinál* volt, pedig általában azt tartják, így *Fricke* is, hogy a felső ajk gyakrabban betegszik meg nöknél. *Wölfler* 8 felső ajkrák esetében is 5-ször volt a bántalom nőknél.

A rákos megbetegedésre való dispositio a korral növekszik, *Trendelenburg* szerint főleg a 40—60 évek közt jelentkezik. A mi eseteink is ezt bizonyítják, a mennyiben a kor szerint való eloszlás a következő:

30 éven alul	1 eset
30—35 év közt	4 „
35—40 „ „	7 „
40—45 „ „	10 „
45—50 „ „	15 „
50—55 „ „	15 „
55—60 „ „	32 „
60—65 „ „	12 „
65—70 „ „	2 „
70—75 „ „	5 „
75 éven felül	1 „
Összesen . .	104 eset

Tehát azt látjuk, hogy leggyakoribb az ajkrák az 55—60 év közt, ugyanezt tapasztalta *Fricke* és *Wölfler* is. *Winiwarter* szerint 45—50 év, *Heimann* és *Thiersch* szerint 50—60 év, *Bruns* szerint 60—70 év; átlagos kornak a 60. évet tekinthetjük.

A betegek a baj észrevételétől számítva különböző idő mulva keresik fel klinikánkat, átlag 1 év és 5 hó után jelentkeznek, az eseteknek csak körülbelül 63%-a jön mindjárt az első évben, a többi mind később, Wölfler szerint 5—15 év közt 5%. Nálunk 6 héten belül 3 eset jelentkezett, 2 esetben pedig 7 évre vezették vissza a baj keletkezését. Részletezve az eseteket

6	héten	belül	3	beteg	jelentkezett
6 hét—3	hónapon	„	15	„	„
3—6	„	„	19	„	„
6—12	„	„	29	„	„

vagyis az első esztendőben 66 beteg jelentkezett.

1—2	év	közt	6	„	„
2—3	„	„	13	„	„
3—5	„	„	8	„	„
5—7	„	„	3	„	„

A mi az anamnesist illeti, gyakran tapasztaljuk, hogy a beteg erős dohányos, mértéken túl pipás, bagózik. Már *Soemmering* (1795) is fontos szerepet tulajdonít a dohányzásnak. Akadunk ugyan néhány esetben olyanokra is, kik nem dohányoztak; a mi eseteinkben, a nőket nem számítva, csak 3 esetben találjuk kiemelve, hogy a beteg nem dohányos.

Gyakran tapasztaljuk, hogy a betegek *egy* traumára vezetik vissza ajkukon keletkezett csomójukat, de sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonít a tudomány jelenleg az állandó, gyakran ismétlődő izgalmaknak. Igy egy esetben a beteg pipáját állandóan a jobb szájzugban, egy másik esetben a bal szájzugban szokta tartani s mindkét betegnél a megfelelő ajkfélen fejlődött a rák.

Gyakran veleszületett és szerzett anomaliák, jóindulatú hámburjánzások, szemölcsök képezik a rák kiindulási pontját. Igy egy esetben az alsó ajk jobb zugában 8 év óta fennálló kis bibircsből fejlődött a rák, más esetben harapás okozta hegből indult ki.

Az esetek túlnyomó részében a daganat már kifekélyesedett szakban volt, a tájéki mirigyek meg voltak nagyobbodva, sőt egyes esetekben a daganat a pofa nyálkahártyájára is reáterjedt. A műtéti eljárás klinikánkon abban áll, hogy akár tapinthatók, akár nem mirigyek, a nyaki tájékot *Dollinger*-féle **Z** metszéssel feltárjuk. Nem elégszünk meg a Kocher-féle harántmetszéssel azon tapasztalatunk alapján, hogy néhány betegünknél, kiknél az állalatti tájékot gondosan kitakarítottuk, a m. sterno-cleido-mastoideus mentén, a mély carotikus mirigyekben lépett fel a recidiva. Ezért *Dollinger* tanár a harántmetszés végeihez a fejbicczentő mellső széle mellett vezetett metszést csatol, melyet tovább a kulcscsont mentén folytat. Igy az egész nyaki tájék anatomiai praeparatumként áttekinthető s az összes mirigyek kiirthatók. Csak ezután távolítjuk el a primaer góczot.

Primaer ajkrák műtéti eseteinkből a 3 évi recidiva-mentességet illetőleg számításba jön 56 eset, melyek közül ismeretes 44-nek további sorsa.

Kiemelendő, hogy operativ mortalitásunk nem volt, *Loos* a tübingeni klinikáról 0·4%, *Fricke* 6·5% mortalitást jegyez fel.

A 44 ismert esetből:

recidivamentes 3 éven túl . .	31 eset
recidivában meghalt	13 „

A *recidivamentes esetekben* a rák fennállása és a műtét közti idő 6 hét és 4 év közt váltakozott a következő elosztás szerint:

3	hónapon	belül	jelentkezett . . .	9	eset
3—6	„	„	„ . . .	8	„
6—12	„	„	„ . . .	9	„
			1 éven belül tehát	26	eset.
1½	éven	belül	jelentkezett	1	eset
2	„	„	„	2	„
4	„	„	„	2	„
			összesen	31	eset.

A *recidivált esetekben* a rák fennállása és a műtét közti idő 6 hét és 1 év közt váltakozott a következő elosztás szerint:

3	hónapon	belül	jelentkezett . . .	4	eset
3—6	„	„	„ . . .	4	„
6—12	„	„	„ . . .	5	„

A recidiva jelentkezésének ideje 2 hó és 2 év közt váltakozott oly arányban, hogy

2	hó	után	. .	1	betegnél	lépett	fel	a recidiva
5	„	„	. .	1	„	„	„	„
6	„	„	. .	3	„	„	„	„
7	„	„	. .	1	„	„	„	„
8	„	„	. .	1	„	„	„	„
9	„	„	. .	2	„	„	„	„
11	„	„	. .	1	„	„	„	„
1	év	„	. .	1	„	„	„	„
1½	„	„	. .	1	„	„	„	„
2	„	„	. .	1	„	„	„	„

Ez esetek közt vannak a már nagyobb kiterjedést elért ajakrákok, olyan esetek, melyekben a rák nemcsak a szájzugra, hanem a pofára is átterjedt s mindkét hely koronányi terjedelemben ki volt fekélyesedve, az egész ajk rákosan be volt szűrődve, s az állalatti mirigyek nemcsak rákosan beszűrődve, hanem kifekélyesedve is voltak. A recidivák, a mennyire a beérkezett válaszok útbaigazítanak, részben localisak, de túlnyomóan tájékiak voltak s végre is a betegek halálához vezettek.

Ha most azt kutatjuk, hogy minő összefüggés van a betegek korai jelentkezése és a műtét távolabbi eredménye, a végleges gyógyulás közt, úgy azt látjuk, hogy vannak esetek, melyekben a rák fennállása az 1 évet meghaladta egészen 4 évig (5 eset), s a betegeknél a műtét után recidiva nem lépett fel; viszont vannak eseteink, melyek az első évben jelentkeztek s a recidiva mégis beállott. Igy egyszerűen nem felelhetünk a feltett kérdésre s azt kell mondanunk, hogy a sebészi kezeléssel elérhető eredmény nincs egyenes arányban a betegektől bemondott rákfennállási idővel. Már a baj észrevevése az egyén intelligentiája szerint változik, vannak, a kik a kis bibircs vagy csomó létezését semmibe sem veszik s csak a fekély jelentkezését tekintik e kór első nyilvánulásának. Továbbá nem egyenlő energiával megy végbe ép a hámrákok burjánzása sem, hosszú idő, évek óta fennálló ulcus rodensek mutatják e féleség relativ jóindulatúságát. Továbbá az operativ eredmény megítélésénél egy fontos tényezővel kell számolnunk: ép vagy kóros területen történt e a daganat kiirtása. Ezt csak pontos szöveti vizsgálat döntheti el s csak így vonhatunk valóságos párhuzamot a korán vagy később jelentkezetteknél elérhető eredmények közt.

Ha most már százalékban fejezzük ki az elért eredményt, úgy ha az ismert 44 esetre vonatkoztatjuk:

recidivamentes 3 éven túl	70·45%
recidivában meghalt	30·55%

Ha pedig az ismeretlen 12 esetet, mint recidivában elhaltat tekintjük, úgy az arányszám úgy módosul, hogy:

recidivamentes 3 éven túl	55·36%
recidivában meghalt	44·64%

Thiersch alsóajkráknál 3 évi recidivamentességet az esetek 10·4%-ában ért el, *Billroth* 24·1%-ában, *Bergmann* 35·8%-ában, *Winiwarter* 36·2%-ában, *Maiweg* 44·5%-ában, *Bruns* 66%-ában.

Wölfler klinikájáról *Ebel* 112 eset kapcsán 65% végleges gyógyulásról számol be. Megjegyzendő, hogy *Wölfler* klinikájának ezen számítása a 112 eset alapján úgy történt, hogy az ismeretlen 21 esetet is a megfelelő százalékkal illeti, vagyis:

véglegesen gyógyult (73 eset) .	65·2%
recidivált (18 eset)	16%
ismeretlen (21 eset)	18·8%.

Ezen kedvező arányszám okát ő nem a betegek korai jelentkezésében látja, hanem abban, hogy mindig a tájéki mirigyek kiirtásával egybeköti a primaer gócz eltávolítását. Mi is ezen momentumnak tudjuk be eredményünket, mert mint fentebb láttuk, sohasem mulasztjuk el a *Dollinger*-féle **Z** metszéssel az összes tájéki mirigyek kiirtását.

Ha számításunk alapjául az 5 éven belüli recidivamentességet veszszük, úgy eseteink száma 31, melyből ismeretes 25 eset további sorsa.

Ezekből recidivamentes 5 éven túl 18 eset
recidivában meghalt . . 7 „

Ezen recidivamentes esetek közt a műtét óta 6½ év telt el 3 esetben, 6 év 5 esetben.

Ha eredményünket százalékban fejezzük ki, és az eredményt az ismert 25 esetre vonatkoztatjuk, úgy

recidivamentes 5 éven túl . . . 72%
recidivában elhalt 28%

Ha pedig az ismeretlen 6 esetet, mint recidivában elhaltat veszszük, úgy

recidivamentes 5 éven túl . . . 58%
recidivában elhalt 42%

A recidiv ajkrák műtéti eseteinkből 3 évi recidivamentességet illetőleg értékesíthető esetek száma 15. Az első műtét 7 esetben a klinikán, 8 esetben a klinikán kivül másutt történt. Az első műtét és a rák fennállása közti idő 3 hó és 12 év közt változott a következő eloszlás szerint:

3	hó	óta	állott	fenn	a	rák	1 esetben
4	„	„	„	„	„	2	„
5	„	„	„	„	„	1	„
6	„	„	„	„	„	1	„
7	„	„	„	„	„	1	„
8	„	„	„	„	„	1	„
9	„	„	„	„	„	1	„
1	év	„	„	„	„	2	„
1¼	év	„	„	„	„	1	„
2	év	„	„	„	„	1	„
12	„	„	„	„	„	1	„
ismeretlen	idő	„	„	„	„	2	„
				összesen	.	15	esetben.

Ezen első műtét és az első recidiva fellépése közti idő 15 nap és 7 év közt változott:

15	nap	után	lépett	fel	a	recidiva	1 esetben
1	hó	„	„	„	„	3	„
2	„	„	„	„	„	1	„
4	„	„	„	„	„	1	„
5	„	„	„	„	„	2	„
1	év	„	„	„	„	2	„
1½	év	„	„	„	„	1	„
3	év	„	„	„	„	1	„
5	„	„	„	„	„	2	„
7	„	„	„	„	„	1	„
				összesen	.	15	esetben.

Ezen táblázatból látjuk, hogy 4 esetben 3 éven túli recidivával, úgynevezett késői recidivával volt dolgunk. Nem minden esetben kaptuk az első recidivát műtéthez, kivált azon esetekben nem, melyekben az első műtét is másutt történt; 12 esetben az I. recidivával, 2 esetben a II. recidivával, 1 esetben a IV. recidivával jött a beteg.

A recidivák, melyekkel a betegek a klinikát felkeresték, tisztán localis recidiva volt 5 esetben, localis recidiva és tájéki áttétel 5 esetben, localis recidiva, táji áttétel és állkapocscarcinoma 2 esetben, localis recidiva, táji áttétel, állkapocs- és foghúscarcinoma 2 esetben, localis recidiva, táji áttétel, foghús- és pofacarcinoma 1 esetben, összesen 15 esetben.

15 esetünk közül nem minden esetben volt elégséges 1 műtét arra, hogy betegeink recidiva nélkül távozhassanak, sőt voltak eseteink, midőn többszöri műtét ellenére is már inoperabilis recidivával távozott a beteg.

Igy	6	esetben	végeztünk	1	recidiva-operatiót
	6	„	„	2	„ „
	2	„	„	3	„ „
	1	„	„	4	„ „

összesen 15 esetben.

Tehát 15 betegen 28 recidiva-operatiót végeztünk; ha ehhez hozzáveszszük az első műtétet is, úgy 15 betegen 43 műtét végeztetett részben nálunk, részben másutt, a mi átlag 1 betegnél 3 műtétnek felel meg.

Ha a műtéttel elérhető távolabbi eredményt kutatjuk, úgy értesüléseink alapján 3-ról tudjuk, hogy 5 év óta nem jelentkezett recidiva. E 3 esetben az első műtétkor a rák 3 hó és 1¼ év óta állott fenn (1 esetben ismeretlen), a recidiv-műtétkor a recidiva 15 nap, 3 hó és 1 év óta állott fenn; mindhárom eset tájéki mirigybeszürődéssel complikált helyi recidiva volt. E 3 esetben az első recidiva-műtét után értük el, hogy recidiva többé nem jelentkezett. Tehát azon esetekben értük el e kedvező eredményt, midőn a betegek az első recidivával jelentkeztek, midőn a betegek kis helyi és körülirt tájéki áttétellel keresték fel a klinikát.

A 12 esetben, melyekben végleges gyógyulást nem tudtunk elérni, a recidivák idejének fellépését fentebb már jeleztük; most azt óhajtjuk feltüntetni, hogy az *utolsó műtett recidiva után* mennyi idővel ölte meg az újbóli recidiva a beteget:

1½	hó	után	meghalt	. . . . .	1
2	„	„	„	. . . . .	1
5	„	„	„	. . . . .	1
6	„	„	„	. . . . .	2
7	„	„	„	. . . . .	2
8	„	„	„	. . . . .	1
1	év	„	„	. . . . .	1
1½	„	„	„	. . . . .	1
ismeretlen				. . . . .	2
				összesen .	12

Ha most azon kérdésre adunk választ, hogy *a rák első észrevevése és a halál beállása* közt a recidiv operatiók mellett mennyi idő telt el, úgy a következő képet kapjuk:

6	hó	után	beállott	a halál	1 esetben
8	„	„	„	„	1 „
14	„	„	„	„	1 „
16	„	„	„	„	1 „
22	„	„	„	„	1 „
2	év	„	„	„	2 „
3	„	„	„	„	1 „
4	„	„	„	„	1 „
18	„	„	„	„	1 „
ismeretlen				. . . . .	2 „
				Összesen .	. . 12 esetben

Ezen táblázatok alapján tapasztalatainkat a következőkben összegezzük:

1. A recidivák tisztán localisak voltak az esetek 33·3%-ában, localisak és tájéki áttételeket képezők 33·3% ában, s a környezetre átterjedők 33·3%-ában.

2. Az I. recidiva a műtét után az esetek több mint felében az első 6 hónapon belül lép fel, az esetek 25%-ában pedig 3 év után mint késői recidiva.

3. Eredménynyel operált eseteink mind I. recidiva voltak.

4. Beálló recidivák többszöri műtevése a betegek életét meghosszabbitja.

Ugyane tapasztalatokra jutott *Wölfler* klinikája is.

Ha ezek után sorba állitjuk eredményeinket, úgy az ismert 15 esetből (valamennyi további sorsa ismeretes)

recidivamentes 3 éven túl 3 eset = 20%
recidivában meghalt . . 12 eset = 80%

Wölfler klinikáján szintén I. recidiva-műtét után, 3 évet véve alapul, 11·7% gyógyulást értek el

Ha számításunk alapjául az 5 éven belüli recidivamentességet veszszük, úgy eseteink száma 11, melyeknek további sorsa minden esetben ismeretes. Ezekből

recidivamentes 5 éven túl . . . 3 eset
recidivában meghalt . . . . 8 „

A recidivamentes esetek közül 2 esetben a műtét óta 6 év telt el.

Ha eredményünket százalékban fejezzük ki, úgy

recidivamentes 5 éven túl . . 27·3%
recidivában meghalt . . . . 72·7%.

(Folytatása következik.)

A börtöntuberculosis kérdése a VII. nemzetközi börtönügyi congressuson.

Irta: *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr., egyet. m. tanár, a budapesti „Erzsébet királyné sanatorium“ tüdőbeteg-gyógyintézet igazgató főorvosa.

Minő eszközök alkalmasak a tüdővésznek a letartóztató intézetekben való leküzdésére?[1]

E kérdésre, melynek felvetésével a t. congressus dicséretes módon a korunk legnagyobb népbetegsége elleni küzdelem harczosai közé állott, 12 munkálat (rapport) érkezett be: 1 franczia, 1 irországi, 1 hollandus, 2 belga, 2 német, 1 amerikai és 4 magyar szerzőtől.

A dolgozatok terjedelemre nézve igen különbözők, de intentióra nézve mind egyetértenek: meg kell akadályozni a gümőkór kifejlődését és terjedését a letartóztatottak közt s megfelelőleg gyógyítani kell a letartóztatási intézetekben lévő tüdővészeseket.

Míg nem is oly nagyon régi szakmunkákban a tuberculosis mint a börtönök valóságos ostora, egynémelyikben szinte mint azoknak mistikus réme szerepel, mely ott sem szünik dühöngeni, a hol az általános halálozást csökkenteni sikerült, addig az előttünk fekvő értekezések már mind bizalommal foglalkoznak a gümőkór leküzdésének problemájával a börtönökben; hangjuk, melylyel a kérdést tárgyalják, objectiv: a tuberculosist, minden misticitásától jogosan megfosztva, csak egy betegségnek tekintik a sok közül, melynek leküzdése megfelelő úton-módon exacte sikerül. Két szerző egész dolgozata nem egyéb, mint direkt csattanó bizonyíték erre.

J. S. Gibbons, az összes irországi letartóztató intézetek főfelügyelője és *Büben László* dr., a magyarországi női fegyintézet: „Mária-Nostra“ orvosa, t. i. a bban a szerencsés helyzetben vannak, hogy egész értekezésüket már elért positiv eredmények felsorolásával tölthették ki.

Gibbons elmondja, hogy az *irországi börtönökben sokkal kisebb* a tüdővész-halálozás, mint a szabad lakosság közt, mert az irországi fogoly igen sokat munkálkodik szabad levegőn, a cellái nagyok, világosak, jól szellőzöttek, mert az irországi fegyintézetekben absolut köpködési tilalom áll fenn, a rabok táplálása bőséges és rationális, úgy hogy a legtöbb letartóztatott testsúlya gyarapszik a fogság idején.

Büben dr. pedig referálhat arról, hogy az 1858-ban alapított magyar női fegyintézet általános és gümőkóros halálozása hogyan szállott alá jó szellőzés alkalmazására, a túlzsúfoltság korlátozása által, a száraz söprés eltiltása, a köpési tilalom behozatala s a rabnők fokozott egyéni hygieniája (szorgos orvosi ellenőrzés, a súlyfogyást mutatók jobb táplálása, nyáron házi uszoda, több szabadban-dolgoztatás stb.) által.

A cselekvés, az activitás elve tehát már eddig sok helyütt érvényesült: hogy tenni kell, mert tenni lehet! A börtöntuberculosis elleni küzdelem terén is győzelem vár a kitartó küzdőre ép úgy, mint az emberiségnek a gümőkór elleni mai világharczában általában.

A *teendőkre* nézve a fődolgokban teljes megegyezés uralkodik a 12 szerző nézete között, a mi — orvosi dologról lévén szó — igen kedvező jel. Tudjuk, hogy az olyan betegségnek, melynek nagyon sokféle a medicinája, rendszerint nincs biztos gyógyszere és megfordítva. A gümőkór korlátozásának eszközeiről a szerzők véleményének a fővonásokban való tökéletes megegyezése világosan mutatja, hogy a bajnak *van* biztos remediuma, ha nem is a gyógyszertárban, de igenis bizonyos intézkedésekben.

Melyek ezek az intézkedések?

Sorjában előnkbe tárulnak, ha végigtekintünk a congressusi értekezések resuméjén.

Kolb (München) felosztja őket *általános teendőkre*, a *fertőzés elleni védekezésre* és a *betegek kezelésére*. Az *első* pontba sorolja a világos, nemzetközileg összevágó börtöntuberculosis-statistikát, a szabadságvesztési büntetések lehető ritkításának kívánalmát, a kis, ahygienikus fogházak számának csökkentését, a nagy letartóztatási intézetek hygieniájának fejlesztését, a személyzet egészségügyi előképzését s a szigorú orvosi felügyelet kötelezővé tételét a fegyházakban.

A *fertőzés* meggátlásáról szóló második pontba sorolja a korai diagnosis szükségét, a halasztás és elbocsátás kívánalmát, az izolálást, a kellő desinfectiót, a fegyintézet építkezésének hygieniáját, hygienikus üzemét a tisztaság, levegőmegújítás, a rabok ruházata, élelmezése, foglalkoztatása, börápolása s végül a házi büntetések alkalmazása szempontjából.

A *betegek kezeléséről* szóló harmadik pontban tárgyalja az orvosi igazgatás alatt lévő sanatoriumszerű külön osztályok szükségességét gümőkóros letartóztatottak számára felényi ágygyal, mint a mennyi tuberculosus beteg évente a fegyintézet kórházában meg szokott fordulni.

Okolicsányi-Kuthy a teendőket *időrendbe* csoportosítja értekezésében, a mint azok sorjában felmerülnek: 1. *teendők a szabadságvesztési ítélet végrehajtása előtt*, 2. *a büntetés megkezdése alkalmával*, 3. *a letartóztatás ideje alatt* és 4. *a kiszabadulás után*.

Ad 1. Alapos *orvosi vizsgálat után halasztás* adandó szerinte a tuberculosis II. és III. stadiumainak általában s a lázas gümőkóreseteknek mind. Mikor ez meg nem adható, a beteg csakis a fegyintézet külön gümős osztályára vehető fel. Ad 2. Beszállításkor új orvosi vizsgálat, esetleg egy kis megfigyelő osztályon observatio kell; ennek alapján történnék a rabok osztályozása *a*) egészségesekre, *b*) disponáltakra, *c*) láztalan kezdődő tuberculosis-esetekre, *d*) az első vizsgálatnál fel nem fedezett vagy az után halasztást nem nyert csekély lázas mozgalmú kezdeti tüdővészesetekre s *e*) haladékot nem nyert kifejezett tüdővészben szenvedőkre. E classificatio után a 3 utóbbi kategoria egyénei a megfigyelő osztályon ismételt szorgos köpetvizsgálat alá volnának vetendők, s ennek eredményét is tekintetbe véve, történnék a beszállítottak elhelyezése a többi rabok között vagy a gümőkóros osztályon. Ad 3. A letartóztatás ideje alatt érvényesüljön úgy az intézet elhelyezése, építkezése és berendezése, mint üzeme részéről a kellő hygienia és orvosi rationalitás a dispositio csökkentésére, s fejtendő ki a helyes törekvés az infectio meggátlására s a betegek gyógyítására, ez utóbbi külön sanatoriumszerű fegyintézeti osztályon. A rosszabbodó esetek mind szabadságolandók lennének. Ad 4. Végül a gümős esetek további sorsának szemmeltartása a kiszabadulás után is ajánlatos volna.

Az egész dolgozaton[1] végig vonul az orvosi szolgálatnak sokkal intensivebbé tétele, az orvosi szellemnek a mainál sokkal tökéletesebb kifejlesztése a fegyintézetek üzemében s a fertőző gümős betegek teljes izolálásának, valamint ugyanazon fegyintézet sanatoriumszerűleg (vízgyógyintézettel is) felszerelt külön osztályán való kezelésének gondolata.

Deknatel dr., hollandi fegyházorvos (Bréda) ugyancsak nagy súlyt helyez a beszállításkor eszközlendő orvosi vizsgálatra és megfigyelésre (suspectus esetekben végbélhőméréseket is követel), nemkülönben időszakosan általános orvosi vizitet kiván valamennyi letartóztatottnál. Egyebekben a teendőket a helyes építkezésen kivül az üzemhygienia s az egyéni hygienia csoportjába osztva tárja elénk. Előbbinek egyik legfontosabb biztosítéka egy jó szakács alkalmazása, az utóbbi fejezetben a sok szabad levegőn tartózkodás és 14-naponként douche-fürdő használát találjuk főképen kiemelve a letartóztatottak egészségének biztosítékai között. A betegeknek plein-air-kúrára való berendezésről kell szerinte gondoskodni.

J. B. Ransom dr. (Dannemora N.Y.) mindenekelőtt a letartóztatási intézetek helyesebb építésmódját követeli. A zárkák tágasabbak és jól szellőztethetők legyenek. Tökéletes tisztogatásuk megállapított rendszer szerint történjék. Az üzemben jobban érvényesüljön az orvosi szellem, mint eddigelé. A hajlamos foglyok dispositioja idejekorán megállapíttatván, ezek kettős gonddal taníttassanak ki a fertőzéstől való óvakodásra. Sötét zárka, koplaltatás töröltessék a házi fenyítékek sorából.

A letartóztatottak megfelelő ruházkodásáról, nemkülönben a ruházat tisztántartása és fertőtlenítése tárgyában kellő gondoskodás és intézkedés szükséges. A foglyok időnként douche-fürdőket kapjanak és elegendő mozgást végezzenek szabad levegőn.

Elkerülhetetlen a gümőkóros letartóztatottak izolálása, a

[1] *Referáló* előadás a fenti kérdésre a VII. nemzetközi börtönügyi congressushoz (Budapest) beérkezett szakvéleményekről.

[1] Lásd: Orvosi Hetilap, 1905. évfolyam 38. szám.

szigorú köpési tilalom behozatala, a köpet szorgos elpusztítása, az ágy és ágynemü pontos fertőtlenítése, mielőtt az másnak használatra átadatnék.

Szükséges a lakó- és munkahelyiségek portalanításáról gondoskodni.

A beszállítottak alapos orvosi vizsgálata mindjárt kezdetben válaszsza külön a gümőkórosokat, s ezek külön helyeztessenek el, iskolázott külön ápolók felügyelete alatt.

Az Unio minden államában külön sanatorium létesíttessék gümőkóros letartóztatottak részére, javult betegeknek gazdasági koloniával, mely szabadban való foglalkoztatásukat lehetővé teszi.

Pontos hivatalos statistika vezetendő végül szerinte az összes államokban a letartóztatottak gümőkórjáról.

Thiltges dr. (Bruxelles) a mielőbbi izolálást tartja szükségesnek a bacillust ürítő gümőkóresetekre nézve, hangsúlyozza a korai diagnosis fontosságát, a bakteriologikus köpetvizsgálat, sőt a diagnostikus tuberculin injectio jelentőségét, s nagy súlyt helyez a szigorú prophylaxisra. A cellarendszert, mert az izolálást teljes fokban lehetővé teszi, a collectiv elzárásnál előnyösebbnek tartja.

Delmarcel dr. (Louvain) az alapos desinfectio hangsúlyozásán kivül főleg a cellák szellőzésére fektet gondot, a rendes cella köbtartalmát 30 m³-ben, a kórházi celláét 40 m³-ben akarja megállapíttatni. Szerinte a gümős betegek a fegyintézet kórházának külön termébe helyezendők, a rosszabbodó esetek pedig a kórház déli, napos celláiba. A gümőkórosaknak általában reparativ táplálás és rationalis medicatio nyujtandó. Külön kórházat tuberculosus foglyok számára nem tart okvetlenül szükségesnek.

Georges Vidal toulousi jogtanár a köpési tilalom és szorgos desinfectio kivánalma mellett főleg a hosszú büntetések végrehajtására rendelt intézetekben pontos morbiditási naplót és mortalitási feljegyzéseket követel. Ugyanez intézetekben a disponáltak az általános hygienia, a táplálkozás, a foglalkoztatás tekintetében kedvezményekben részesüljenek. A már tuberculosus letartóztatott, ha rövid időre terjed a büntetése, az intézet kórházában, ha hosszú időre van elitélve, külön e czélra épült sanatoriumban kezeltessék.

Az érdemes *Baer*, t. e. tanácsos (Berlin) az izolálást nagy fontosságúnak tartja, s azért is, hogy a gümős letartóztatott is megkaphassa a neki teljesen megfelelő gyógyítást, sanatoriumszerüleg berendezett fegyintézeti külön osztályt követel a tuberculosus foglyok számára.

Uray, a nagyenyedi magyar fegyintézet igazgatója, főleg az *ipari munkával* való foglalkoztatást tartja fontosnak a földmüvelő lakosságból kikerült letartóztatottak gümőkóros dispositioja elcidézésében. Azért a foglalkozás kitüzése előtt gondos orvosi vizsgálatot kiván; a munkaidő reductioját óhajtja; a fegyintézettel kapcsolatos gazdasági koloniát követel.

Pattantyús dr., fegyintézeti orvos Illaván, legnagyobb súlyt az élelmezés javítására kiván helyezni, mert ezzel máris szép eredményeket ért el. A tüdőbetegeknek a fegyintézet keretében plein-air-kúrát óhajt biztositani. Minthogy a magánzárkát kedélyileg erősen deprimálónak tartja, disponáltaknál mellőzni szeretné az egyévi cellafogságot is, s ugyancsak a kedélyi depressiora tekintettel, a melyet előidéz, az életfogytiglani szabadságvesztés büntetését is eltörlendőnek vélné.

Mint e rövid áttekintésből látjuk, a rapportok irói, kiindulva abból, hogy a gümőkór a börtönökben ép úgy korlátozható, a gümőkóros morbiditás és mortalitás a letartóztatási intézetekben épügy csökkenthető a *hygienia* áldásos fegyvereivel, mint a szabad lakosság közt, egyértelmüleg követelik a *modern letartóztatási intézettől a hygienikus elhelyezést, megépitést, berendezést* és a hygienia és prophylaxis utasításait figyelembe vevő *üzemet*.

Hogy az egészségtan kivánalmai *az új letartóztatási intézetek megalkotásánál* kellőleg figyelembe vehetők legyenek, minthogy itt részletekbe nem bocsátkozhatunk, azon szerény javaslatot terjeszteném elő, mely szerint mondaná ki a t. congressus, hogy szükségesnek tartja az általános morbiditás és speciálisan a tuberculosis-halálozás csökkentésére *hygienikus épitkezési és berendezési normáliák* kidolgozását, melyek letartóztatási intézetek kreálásánál útmutatóul szolgálhassanak, s e czélra szakférfiakból álló bizottságot küld ki. A normaliákhoz szükséges anyag csaknem mind le van téve már manapság a kórházépitkezési és berendezési tapasztalatokban, a tüdővészesek sanatoriumainak épitkezési és berendezési normativumaiban, *Baer* munkáiban s sok precis adat foglaltatik a mi 12 szerzőnk értekezéseiben is, főleg a *Kolb*-féle dolgozatban.

Ezen normáliák egyes pontjaiból azután a meglevő letartóztatási intézetek is okulást meríthetnének, főleg, ha egy külön függelék szenteltetnék a munkálatban azon kérdés tárgyalásának, hogy már meglevő intézetek amaz egészségtani ideál felé, melyet ez *épitkezési és berendezési szabályzat* vázol, miképen törekedhetnének.

A letartóztatási intézetek *üzemében* is érvényesülnie kell azonban nemcsak a humanitárius, de a *direct orvosi szempontoknak* is, hogy az a chronikus fertőző betegség, melyet a gümőkór képvisel, a fogságra vetettek közt el ne hatalmasodjék.

Ez orvosi szempontok a rapportok áttekintése után teljesen megvilágítva állanak előttünk. Ime a következők:

1. *Fokozott orvosi szolgálat:* vizsgálatok, klassifikálás, ellenőrző visite-ek, hygienia-gondozás és a tuberculosusok specialis gyógyítása.

2. *Széles orvosi jogkör* a fegyintézetekben, a gümőkórosok külön osztályain az egész igazgatásnak orvosi kézbe helyezése.

3. A beszállítottaknak alapos orvosi vizsgálat és megfigyelés után helyes szétosztása, hogy a *fertőző gümőkórosak* mind már *kezdettől fogva izoláltassanak*.

4. A *gümős betegek megfelelő kezelése, a sanatoriumi elvek tekintetbe vételével.*

5. A *betegség átterjedésének megakadályozása* a fertőző gümőkórosokról az egészségesekre: nagy tisztaság, kellő ascpsis, szigorú köpési tilalom, hygienikus kioktatás, a fertőző gümős betegek által használt helyiségek és tárgyak szorgos fertőtlenítése, mielőtt azok egészségesek által igénybe vétetnének stb.

6. A *disponáltak fokozott gondozása*, hogy a kór ki ne fejlődhessék bennük.

7. Az *egészségesekben a dispositio kifejlődésének meggátlása* (a nyujtandó lakásbeli hygienián kivül kellő sok szabad levegőélvezet; ártalmatlan foglalkozás, főleg szabadban, a fegyintézet udvarán, kertjében, földjein; megfelelő vegyes koszt, de a mely animális fehérjében és zsírban nem szegény; kellő bőrápolás, edzés, fürdőkkel, hydriatikával; egészségrontó házi fenyitékek mellőzése; más betegségekből reconvalescálóknak megerősödésükig különös gondozása és igy tovább).

Ezek az *elvek*, a részletek taglalása ismét messze túllépné e corapport megengedhető határait, de megállapításuk nem is lehet feladatom. Szükségesnek vélem e részben egy *káté* bizottsági kidolgozását a *letartóztatási intézetek hygienikus üzeméről*, mely a részletes útbaigazításokat tartalmazná. Meggyőződésem, hogy mérhetetlen haszna lenne belőle minden modern irányzatú törekvéssel biró intézetnek. Ezen káté elkészittetése a t. congressus által volna tehát második szerény javaslatom.

Ugy a *normáliák*, mint a *káté* elkészítése szakembereknek nem adhat nagyobb nehézséget, mert az *elvek kristálytisztán állnak előttünk*, melyeknek keresztülvitele a gümős betegség korlátozására a letartóztatási intézetekben szükségesnek mutatkozik.

Ez *elvek* tekintetében szerzőink között is teljes harmónia és megegyezés uralkodik.

A véleménykülönbség, mely köztük itt-ott felmerül, lényegében jelentéktelen, mind a mellett a következőkben még tüzetesen kivánunk foglalkozni e csekély differentiákkal is, mert épen a vitás kérdések tisztázását véljük e corapport czélja igazi magvának.

Ha e nézeteltéréseket közelebbről tekintjük, csakhamar nyilvánvaló lesz előttünk, hogy az egész különbözet szerzőink között mindössze két pontra vonatkozik. Ezek közül is az egyik csupán egy szerzőnek *(Pattantyús)* különvéleménye a magánzárkáról, melyet a tuberculosus dispositio fokozásában, sőt létrehozásában erősen vétkesnek tart, szemben a többi szerzővel, a kik ma mindmegannyian hirdetik, hogy a jól alkalmazott cellarendszer ártalmatlan, sőt *Thiltges* (Bruxelles) egyenesen kimondja, hogy a cellarendszer, mely egyedül teszi lehetővé a helyes izolálást, a tuberculosis leküzdése szempontjából előnyben részesitendő.

Az egyetlen valóságos vitás kérdés az, hogy vajjon szük-

ségesek-e *külön tüdővészes-sanatoriumok* letartóztatottak számára, vagy elegendő-e a fegyintézeti *külön gümőkóros osztály*, vagy talán ez is nem felesleges e s be lehetne érnünk a *rabkórházakkal* a gümős betegek részére is?

Erre nézve legyen szabad szerzőink véleményét sorjában felhoznom. Ime:

Baer szerint külön nagy intézet gümőkóros letartóztatottak számára drága volna; sokszor messziről kellene oda a beszállításnak történnie s az ily tüdővészes rabsanatorium nehezen volna disciplinálható. Ellenben teljesen meg fognak felelni nagy letartóztatási intézetek *külön osztályai* a „Haus-sanatoriumok" módjára berendezve.

Büben a szóban forgó kérdés fejtegetésébe nem bocsátkozik.

Deknatel nem tartja szükségesnek a külön börtönöket gümőkóros letartóztatottak számára, ellenben *fennjáró tüdővészes foglyok* részére *plein-air-kúrára való berendezést* követel; a *gyógyítható fekvő betegek* szerinte a *rabkórházban* kezeltessenek (földszinti, kertre nyiló kórházi szobában), a gyógyíthatatlanoknak pedig kegyelem kérendő.

Delmarcel külön kórházat gümős fegyenczek részére ugyancsak nem tart okvetlenül szükségesnek, hanem őket a *rabkórház külön termében*, mely tágas, világos és jól szellőzött legyen, kívánja kezeltetni, ha pedig a kór mégis előrehalad, a beteg szerinte a *kórház egy déli, napos cellájában* izolálandó.

Gibbons, minthogy az irországi börtönöknek már is jóval kisebb a tüdővész-halálozása, mint a szabad lakosságé, a kérdést nem tárgyalja.

Kolb szerint egy modern nagy fegyintézetnek orvosi igazgatás alatt lévő *külön gümőkóros osztálylyal* kell rendelkeznie, melyben fele annyi ágy van, mint a hány tuberculosus egyén évente a fegyintézet kórházában megfordult.

Okolicsányi-Kuthy dolgozatában ugyancsak a *külön osztályok szükségessége* mellett foglal állást.

Pattantyús a külön rabsanatoriumot kivihetetlen kívánalomnak jelzi, ellenben a *házi sanatoriumszerü kezelést* igenis követeli, nyitott verandák, nyáron udvari sátrak stb. igénybevételével.

Ransom szerint az amerikai Unio minden államában külön kórház vagy sanatorium volna kívánatos gümőkóros letartóztatottak elhelyezésére.

Thiltges nem bocsátkozik a kérdés taglalásába.

Uray külön fegyintézetek alkotását gümőkóros fegyenczek számára fontos követelménynek állítja oda.

Vidal pedig a *hosszú időre elitélt* gümős egyének részére *külön e czélra épült sanatoriumot* óhajt s csak *rövid* lejáratú büntetés esetén véli megengedhetőnek a tuberculosus letartóztatottnak a *rabkórházban* való kezelését.

Látjuk e resuméből, hogy 12 szerzőnk közül 9 foglalkozik a felvetett kérdéssel. Ezek közül csak *egy orvos*, a nagy arányokhoz szokott amerikai collega: *Ransom* és két nem orvos: *Uray* és *Vidal* követelik a *külön intézetet* a gümőkóros letartóztatottak részére; hárman: *Baer, Kolb* és *Okolicsányi-Kuthy* a modern fegyintézet *külön gümőkóros osztálya* mellett törnek pálczát; az utolsó három közül *Pattantyús* impliciter ugyanezt javasolja, *Deknatel* nemkülönben közel jár ehhez az állásponthoz s *Delmarcel* az egyedüli, a ki megelégszik a *rabkórház külön termével*, súlyos betegek számára kedvező fekvésü *kórházi cellával.*

Szemlénk eredménye tehát, melyet a szerzők véleményének áttekintéséből nyertünk, eléggé világos: a *modern* fegyintézetnek *külön gümőkóros osztálylyal kell rendelkeznie*, melynek keretében a kezdettől fogva történő izolálás, ezzel a Koch-bacillus egészségesekre való átvitelének meggátlása, s a betegek szakszerű, a tudomány mai niveaujának megfelelő gyógyítása czélszerüen, túlságos anyagi áldozat nélkül, tökéletesen keresztülvihető.

* * *

Röviden, t. Congressus, három pontba foglalhatom ezek szerint propositioimat. Tisztelettel javaslom, hogy: 1. a modern letartóztatási intézet *hygienikus építési és berendezési normáliái* a t. congressus megbizásából kiküldendő egy szakbizottság által pontosan kidolgozva, internationalis használatra bocsáttassanak;

2. rövid, világos *káté* szerkesztessék ugyancsak a t. congressus kebeléből kiküldendő szakférfiak bizottsága által a letartóztatási intézetek *hygienikus üzeméről* s ez is az egész civilizált emberiség közkincsévé tétessék;

3. kimondassék elvként, hogy a *modern fegyintézet* a *gümős letartóztatottak* korai izolálására s a betegek helyes kezelésére alkalmas *külön osztálylyal* látandó el.

* * *

Midőn végül köszönetet mondok a t. congressus lekötelező szíves figyelméért ezen igen fontos kérdés tárgyalása iránt, még egyszer hangsúlyoznom kell, hogy a gümőkór elleni világküzdelemnek az a része, melynek preciz útjait ime megjelöltük, szintén teljes eredményt igér.

Biztosítéka ennek már magában véve az a körülmény, hogy az irányzó elvek oly tisztán állanak előttünk s róluk a szakférfiak ismertetett véleményei a fődolgokban oly tökéletesen találkoznak. A részleteket tekintve természetesen egyik szerző egyik pontra, más a másikra helyezi a főbb súlyt, de ezek csak individualis különbségek, a lényeget nem érintik s kizárólag onnan vannak, hogy egyik fegyintézeti orvosnak egy, másnak más hygienikus fegyver akadt a kezébe, melynek eredményét önmaga tapasztalhatta.

De eredményt tapasztalt mind, mihelyt a hygienia nyilainak csak egy részét is szórhatta a gümőkór „rémjére".

Nekünk, a kik e téren a jobb jövőt készítjük elő, az egész tegezt fel kell szerelnünk ez áldásos nyilakkal s az azokkal való védelmi harczra felebarátainkat meg kell tanítanunk, mert a velök nyerhető védelemben megtévedett, bünbe esett embertársainkat is lehetőleg részesíteni akarjuk.

Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr. egy. m. tanár.)

Alimentaris laevulosuria májbajokban.

Irta: *Halász Aladár* dr.

(Vége.)

13. S. J.-né, 35 éves, potatrix. St. praes.: A máj a VI. bordánál kezdődik s a bordaszél alatt 3 harántujjnyira tapintható. A lép a VII. borda felső szélénél kezdődik, a mellső hónaljvonalig ér, s a bordaszél alatt jól tapintható. Egyébként tüdővésze van a betegnek.

A laevulosepróba negativ.

Klinikai diagnosis: Tbc. miliaris subacuta. Cirrhosis hepatis?

Bonczolat (7421/326): Tbc. gland. retroper. et mesaraicarum. Tuberculosis miliaris subacuta pulmonum, hepatis et renum. Tbc. subacuta lienis intumescentis. A lép súlya 360 gm. Hepar adiposum (súlya 1900 gm.).

14. R J.-né, 58 éves, potatrix. 2 éve beteg, dagadt a hasa. St. praes.: Nagyfokú szabad hasvízkór (12 l, fajs. 1012, fehérjetart. 28‰). Punctio után a máj zsugorodottnak imponál. A lép jól tapintható. A laevulosepróba negativ.

Klinikai diagnosis: Myodegeneratio cordis. Cirrhosis hepatis?

Bonczolat: Emphysema pulmonum. Myodegeneratio cordis. *Hypertrophia hyperaemica lienis. Hepar moschatum granulose atrophicum.*

15. T. M., 41 éves, potator. Fél év óta beteg. St. praes.: A májtompulat a VI. bordánál kezdődik s a máj a borda szélét jó két harántujjal meghaladja, felülete sima. A léptompulat a VII. borda felső szélénél veszi kezdetét, a mellső hónaljvonalig ér és mély légvételnél tapintható.

A laevulosepróba negativ.

Klinikai diagnosis: Cirrhosis hepatis? Tbc. pulmonum et peritonei.

A bonczolási jegyzőkönyv adatai (7409/314): Pericarditis fibroso-haemorrhagica tuberculosa. Peritonitis tbc. Tbc. peribronch. pulmonum. Hyperaemia hepatis et lienis cum intumescentia posterioris. A máj súlya *1860* gm., a lépé *490* gm.

16. O. J.-né, 54 éves, potatrix, luese is volt. Néhány hó óta a hasában feszülést érez. St. praes.: A májtompulat az V. bordánál kezdődik, s a máj a gyomorgödröt kitölti, a bordaszélet négy harántujjal meghaladja. A lép a VII. borda felső szélétől

a mellsö hónaljvonalig ér s a bordaszél alatt 3 harántujjnyira tapintható.

A laevulosepróba + (2%).

Klin. diagn.: Cirrhosis hepatis.

A beteg elhagyta az osztályt.

17. Özv. K. S.-né, 45 éves. 11 hónapja sárgaságban szenved, időnként heves gyomortáji fájdalmai vannak. Status praes.: Icterikus börszín. Gastroptosisa van a betegnek. A máj és lép normalis. A jobb bimbóvonal meghosszabbításában a bordaszél alatt a légzőmozgásokat követő lúdpetényi tumor tapintható.

A laevulosepróba negativ.

Klinikai diagnosis: Cholelithiasis? Icterus. Mütétnél a sebész (Pólya dr.) csakugyan epeköveket és cholecystitis chronicát talált.

18. J. J., 20 éves férfi, 2 hónappal azelőtt luest acquiráli, mely ellen kenőkúrát rendeltek neki. 2—3 hete szenved sárgaságban. St. praes.: Icterikus börszín. A máj a bordaszélet 2 harántujjal meghaladja.

A laevulosepróba negativ.

Négy heti kórházi kezelés után gyógyultan hagyta el osztályunkat.

19. F. A., 56 éves, potator. 20 évvel azelőtt luest állott ki. 2 év óta dagadt a hasa. Májtumorja volt, mely kórházi tartózkodása alatt kisebbedett. Léptumor, nagy ascites, melyet többször csapoltunk. Csekély icterus. Laevulosepróba positiv (1·1%).

Klinikai diagnosis: Cirrhosis hepatis.

Bonczlelet (7446/351): Cirrhosis hepatis atrophica (a máj súlya 1440 gm.). Hyperplasia lienis (340 gm.). Ascites (10 liter). Icterus.

20. K. L., 55 éves, potator. 30 évvel ezelőtt luese volt. 2 hónapja beteg, hasában feszülést érez. St. praes.: Mérsékelt máj- és léptumor.

A laevulosepróba negativ.

Klinikai diagnosis: Cirrhosis hepatis. Obductio mind ez ideig nem történt.

21. St. T., 41 éves, potatrix. 2 éve dagadt a „gyomra". St. praes.: A máj a bordaszélet négy harántujjal meghaladja, felülete sima, nyomásra érzékeny. A lép normalis. Egyébként csúcsinfiltratioja van a betegnek.

Ugy a laevuloseval (0·82%), mint a dextroseval tett kisérlet (1·12) positiv volt. A beteg elhagyta az osztályt.

22. S. E., 42 éves, potator. 8 év óta veszi észre, hogy a gyomorgödre táján daganata van, mely azóta folyton nő. Status praesens: A máj jobb lebenye normalis. A bal lebenynek megfelelőleg férfiökölnyi, sima felszinű, s a mélyben hullámzó tumor van. A léptompulat normalis.

A laevulosepróba negatív.

Klinikai diagnosis: Echinococcus hepatis.

A mütét a klinikai diagnosis helyességét beigazolta. A máj és a lép egyébként épnek bizonyult.

23. Sp. S., 58 éves, potator. Klinikai diagnosis: Tuberculosis pulm.

Laevulosuria ki nem váltható.

Bonczolat (7335/240): Tuberculosis pulm. A máj egyszerüen sorvadt, súlya 1080, lebenykerajzolat jól kivehető. A lép normalis.

24. P. J.-né, 75 éves. Klinikai diagnosis: Carcinoma pylori. A laevulose-próba negativ. Obductionál a máj épnek találtatott.

25. Ny. L., 37 éves potator. Hasában már vagy 6 éve feszülést érez, sárgasága másfél év óta van, azóta étvágytalan. Status praesens: A beteg bőrszíne sötétsárga (melasicterus). A máj a VI. bordánál kezdődik s a bordaszélet 5 harántujjal meghaladja, felülete egyenetlen. A léptompulat a VII. borda alsó szélén kezdődik, a mellső hónaljvonalig ér; jól palpabilis. A laevulosepróba negativ.

Bonczlelet (7472/377 sz. b. j.): Echinococcus hepatis, magnit. capiti puerilis in lobo dextro. (A tömlő a máj felületétől 1—2 cm. vastag májréteg által van elválasztva, a máj kapuja felől pedig közvetlenül a Glisson-féle tokkal érintkezik. A vena cava és az echinococcus-tömlőnek körülbelül 1·5 mm. vastag rostos tokja között szintén nincs májállomány. Igy tehát az echinococcus úgy a vena portaet, mint a tömlőbe ferdén befakadó ductus hepaticust és a vena cavat is nyomta. A tömlő számos bab-, egész diónyi átlátszó hólyagot tartalmaz.) Cirrhosis hepatis biliaris (*kezdeti szak*) et hypertrophia lienis (335 gm.) Peritonitis fibrinosa plastica (2·5 l. folyadék). Icterus gravis. *Cholaemia.*

25. St. B., 36 éves nő, ½ év óta vannak gyomorpanaszai. Klinikai diagnosis: Cc. ventriculi (pylori). A laevulosepróba negativ.

Obductionál (7466/371. bj.): Carcinoma vesicae felleae exulceratum cum infiltratione partis vicinae hepatis. Metastases permultae hepatis. A májállomány egyébként ép.

27. S. E., 48 éves nő: 6 hónapja gyomorpanaszai vannak. A laevulosepróba negativ.

Bonczolat (7169/74): Carcinoma ventriculi suprapyloricum magnit. pugni virilis. A máj ép.

28. V. G., 28 éves, potator. Klinikai diagnosis: Peritonitis tuberculosa. A laevulosepróba negativ. A műtét (próbalaparotomia) a diagnosist beigazolja. A máj ép.

29. St. V., 30 éves. Klinikai diagnosis: Stenosis mitr. Neurasthenia. Laevulosuria nem váltható ki. A máj ép. (7455/360. sz. bj.)

30. B. R., 40 éves nő. Klinikai diagnosis: Cc. ventriculi (a pylorus lazán tapintható, ökölnyi tumor). A máj és lép normalis. A laevulosepróba negativ.

31. K. S.-né, 46 éves. Klinikai diagnosis: Morbus Basedowi. A máj és lép normalis. Laevulosepróba negativ. A beteg elhagyta az osztályt.

32. Sp. I., 18 éves fiú. Klinikai diagnosis: Infiltr. apic. A máj és a lép normalis. Laevuloseval tett kisérlet negativ.

33. F. R., 25 éves férfi. Klinikai diagnosis: Polyarthritis rheumat. (lefolyt). Normalis máj és lép. A laevulosepróba negativ.

34. B. I., 20 éves férfi. Diagnosis: Neurasthenia. Ép máj és lép. Laevulosuria nem váltható ki.

35. B. Gy., 52 éves. Klinikai diagnosis: Cc. ventric. en curasse. Normalis máj és lép. Laevulosuria nem váltható ki. Obductio mindezideig nem történt.

36. P. Gy., 70 éves, gyomorrákra gyanús egyén. Normalis máj és lép. A czukorpróbák negativok.

Obductionál kis prostata-rákot találtak, számos osteoplasticus áttétellel.

37. V. I., 50 éves. Diagnosis: Neurasthenia. Normalis máj és lép. A laevulosepróba negativ.

38. R. A., 56 éves nő. Ovarium-cysta miatt mütét. Normalis máj és lép. A laevulosepróba negativ.

39. N. I., 48 éves férfi. 7 hónap óta gyomorpanaszok. Diagnosis: Carcinoma pylori. A laevulosepróba negativ.

40. M. D., 60 éves. Diagnosis: Emphysema. Gastritis chron. Normalis máj és lép. Laevulosuria nem váltható ki.

41. Z. M., 45 éves. Klinikai diagnosis: Peritonitis tuberculosa. Normalis máj és lép. Czukorvizelés nem váltható ki.

Obductio ez ideig nem történt.

42. S. I., 18 éves fiú; másfél éve dagadt a hasa. A máj a bordaszélet 3 harántujjal meghaladja. A lép normalis. Mérsékelt fokú hasvízkórja van a betegnek. A laevulosepróba negativ. Próbalaparotomiánál beigazolódott diagnosis: Peritonitis tuberculosa. Hyperaemia passiva hepatis.

43. K. I., 70 éves férfi. 2 év óta vannak gyomorpanaszai, utóbbi időben igen lesoványodott. A pylorus táján a légzőmozgásokat nem követő resistentia tapintható homályosan.

A laevulosepróba negativ.

Diagnosis: Cc. pylori. Marasmus.

Obductionál (7470/375): a máj és lép épnek bizonyult.

44. K. M., 54 éves nő, ¾ éve mindent kihány. A pylorus táján gyermeköklönyi tumor tapintható. Diagnosis: Carcinoma pylori.

Laevulosuria negativ.

Bonczolat (7463/368): Cc. fibrosum partis pyloricae cum strictura eiusdem. A máj normalis.

45. K. P.-né, 49 éves, potatrix, luetica. 1 éve dagad a hasa, 3 hónapja van sárgasága. Status praesens: A májtompulat a VI. bordánál kezdődik, a máj a gyomorgödröt kitölti s a bordaszélet 4 harántujjal meghaladja, felülete kissé egyenetlen. A léptompulat a VIII. bordánál kezdődik, a mellső hónaljvonalat meghaladja s a

bordaszél alatt mint tömött resistentia 3 harántujjnyira tapintható. Súlyos icterusa van a betegnek.

Már 50 gm. laevulose bevétele után positiv laevulosuria (0·85%).

Klinikai diagnosis: Cirrhosis hepatis.

Obductio ez ideig nem történt.

46. K. I., 47 éves, potatrix. Bemondása szerint 2 hete sárga: ez a panasza. Étvágya van. Status praesens: Mérsékelt icterus jelei. A beteg szíve, tüdeje ép. A májtompulat a VI. bordánál kezdődik, a máj a gyomorgödröt kitölti s alsó széle a köldök felett 2 harántujjnyira tapintható; felszine kissé egyenetlen. A léptompulat a VII. bordánál kezdődik, mellfelé a mellső hónaljvonalat meghaladja, lefelé a bordaszélig ér és légvételkor jól tapintható.

A laevulosepróba positiv (1·1%).

Klinikai diagnosis: Cirrhosis hepatis.

Bonczolat ez ideig nem történt.

A fentiekben ismertetett kisérleti sorozatot áttekintve, azt találom, hogy míg ép májjal biró egyénnél felette ritkán — 20 esetünk közül egyetlen egyszer sem —, addig májbetegeknél szembetünő gyakran észlelhetni alimentaris laevulosuriát.

A laevulose bevételét követő első óra végén rendszerint már kimutatható a czukor a vizeletben; maximumát a czukorvizelés a 2—3. órában éri el, s a kiválasztás 5—6 óra hosszáig tart. A kiválasztott czukor mennyisége 0·8—2% között ingadozik.

12 cirrhosis-esetünk közül 8-ban észleltünk laevulosuriát, három negativ eset közül az egyikben rákos újdonképződés szövődött az alapbántalomhoz, a másik két eset pedig a baj kezdeti szakából való, mikor a zsugorodó máj subjective kellemetlenséget alig okozott a betegnek, a baj ascitessel vagy sárgasággal nem járt, s csak véletlenül, mint járulékos bántalmat fedeztük fel. A negyedik negativ esetben szintén kezdeti szakában volt a májzsugorodás, s a halált más okból keletkezett *cholaemia* okozta. Előrehaladott májbántalom mellett már aránylag kis mennyiségü — így három esetünkben 35, illetve 50 gm. — laevulose bevétele után észleltünk czukorvizelést.

Elsődleges májráknál máskép áll a dolog: egy esetünkben positiv, két másik esetben negativ volt a laevulosepróba; nem lehetetlen, hogy — mikép azt Hansemann felveszi — a rákos sejt működésképes, s egyes esetekben ez a laevulosuria kimaradásának oka. A mi 3 esetünk azonban nem elegendö arra, hogy ez irányban véleményt mondhassunk.

Érdekes, hogy a máj másnemü, súlyos müködésbeli zavarral nem járó megbetegedéseinél, így zsírmájnál, a máj bövérüségénél, egyszerü, idült sorvos állapotánál, alimentaris laevulosuriát nem sikerült kiváltanom.

Hasonlókép negativ volt a laevulosepróba a máj másodlagos rákos megbetegedéseinél (5 eset), jóllehet számtalan áttétes gócz volt a májban; úgy hiszem, ez esetekben a májnak a rákos csomókat körülvevő ép és működésképes parenchymája gátolta a laevulose megjelenését a vizeletben.

Egy esetben úgy a laevulose-, mint a dextrose- és lactosepróba positiv volt; hogy ez esetben nem volt-e a máj mellett a pankreas is beteg, nem tudhatni, mert obductio nem történt.

A szerzők egy része — így különösen Chajes — icterus mellett is észlelt laevulosuriát; az én sárgaságban szenvedő betegeimnél (1 icterus catarrh., 5 icterus e compressione duct. biliferorum), ha máskülönben nem volt súlyosan elváltozva a máj parenchymája, nem jelentkezett czukorvizelés. Ez különben jól érthető: kisérleteim közben mindinkább módomban volt meggyőződni róla, hogy a máj szövetének csak *nagyfokú* pusztulásával járó megbetegedései — főkép cirrhosis — mellett észlelhető laevulosuria, *mint a máj functionalis elégtelenségének egyik jelensége*. Az icterus, a máj zsíros infiltratioja s vérbösége, egyszerü, de idülten jelentkező sorvadása, csak úgy, mint a májzsugorodás (cirrhosis) *kezdeti* szakában, súlyos functio-kiesési tünetekbez nem vezet, s ennélfogva laevulosuria sem jelentkezik.

A laevulose kiválasztására az ascitesnek sincs kimutatható befolyása.

S ép ezekben rejlik a laevulosepróba értéke; a klinikai kép után itélve ugyanis gyakran felvehetni a máj súlyos megbetegedését ott, hol az tulajdonkép nincs jelen. Különösen a cirrhosis az, melyet egyéb okból származó máj- és lépmegnagyobbodásokkal könnyen össze lehet téveszteni.

Igy a mi eseteinkben is (13., 14., 15. sz.) többször láttunk nagy vagy épen sorvadt máj mellett léptumort, a beteg anamnesisében nagyfokú potus volt kimutatható, sőt egy esetben ascites tette szövődményesebbé a kórképet, s hogy még sem volt cirrhosissal dolgunk, már a mellett szólott a laevulosepróba negativ volta s kétségtelenül mutatta azt az obductio.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. Ép májjal biró egyénnél 100 gm. laevulose bevétele után laevulosuria csak kivételesen jelentkezik. A laevulosepróba positiv volta a máj súlyos természetü s *inkább a diffus megbetegedése*, főkép előrehaladt stadiumban levő cirrhosis mellett szól.

2. Icterus mellett rendszerint nem jelentkezik laevulosuria. *Nem észlelhetni laevulosevizelést a máj másodlagos, áttétes daganatainál*, a máj körülirt természetü (echinococcus, epehólyagbántalmak) és csekélyfokú parenchyma-laesioval járó bántalmainál (hyperaemia stb.).

Egyébként kisérleteimet még nem tartom befejezetteknek s azokat alkalomadtán folytatni szándékom; a hiányzó bonczleleteket pedig utólagosan fogom közölni.

A beteganyag átengedéséért Hochhalt főorvos úrnak tartozom hálás köszönettel.

Tárcza.

A termékenyítésről.

(Vége.)

E helyen önként kinálkozik az alkalom arra, hogy szóba hozzuk a kisérletes fejlődéstannak egyik legmeglepőbb, mondhatnók szenzációszámba menő újabb eredményét: az úgynevezett mesterséges parthenogenesist. Sikerült újabban egyes olyan petéken, a melyek különben mindig csak termékenyítéssel tudnak fejlődésnek indulni, bizonyos külső behatásokkal spermium nélkül is megindítani a fejlődést, vagyis mesterséges módon parthenogenesisre késztetni őket. Voltaképen termékenyítésről szólhatunk itt is, mert hiszen egészen önként még sem indultak fejlődésnek ezek a peték, s ama bizonyos behatások az ondószál szereplését helyettesítették. Sőt azt mondhatná valaki, hogy ezekre az esetekre illik csak igazában a „mesterséges termékenyítés“ elnevezés; mert az, a mit közönségesen annak neveznek, voltaképen teljes, rendes termékenyítés, mert hisz petesejt és ondószál egyesül ilyenkor a maga rendjében, s csak a találkozásukat kisérő másodrendü külső körülményekben van a rendestől eltérő mesterkéltség.

Az első ezirányú kisérletek már a 80-as évekből származnak. Egy orosz szerző, *Tichomirow* 1886-ban a selyemhernyó petéin barázdálódást látott megindulni, ha kefével dörzsölte vagy rövid időre tömény kénsavba mártotta őket. A barázdálódás rendesnek látszott, de csakhamar félbeszakadt. Hasonló eredményt ért el *Hertwig R.* tüskés-bőrüek petéin, ha a tengervízbe parányi strychnint adott.

Ez észleleteknél sokkal nagyobb feltünést keltettek *Loeb*, a nagyhirü amerikai biologus kisérletei (1899—1902), és méltán, mert petéit sokkal előhaladottabb fokig tudta fejleszteni. Kisérleteit tüskésbőrüek (arbacia) és egyes alacsonyrendü tengeri férgak (chaetopterus) petéin végezte, olyan módon, hogy ahhoz a vízhez, a melyben a peték voltak, kisérletképen különböző vegyszereket kevert. Többféle sóoldattal sikerült a termékenyítést megindítania, legkönnyebben chlormagnesiummal $\left(\frac{10}{8}\ \text{n}\right)$. Ha a petéket tartalmazó tengervízhez hozzáadott ennek az oldatából bizonyos mennyiséget, azt észlelte, hogy ezek a különben mindig csak termékenyítéssel fejlődő peték barázdálódásnak indulnak, s két óra mulva áthelyezve őket tiszta tengervízbe, barázdálódásuk rendjében lefolyt, sőt a peték tovább is fejlődtek: a tüskésbőrü peték a pluteuslárva, a chaetognatus-peték a trochophoralárva állapotáig.

E kisérleteknek számos követője akadt s csakhamar mások is megerösítették Loeb észleleteit. Az utána következő

szerzők vizsgálataiból leginkább az a fontos tény domborodott ki, hogy a chlormagnesium és azok az egyéb sók, a miket Loeb alkalmazott kisérleteiben, korántsem specificumok e téren, hanem hogy a tüskésbőrüek petéin sok mindenféle módon, részben igen egyszerü eljárásokkal is meg lehet indítani a spermium nélküli fejlődést. Igy *Matthews* (1901) kisérleteiben elég volt erre a peték összerázása. *Schücking* (1903) sok mindenfélével kisérletezett, s azt találta, hogy a legkülönfélébb ingerekkel: mechanikai úton, hő, elektromosság, sőt még fény alkalmazásával is el lehet ugyanazt érni. *Wassilieff* (1901) strychnin, hyoscyamin és nikotin hozzáadására látta a fejlődést megindulni. Igen érdekesek *Pieri* és *Winkler* (1900) kisérletei; ők eredményt értek el az illető állatfajta sperma-kivonatának a hozzáadásával.

E kisérletekből elsőben is azt kell következtetnünk, hogy vannak egyes peték, a minők pl. bizonyos tüskésbőrüeké, a melyekben már ab ovo igen kifejezett az önálló fejlődés tendentiája, a melyek úgyszólván labilis állapotban vannak e tekintetben, úgy hogy már igen gyenge ingerek is elegendők arra, hogy elhárítsák azokat a csekély akadályokat, a melyek rendes körülmények közt útját állják a spermium nélküli fejlődésnek. Nem minden pete ilyen, mert az említett kutatók sok mindenféle állatfajta petéjével kisérleteztek s épen csak egynehány mutatkozott ilyen kisérletekre alkalmasnak.

Boveri elméletének szempontjából véve szemügyre e kisérleteket, elsőben az a kérdés merül fel, hogy milyenek a viszonyok ezekben az esetekben a centrosoma dolgában. *Wilson* és *Wassilieff* (1901) vizsgálták meg először ezt a kérdést, még pedig azzal az eredménynyel, hogy új centrosomát láttak a sejtben megjelenni; e szerint a különböző ingereknek, pl. a chlormagnesiumnak és más sóknak az volna a hatásuk az érett, már ovocentrumját elvesztett petesejtre, hogy azt képessé teszik arra, hogy regeneratio útján új centrosomát hozzon létre, a mivel hozzájut a fejlődéséhez szükséges hiányzó alkotórészhez. *Petrunkewitsch* (1904) legújabb vizsgálatai szerint a dolog máshogy áll: nem új centrosoma képződik ilyenkor, hanem csak az történik, hogy az eredeti ovocentrum, mely nem pusztult el teljesen, hanem csak mintegy bénulttá lett, a különböző ingerekre új életre ébred, új energiát nyer.

Nem húnyhatunk szemet az elől, hogy a mesterséges parthenogenesisre vonatkozó kisérletek nem épen kedvezőek a Boveri elméletére. Boveri theoriájának ugyanis az az alapgondolata, hogy a termékenyítés kifejezetten morphologiai folyamat: leglényegesebb benne a petesejt egy hiányzó morphologiai alkotórészének a pótlása az ondósejt részéről. Ezek az újabb kisérletek azonban más irányba terelik felfogásunkat a termékenyítés mivoltáról: inkább azt a hatást keltik, hogy a termékenyítésben az ondószál nem annyira mint morphologiai tényező, hanem inkább csak mint inger szerepel, mely megindítja a petesejtben az oszlást, s mely sok petén egyéb ingerekkel is helyettesíthető. Loeb határozottan kimondja, hogy a termékenyítés nem morphologiai, hanem physicochemiai tünemény. Nézete szerint csak a petesejt a lényeges a fejlődésben, sőt minden esetben valóban fejlődésnek is indul, tehát a parthenogenesis általános törvénye minden petének, csakhogy ez a fejlődés rendesen oly lassú menetü, hogy a petesejt elhal, mielőtt oszlásával új életerőre tudna szert tenni. A spermiumnak s azoknak az ingereknek, a melyekkel ezt helyettesíthetjük, az a szereplésük, hogy ezt az oszlást siettetik, s ezzel szerencsésen átsegítik a petesejtet azon a kritikus időn, a mely az anyai szervezetből való leválása s első oszlása közt van. E nézet persze hypothesis marad, a melyet ép oly nehéz bebizonyítani, mint megczáfolni. Van Loebnek még egy másik hypothesise is. Szerinte a fejlődést megindító inger legtöbb esetben, így a spermiumnál is, vízelvonás útján hat. Ez az elmélete megczáfoltnak tekinthető az által, hogy kiderült, hogy a mesterséges parthenogenesist nemcsak a petesejt osmotikus nyomását emelő sóoldatokkal, de merőben más természetü ingerekkel is elő lehet idézni.

De mindezek az észleletek és elméletek voltaképen nem érintik a termékenyítés lényegét, hanem annak csak mintegy a technikáját világítják meg. A termékenyítés valódi lényege annak a czéljában áll. S hogy e czél micsoda, az világosan áll előttünk: az apai és anyai szervezet bizonyos, az átöröklést közvetítő anyagainak az összekeverése, az amphimixis, hogy így az az új szervezet a két szülői organismus kevert vonásait viselje magán.

Lássuk már most, hogyan lehet ezt az „amphimixist", a termékenyítés e legfontosabb tényét és végczélját, kapcsolatba hozni a fogamzáskor észlelhető finomabb viszonyokkal. Két sejt egyesül a termékenyítéskor, csakhogy ez a két sejt látszólag nagyon különböző mennyiségü anyaggal járul hozzá a maga részéről az új szervezet képzéséhez: a petesejt tömege százszorosa az ondósejt anyagának. A legbámulatosabb tények, a legnagyobb csodák egyike, hogy oly parányi anyag, mint a minő a spermium, át tudja vinni az apai szervezet tulajdonságait, szellemi és testi egyéniségének számos árnyalatát az utódra. Mert hisz tudjuk, hogy az apai organismus csak egyetlenegy spermiummal járul hozzá az ivadék felépítéséhez. S még ez a spermium se számít a maga egészében. A farkról hallottuk, hogy gyakran be sem jut a petesejtbe, így tehát bizonyos, hogy jelentéktelen a termékenyítésre; a centrosomára szintén nem gondolhatunk, mert erről meg tudjuk, hogy egészen más szereplése van: csak mint a sejtoszlás megindítója s kormányzó központja szerepel. Mindezek a körülmények arra utalnak, hogy a spermium alkotórészei közül csak a magot tekintsük az átöröklés közvetítőjének az apai szervezetről az új ivadékra, a minek azután természetes folyománya, hogy a petesejt részei közül is csak a magnak tulajdoníthatunk fontosságot az átöröklés szempontjából. És így, ha a termékenyítés voltaképeni lényegét és czélját az átöröklési anyagok egybekeverésében keressük, mégis csak visszatérünk Hertwig Oszkár régi meghatározásához, hogy a termékenyítés legfontosabb mozzanata az ivarmagvak egyesülése.

Ezzel a meghatározással nem ellenkezik az a tény, hogy a termékenyítés lefolyhat az egyik vagy másik mag jelenléte nélkül is. A termékenyítés finomabb részleteiben két rendbeli mozzanatokat kell megkülönböztetnünk: olyanokat, a melyek a termékenyítés nélkülözhetetlen mechanismusát, szükségképeni technikáját teszik, s olyanokat, a melyek, bár nélkülök is lefolyhat az egész tünemény, a folyamatnak magasabb czélzatát, tulajdonképeni rúgóját alkotják. A tisztán technikai, alacsonyabb rendü, de nélkülözhetlen mozzanat a spermocentrum egyesülése a petesejt protoplasmájával s ingerlő, a fejlődést megindító hatása a petére; a másik, nélkülözhető, de mégis sarkalatosabb, a termékenyítés tulajdonképeni lényegét magába foglaló mozzanat pedig a magvak egyesülése. A két rendbeli folyamatnak egymáshoz való viszonyát egy egyszerü példával lehet megvilágítani. Az országúton haladó fogatnak csak három okvetlenül szükséges alkotórésze van: a kocsi, a lovak s a kocsis. Ez a három alkotja együttvéve a haladó fogat gépezetét, technikai feltételeit; közülök egyik sem hiányozhat. S mégis mindháromnál fontosabb, lényegesebb momentum a fogat tulajdonosa, ki a kocsiban ül: az ő kedvéért van közös tevékenységre egyesítve az a három nélkülözhetlen alkotórész, s müködésüknek nincs más czélja, mint hogy a bennülő gazdát rendeltetésének helyére vigyék. A kocsi, a lovak s a kocsis a petesejt protoplasmáját s a spermocentrumot, s a bennülő tulajdonos pedig az ivarmagvakat tükrözi elénk.

De ezek az ivarmagvak sem birhatnak a maguk teljességében, összes alkotórészeikkel együtt fontossággal a faji bélyegeknek nemzedékről nemzedékre való átvitelében. A maghártyáról s a magvacskákról hallottuk, hogy csakhamar eltünnek a termékenyítés alkalmával, míg a magvak chromatinján ennek épen az ellenkezőjét tapasztaljuk: ez ilyenkor kezd csak élénkebben kibontakozni, s chromosomákká átalakulva, nevezetes, activ szereplésü a termékenyítés egész folyamata alatt. Igy figyelmünknek első sorban is a mag chromatinja felé kell fordulni. Hogy a chromatin az a bizonyos idioplasma (Nägeli) vagy csiraplasma (Weismann), mely átvivője a szülők és ősök tulajdonságainak az utódokra, azt 1885-ben körülbelül egyszerre hangoztatták először *Strasburger*, *Hertwig O.* és *Weismann*. Egyik legfontosabb támasztéka e ma általánosan elfogadott nézetnek az, hogy épen csakis ez a rész az, a melyet egyenlő mennyiségben szolgáltat a két ivarsejt az új ivadék felépítéséhez, s így csakis ebből lehet azt a tényt megmagyarázni, hogy a legtöbb gyermek keveréke az apa és anya testi és lelki tulajdonságainak. A szülők vonásainak interferentiájából gyakran mintegy új typus áll elő a gyermekben, minek folytán olyan benyomást kapunk, mintha a gyermek sem

az apjára, sem az anyjára nem hasonlítana, míg a testvérek egymást közt feltünő hasonlatosságot mutatnak.

Hogy valóban a chromosomákban kereshetjük az átöröklés tényezőjét, annak a nézetnek *Boveri* igen érdekes kisérlettel tudott biztosabb alapot szerezni. Hallottuk az előzőkben, hogy sikerült e tudósnak összerázott tüskésbörü-petéken magnélküli peteroncsokat is megtermékenyiteni spermiummal. Ha helyes az a feltevés, hogy a szülők tulajdonságait a chromosomák viszik át az utódra, világos, hogy ilyenkor a fejlödésnek induló állat csakis az apai szervezet typusa szerint lehet alkotva. Hogy csakugyan igy van-e ez, annak a kérdésnek a megvizsgálására Boveri úgy járt el, hogy két különböző tüskésbörü fajtától vette a petéket és az ondót, olyanokból, a melyek egymással keresztezhetők; nevezetesen a sphaerechinus granularis petesejtjeit rázta össze s az echinus mikrotuberculáris ondóját keverte hozzája. E két — egyébként közel rokon — fajtának már a korai fejlödési alakjai, jelesen a pluteus-lárvái olyannyira eltérnek egymástól, hogy könnyen és biztosan megkülönböztethetők. A termékenyités sikerült egyes esetekben s az eredmény teljesen megfelelt a várakozásnak: a lárvák egészen az echinus mikrotuberculáris tulajdonságait tüntették elő. Némelyek, igy különösen *Seeliger* kétségbe vonták e kisérlet bizonyító erejét, mert rendes körülmények közt is előfordulhat, hogy az ivadék inkább az apára üt s igy szerinte a kisérlet nem teljesen döntő értékü. De mivel alig tehető fel, hogy ez a különben ritka eset épen Boveri kisérleteiben fordult volna elő és nem is egyszer, hanem többször, Boveri vizsgálatainak eredményét, mint teljesen bizonyító értéküt, elfogadhatjuk.

Az átöröklés érthetővé teszi azt a nagy gondot, a melylyel a természet eljár az apai és anyai chromatinanyag szétosztásában, s megadja a magyarázatát annak a szép és bonyolódott mechanismusnak, melyet lejátszódni látunk a termékenyités során. A természet szövevényes, nehézkes apparatust hoz mozgásba, hogy biztositsa a kétrendbeli átöröklési anyagnak egyenlő mennyiségben való bejutását a képződő szervezet minden egyes sejtmagjába. Ennek láttára szinte csodálkoznunk kell azon, hogy a gyermekek nem minden esetben mutatják testi és lelki sajátságaikban a szülők tulajdonságainak egyenlö mennyiségben való keveredését, hanem hogy nem épen ritkán inkább az egyik vagy másik szülő képmásai. Ennek a magyarázatára fel kell vennünk, hogy az apai és anyai chromosomák, bár számra nézve mindig egyformák, átöröklési energiájuk tekintetében különbözők lehetnek s a melyik nagyobb erélylyel van felruházva, az fogja az utódra reányomni egyéni bélyegét. De e kérdés bővebb fejtegetése az elméleti biologia egy igen érdekes fejezetének: az átörökl6dési elméleteknek területére vezetne, a mivel átlépnők a termékenyités e rövid vázlatának kereteit.

Lenhossék Mihály.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Aufrecht: Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. Wien, 1905. Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

A tüdögümökór irodalma ismét egy újabb munkával gyarapodott. Minthogy pedig ezúttal csakugyan számottevő munkáról szólhatunk, szükségesnek tartjuk, hogy ezen rövid ismertetés keretén belül felhivjuk reá olvasóink figyelmét, a mit legjobban úgy vélünk megtehetni, ha ideiktatjuk a munka első és második főrészének lényegét.

Az első főrész a tüdögümökór pathogenesisével és kórbonctanával foglalkozik. Azon kezdi, hogy a tüdögümökórnak belégzési betegség gyanánt felfogása nem tartható tovább fenn. Sorra czáfolja a belégzési elmélet mellett felhozott érveket. Igy Cornet statistikai adatait, melyek szerint ápolók között rendkivül nagy a tüdővész-halálozás, nem tartja mértékadónak, mert nincs megállapitva, vajjon az illetők az ápoló-szolgálat megkezdése előtt ép tüdejüek voltak-e. Saját vizsgálatai szerint ápoló-tanulók 67·8%-ában lehetett a tüdőcsúcsokban elváltozásokat találni szolgálatuk megkezdése előtt. A tüdő elsődleges és a gége másodlagos megbetegedése szintén ellene szól a belégzés útján való keletkezésnek. Az állatkisérlet a kérdés elbirálása szempontjából szintén nem játszhatik közelfekvő okokból szerepet. Szerző szerint a tüdögümőkór fejlődésének menete a következő: a gümőbacillusok a test valamely helyén — leggyakoribb a torok nyálkahártyáján illetőleg a tonsillákon át bejutás — bejutván, később a véráramba kerülnek és ezzel vitetnek a tüdőcsúcsba, melynek kis véredényeit megbetegitik, még pedig oly módon, hogy falzatuk sejtes elemei burjánzásnak indulnak, ennek következtében az erek ürtere elzáródik és az illető erek által táplált tüdőszövetben ennek folytán természetesen elhalás áll be.

A második főrész a tüdögümökórra való hajlamosság kérdésével foglalkozik. Szerző szerint valószinüleg már a tonsillák is — mint a szájba jutott gümőbacillusok a szervezetbe behatolásának legfontosabb kapui — a gümőbacillussal szemben nem egyformán disponáltak; e mellett szól az a körülmény, hogy gümőkóros szülöktől származó gyermekek gyakrabbban betegszenek még diphtheriában. Ha a gümőbacillus a szájból a legközelebbi mirigyekig eljutott — a hová különben bőrsebzések útján is eljuthat —, akkor elszaporodására a scrophulosis a legfontosabb tényező. Lényegét a véredényfalzat könnyebben átjárhatósága képezi, ennek folytán bakteriumok is könnyebben hatolhatnak keresztül a véredényfalon. Az öröklésben úgy látszik fontos szerepe van a scrophulosisnak. A mikor a gümőbacillusok a scrophulosus mirigyekben már erősen megfészkelték magukat és tetemesen elszaporodtak, a lobos folyamatok következtében a mirigyekhez tapadt véredényekbe nyomatnak és igy jutnak azután a vérárammal a tüdőbe. A kanyaró és a tussis convulsiva rendkivül elősegitik a gümőbacillusoknak a tuberculosus mediastinalis mirigyekből a tüdővéredényekbe jutását. Ugy látszik a pubertás ideje is disponál a gümőbacillusoknak bejutására a véredényekbe. A tüdőcsúcsok azért hajlamosak a véredények útján beléjük jutott gümőbacillusok megtelepedésére, mert a felső thorax-apertura alkotása és az anatomiai viszonyok miatt hiányos bennük a vérkeringés. Még fokozzák a tüdőcsúcsok hajlamosságát a megbetegedésre az ülő életmód, a vér összetételének megváltozása, rossz levegő belégzése, mechanikai vongálások. A tüdőben képződött kis gümős góczok nagyon sokszor nem okoznak tüneteket; megnagyobbodásukhoz, veszélyesebbé válásukhoz többnyire még további hajlamosító okoknak kell közbejátszaniok, a melyek között a hörghurut, a haemoptoë, a trauma, a porbelégzés nagy jelentőségüek.

A harmadik főrész a tüdögümökór klinikáját, a negyedik pedig a prophylaxist és a therapiát tárgyalja.

Ámbár a közel 300 lapra terjedő munkában foglaltaknak túlnyomó része nem új dolog, hiszen szerző, a ki évek hosszú sora óta foglalkozik a tüdögümökórral úgy szövettani, mint kisérletező és klinikai irányban, eredményeit különböző tudományos folyóiratokban időről-időre már közreadta: mégis köszönettel tartozunk neki, hogy észleléseités a belőlük levonható következtetéseket egységes egészszé összefoglalva, tágabb körök számára is könnyen hozzáférhetővé tette.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Alypin néven egy új helybeli érzéstelenitő szert ismertet *Impens*. A szer vízben közömbös vegyhatással könnyen oldható és bomlás veszélye nélkül sterilizálható; érzéstelenitő hatása a cocainéval egyenlö erejü, söt nagyobb. A cocainnal szemben előnyei, hogy kevésbé mérgező, s hogy a szembe cseppentve nem okoz mydriasist, alkalmazkodás-bénulást és érszükülést. (D. med. Wochenschr. 1905. 29. sz.) *F.*

A **clavin** az anyarozsnak egy újonnan előállított hatóanyaga. *Vahlen* szerint, ki a készitménynyel állatokon és terhes nőkön kisérletezett, a clavin erélyes méhcontractiókat vált ki, ellenben nem okoz általános görcsöket vagy gangraenát, mint a legtöbb egyéb anyarozs-készitmény. A Merck-féle gyár 0·02 gm. clavint tartalmazó tablettákat hoz forgalomba belső használatra és subcutan injectiora. (Deutsche med. Wochenschr. 1905. 32. sz.) *F.*

Almatenia elnevezéssel Franciaországban egy új jodoformpótlószer került forgalomba. Az almatenia, mely a haematoxylin és formaldehyd condensatiós terméke, finom, téglavörös színü, íz- és szagnélküli por, mely vízben rosszul, alkalikus folyadékokban, glycerinben, alkoholban és eczetaetherben jól, chloroformban és aetherben pedig nem oldódik. *Bertini* nagyon jó eredménynyel használta a sebkezelésben. Heveny enteritis eseteiben belső használatától láttak jó eredményeket: gyermekeknek 0·3—1·5, felnőtteknek pedig 1—3 grammos adagok rendelhetők 1% os natrium-bicarbonat-oldatban. (Bulletin général de thérapeutique, 1905.)

Általános kór- és gyógytan.

Az Eberth-féle typhusbacillus bizonyos kedvező körülmények között úgy látszik a nélkül mehet át a bélhuzamon, hogy valami bajt okozna. Ezt bizonyítják legalább *Cler* és *Ferrazzi* kisérletei, kik 39 olyan teljesen egészséges egyén bélsarát vizsgálták meg, kik később typhusban megbetegedettekkel együtt étkeztek. A 39 megvizsgált eset közül hatban találtak Eberth-bacillust. Hogy ezek ezen esetekben nem okoztak typhust, azt két okra lehet visszavezetni: egyfelől a bélfal absolut sértetlensége, másfelől a bélnyákhártya rendkívüli ellenállóképessége szolgálhat magyarázatul. Arra is gondoltak, hogy a körülmények talán valamiképen módosították az illetők serumát s ezáltal kölcsönöztek nekik bizonyos immunitást, ez a hypothesis azonban nem állhat meg, minthogy a Widal-féle reactio mind a hat egyénnél minden esetben negativ volt. (Scritti med. in onore di C. Bozzolo, Torino.)

Marikovszky.

A szervezetben lévő összes vérmennyiség csökkentése (például érvágás útján) *Dragotti* kisérletei szerint nem emeli amúgy is fogékony állatok praedispositióját fertőzésekkel szemben. Ennek az a magyarázata, hogy a vérvétel következtében az intravascularis nyomás kisebb lesz, ennek folytán az erős baktericid képességü interstitialis folyadékok jutnak a véráramba. Hogy ez csakugyan így van, azt az a körülmény bizonyítja, hogy ha a vérvétel után közvetlenül physiologikus konyhasó-oldatot viszünk be a véredényrendszerbe, megakadályozva ezzel az interstitialis folyadék resorptióját, akkor azt fogjuk tapasztalni, hogy a vérmennyiség megfogyatkozása igenis jelentékeny mértékben emeli a dispositiót fertözésekkel szemben. (Rif. med. 1905. 14. szám.)

Marikovszky.

A vizelet és az exsudatum üledékének festésére szolgáló újabb eljárást ismertet *Wederhake*. A centrifugált vizeletből vagy exsudatumból óvatosan annyit önt le, hogy mintegy 1 cm³ maradjon az üledékkel együtt a kémcsöben. Ehhez 1, legfeljebb 2 csepp 1%-os neutralrot, vagy 2—3 csepp neutralrot-methylviola oldatot önt. (Utóbbi oldat 20 cm³ 1%-os vizes neutralrot s 10 csepp tömény alkoholos methylviolaoldat keveréke.) Ha alkalikus a vizelet, üledékét 1 csepp jódtincturával és 1 cm³ croceinscharlach 7, B-oldattal összerázza. A neutralrot ugyanis csak savanyú vagy közömbös vegyhatású vizelet üledékének festésére használható. A megfestett üledékre ismét vizet vagy konyhasóoldatot önt, újból centrifugálja, majd leöntve a folyadékot, a festett üledéket vizsgálja. A készítményt glycerinben vagy Farrant-féle folyadékban teszi el. Az alakelemeket e módszer élénkpiros, illetőleg sárgáspiros színben tünteti fel, a viaszhengerek kékre festődnek. A hólyaghámsejtek felsöbb rétegei gyengébben festődnek, mint a mélyebbek, a miből hólyaghurutnál diagnostikai s prognostikai következtetések vonhatók. Míg az eddig ismert eljárásokkal készült készítmények a festékek okozta csapadék miatt csak kevéssé használhatóknak bizonyultak, e módszerrel tiszta s tanulságos képeket kapott, miért is használatát igen ajánlja. (München. med. Wochenschr. 1905. 37. sz.)

Ország Oszkár.

Belgyógyászat.

Vesegyuladás különböző alakjaiban a vizeletben foglalt húgyanyag mennyiségéből von prognostikai következtetéseket *Mendl*. A kiválasztott húgyanyag mennyiségének rendes volta úgy heveny, mint idült vesegyuladásnál javulásra nyujt reményt, csökkenése kedvezőtlen prognosist ad. Acut nephritisnél a csökkent húgyanyagmennyiségnek állandóan 10 gm. alatti ingadozása a legsúlyosabb uraemiás mérgezés bekövetkezésével fenyeget. Idült megbetegedésnél a kiválasztott mennyiség lassú csökkenése, ha előzőleg hosszabb ideig állandó értéke volt, a gyuladásos folyamat fokozódására vall. (Ztschr. f. Heilkunde, 1905. XXVI. köt. 8. f.)

A salicyl hatása a vesékre már ismételten vizsgálat tárgya volt és ma általában elfogadják, hogy a salicyl a veséket *izgatja*, a minek eredményeképen a vizeletben fehérje és hengerek jelennek meg. *Frey* szerint a salicyl medicinalis adagjai csak akkor hatnak izgatóan a vesékre, ha a vizelet savi kémhatású; ilyenkor ugyanis salicylsav válik szabaddá. Salicylkészítmények használatakor tehát oda kell törekednünk, hogy a vizeletet alkalivá tegyük, a mit elérhetünk elsősorban azzal, hogy egyidejüleg alkalikus ásványvizet itatunk, a minek az az előnye is van, hogy a diuresis fokozódik. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 28. szám.)

Tonsillitis acuta gyógyítására *Molinié* a megbetegedett mandola digitalis expressióját ajánlja. A kissé hajlított, volaris felületével a pofa nyálkahártyája felé fordult, a beteg mandolának megfelelő oldali szájzúgon bevezetett mutatóujjal a mandola alsó polusáig hatolunk és erélyes nyomást gyakorlunk alulról felfelé és a szélek felől a szabad felszin felé. Az operáló ujj körme rövidre vágandó, nehogy az inyvitorlák nyálkahártyája sérülést szenvedjen. Ily módon a mandola kryptáiból és felületes kóros góczaiból sok detritus, genyes folyadék és kevés vér távolítható el. Az eljárás meglehetősen fájdalmas, a mi azonban nem igen esik latba, mert nagyon rövid ideig tart. Utána a betegség okozta fájdalmak néhány órára még fokozódnak, de azután nagyon gyorsan megszünnek. Másnap többnyire már teljes a gyógyulás. Ismeretes, hogy tonsillitis acuta eseteiben néha kupirozó hatást érhetni el hánytatással. Szerző ezt úgy magyarázza, hogy a hányáskor erősen összehúzódó garatizomzat komprimálja a mandolát. Ez a komprimálás azonban sokkal biztosabban és erélyesebben végezhető az ujjal, másrészt hánytatószerek sokszor — például szívgyengeség, arteriosclerosis eseteiben — nem is alkalmazhatók a beteg veszélyeztetése nélkül. (Revue de laryngologie, 1905. 31. szám.)

Idegkórtan.

A neurasthenia elterjedése a munkások közt. *Leubuscher* és *Bibrovicz* a berlini Landes-Versicherungsanstalt beelitzi sanatoriumában szerezték idevonatkozó tapasztalataikat. A betegpénztárak létesítése előtt a kisebbfokú neurastheniában szenvedő beteg nem fordult orvoshoz és így észrevétlen maradt, a míg esetleg a külső körülmények megváltozásával gyógyult, vagy pedig, ha ez nem következett be, a súlyos bajtól megtört munkás került csak az orvos szeme elé. Ezáltal a neurasthenia látszólag szaporodott, de ezenkivül kétségkivül valóban is megszaporodott a neurastheniás munkások száma. Ezért volt szükséges számukra sanatoriumokat épiteni. Németországban az első ilyen intézetet a berlini Landes-Versicherungsanstalt 1894-ben építette 100 férfi számára Gütergotzban, később Beelitzben egy második épült 220 férfi és 110 nőbeteg részére. Itt 1564 férfi került felvételre. Ezek között 15·75% betüszedő, 9·45% asztalos, 5% lakatos és 1·9% mechanikus volt. A betüszedők ezen túlsúlyát Oppenheim is észlelte. A betüszedők arányszáma a neurastheniások közt még nagyobb ennél, mert az összes biztosítottak közt csak 1% a betüszedő, míg az asztalosok 5%-ban szerepelnek. A betüszedők neurastheniájának kiváltásához hozzájárul az, hogy nagyon figyelmes munkát kell végezniök, mely e mellett önállótlan, egyhangú, örömet nem okoz, előmenetelt nem ad, a müveltség iránt kivánságot kelt, de azt nem szerzi meg.

A munkás, a ki a munkáján örülhet, ritkábban lesz neurastheniás, pl. a festők közt ez a baj ritkább. Az alacsonyabb színvonalon álló munkások közt, a kik szabad idejüket nem rontják tanulással, szintén kevesebb a neurastheniás. (Ezt azonban másképen kell értelmezni. A neurastheniás munkás inkább érdeklődik szakmájától független mindenféle dolog iránt is és a neurasthenia hajtja a tanulásra, nem a tanulás miatt lesz neurastheniás. Ref.)

Kor szerint a neurastheniások száma 16—20 év között 3·8%, 21—25 között 11%, 26—35 között 40%, 36—45 között 31%, 45 felett 14% volt. Ezen korban természetesen nem kezdődik a neurasthenia, hanem azon kor van feltüntetve, melyben annak tünetei a munkaképességet megzavarták. Ezen adatok a

más foglalkozásban nyert adatokkal egyeznek. A 20 év alatti korban levő neurastheniások arányszámának csekély volta az ilyen korú munkások kisebb számában találja magyarázatát.

Az öröklésre vonatkozó adatok 21·5% terheltséget mutatnak; 6·9% ban az atya, 10%-ban az anya, 4·6%-ban a testvérek voltak idegbajosak. Az atya gyakrabban súlyosan idegbajos, az anya többször kisebb fokú idegességet mutat. Pl. 25 esetben az atya, 18 esetben az anya szenvedett psychosisban; 23 esetben az atya, 9 esetben az anya egyéb súlyosabb idegbetegségben. A kis fokban ideges anya ellenben 102 esetben, az atya 40 esetben szerepel, 33 fejfájós anya mellett csak 13 fejfájós apa van feljegyezve. 8 apa és 4 anya volt öngyilkos, 15 apa és 1 anya iszákos. Az esetek 1/5 ében már a legfiatalabb korban is voltak ideges tünetek.

Az intoxicatiók kórkiváltó szerepe nem nagy, 5·7% a betegeknek alkoholista, 0·7%-a erős dohányos, ez utóbbiak jó része dohánygyári munkás. 2%-ban szerepel ólommérgezés, csőfektetők, festők, akkumulator munkások ennek az áldozatai, az intézetbe felvett neurastheniás betűszedők közt egyszer sem fordult elő ólommérgezés. Kikérdezés nélkül a megbetegedettek 1·6%-a vallotta magát onanistának, korai ejaculatioban 7, impotentiában 4, pollutiókban 5 beteg szenvedett, a mely számok igen kicsinyek. Coitus interruptusra vonatkozólag a szerzők számbeli adatokat nem szereztek, így tehát önkényes az a felvétel, mely annak nagy szerepet akar tulajdonítani.

A neurastheniát kiváltó egyéb szervi bajok közül elég gyakori az influenza, a betegek 4·2%-a influenza után lett ideges, vagy legalább ez után fokozódott a már régebben fennállott idegességük, 2·8%-ban traumákra, 1%-ban mütétekre, 1%-ban kankóra vezették vissza bajukat, egyéb bajokra (orr, fül, végbél) 1·5%-ban. 2%-ban az ideges panaszok a valóban fennálló arteriosclerosis tünetei kapcsán támadtak.

A therapia hydrotherapia, villamozás, massage, Zandertornázás és szabadgyakorlatok alkalmazásában állott, emellett szükség szerint belső szerek is alkalmazásba kerültek. Fontos gyógytényező az egészséges, kellemes lakás és jóllét, a melybe a beteg gyakran kellemetlen családi viszonyok közül és egyhangú életből került. A betegek 60·7%-a munkaképes lett, 37%-a javult, 2 3% a munkaképtelen maradt.

Szerzők azon helytelen álláspontón állanak, hogy a munkások neurastheniájának 3/4 része szerzett és ebből magyarázzák ezen jó eredményeket és azon is gondolkoznak, hogy a szerzett neurasthenia átöröklődik-e.

Irigylésre méltó, hogy Németországban 6 nagy sanatorium áll készen ideges munkások részére és azonkivül több van épülőfélben. (Deutsche med. Wochenschr. 1905. 21. sz.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

Alszárfekélyek gyógyítására *Veyrassat*, Reverdin tanár segéde nagyon jó eredménynyel használja a 0·7%-os konyhasó-oldatot. Eljárása a következő: 1½ méter magasságban elhelyezett irrigator segélyével 4—5 liter langyos (50° C.) 0·7%-os konyhasó-oldatot folyat a beteg területre; ezután ugyanezen oldatba mártott steril gazet tesz a fekélyre, erre egy réteg gyapotot helyez, és az egészet pólyával rögzíti. Az irrigálás eleinte naponként végzendő; mihelyt azonban a fekély megtisztult, elegendő 2—3 naponként, sőt később csak 4—5 naponként ismételni az irrigálást. 21 ily módon kezelt eset közül 18-ban a hegesedés rohamosan állott be és teljes gyógyulás következett be rövid idő alatt; a többi 3 esetben nem következett be tökéletes gyógyulás, részint mert a betegek idő előtt hagyták abba a kezelést, részint mert valami diathesis is szerepelt a baj keletkezésében. Megjegyzendő, hogy ezen kezelésmód mellett a betegek folytathajták rendes foglalkozásukat. (Ref. La semaine médicale, 1905. 36. szám.)

Aldominalis tályog esetét ismerteti *Kiszkalt*, melyben egy a bacillus funduliformis-szal valószinüleg azonos streptobacillust sikerült kimutatni. A bakteriologiai vizsgálat eredményének ezen esetben nagy befolyása volt a gyógyításmód megállapítására, a mennyiben a bakterium anaërob lévén, vagyis csak a levegő, illetve oxygen kizárása mellett tudván megélni, eleve valószinűnek látszott az oxygen-odavitel kedvező hatása. Az eredmény csakugyan igazat adott ezen feltevésnek, a mennyiben hydrogensuperoxyd öblítés használata után a 12 év óta fennállott kóros folyamat gyorsan javulásnak indult s a beteg véglegesen megszabadult bajától. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 32. szám.)

A bárzsing mellkasi részének sebészetéről közöl kisérleti tanulmányt *Sauerbruch* a breslaui klinikáról. A bárzsingsebészet, eltekintve az idegen testek eltávolításától és a heges szükületek tágításától, jelenleg a bárzsingnak csak nyaki részletét illeti. Érthető okokból a bárzsing mellkasi részlete alig képezte sebészeti beavatkozás tárgyát. *Treves* volt az első, a ki a csigolya testének és harántnyújtványának szabaddá tételével dorsalis úton megközelítette a bárzsingot; *v. Mikulicz* mesterséges légzés mellett az antethorakális utat választotta, de eredményei elégtelenek voltak úgy az állatkisérletben, mint az embernél is, a hol 3 esetben kisérlette meg bárzsingrák esetében a bárzsingresectiót. A bárzsingsebészet nehézségei, ha már sikerült is a nyelőcsőt feltárni, egyfelől a varrat alkalmazásában rejlenek, másfelől pedig a bárzsing sajátlagos szerkezetében. A bárzsingnak nincs savós hártyája, melyet a varratnál segitségül lehetne venni, az izomzat szakadékony, a melyen a varratok könnyen átvágnak. A varrat alkalmazásának nehézsége továbbá ama nagy feszülésben rejlik, a mely a bárzsing kevéssé mobilis és nyulékony volta által van feltételezve. 7 cm.-nél hosszabb resectióknak absolut rossz a prognosisa, mert a varrat állatkisérleteiben legfeljebb 24 óráig tartott. Ép ezért *Sauerbruch* nem applikál varratot, hanem Murphy-gombot használ, a mely eljárással sikerült neki bárzsingresectiót és ezt követő gastro-oesophago-anastomosist eredménynyel végezni. Hosszas kisérleti vizsgálatai alapján oda concludál, hogy a bárzsing egy intercostalis metszésből jól megközelíthető, embernél a hilus pulmonalis és a cardia közti részlet jobboldalt a 3., baloldalt a 4. vagy 5. intercostalis közből érhető el. Mütétnél czélszerü az oldalfekvés, a bordák jó erős széthúzása s ekkor sikerül a bárzsingnak előhúzása a n. vagus sértése nélkül. A gyomor a mell- és hashártya éles átmetszése után a rekesznyiláson át egész a hilus pulmonalisig nagyobb feszülés nélkül felhúzható. Mind e bárzsingmütéteket *Sauerbruch* negativ nyomású kamrájában végzi, átlag 7—9 mm. nyomás mellett; legalkalmasabbnak a morphin-aethernarkosist tartja. Emberen negativ nyomás mellett végzett 14 thorakotomia közül hármat a rákos bárzsing resectioja miatt végeztek. A többi 11 esetben a tüdő és szív sebészi bántalmai javalták a mütétet. E kamrában végzett 11 operatio közül csak 3 végződött halálosan, oly esetek, melyek in extremis kerültek mütétre, s az eredmény igazolja, hogy a *Sauerbruch*-féle eljárással légzési és vérkeringési zavarok nélkül végezhető a mellkas tág feltárása. A 3 bárzsingresectio-esetből 1 a mütét alatt ismeretlen okból, 2 a mütét következményeiben, eves pleuritisben halt el. Ha ez eredmények nem is biztatóak, mégis igazolják, hogy a bárzsing alsó szakaszának rákja a sebészi kezelés körébe tartozik, a melylyel kellő mütéti technika elsajátítása után bizonynyal eredményt is tudunk majd felmutatni. Hány áldozatot kivánt kezdetben a teljes gyomorresectio, a gégekiirtás, a végbélamputatio s most már egész sorát megmentjük e bántalmakban szenvedőknek s ezért reméli *Sauerbruch*, hogy a további mütéteknél a technika fejlődésével kedvezőbb eredményeket tudunk majd felmutatni. (Beiträge zur klin. Chirurgie 1905. 46. k. 2. f.) *Steiner Pál* dr.

Jóindulatú végbélstricturák gyógyítására a strictura egy darabjának éles endorectalis kimetszését ajánlja *Lenk*. Két esetében ezen eljárással tartós és kielégitő sikert ért el. A kimetszést obstipatio létesitése s a stricturának jodoformporral való behintése után localanaesthesiában eszközli; a kimetszés ne terjedjen a periproctalis szövetre, mert ez a heg utólagos zsugorodását előmozdítja. (Berliner klinische Wochenschrift. 1905. 26. sz.) *Pólya.*

Az ureterek alsó végében székelő kóros folyamatokról (strictura, fistula, kő) az ureterek extraperitonealis felkeresését az inguinalis tájon ejtett bemetszéssel és localis anaesthesia mellett a beteg ureterek resectioját és a hólyagba való implantatioját ajánlja *Sampson*. Három beteg négy ureterén hajtotta végre sikerrel e mütétet, melyet a mütéti idő hosszú tartama (5—6 óra) nem tesz épen ajánlatossá (Annals of Surgery, 1905. február.) *Pólya.*

A végbélrák-műtéteknél a záróizom megkíméléséről értekezik *Kraske* és állást foglal főleg *Witzel* ellen, a ki a végbél resectioja helyett minden esetben a rectum totalis amputatioját végzi. *Witzel* ezen álláspontját azzal indokolja, hogy 17 ily módon operált betege közül egyet sem vesztett el sem elvérzésben, sem sepsisben, de megjegyzendő, hogy *Witzel* az eseteket nagyon válogatja, a mennyiben az eseteknek csak 20 %-ában végzett műtétet. *Kraske* 120 esetben túlnyomólag végbélresectiót végzett, az esetek 75—80 %-át operálta s egy esetben sem halt meg betege phlegmoneben vagy sepsisben, jeléül annak, hogy resectionál is elegendő biztossággal lehet az infectio veszedelmével szemben védekezni. A betegnek gondos előkészítése a bél kiürítésével s kitisztításával, a sebnek a bélbennékkel vagy a fekélyváladékkal való érintkezésének meggátlása gazetamponok segélyével, a daganatnak finom, könnyed kiválasztása, műtét közben gyakori mosakodás, a nagy sebür tamponadeja minden varrat alkalmazása nélkül nyujtanak biztosítékot infectiókkal szemben. *Kraske* teljesen *Körte* álláspontjára helyezkedik, midőn azt mondja, hogy nagyobb elégtétel neki az operáltak 80 %-át sphincterrel együtt életben tartani, mint 85 vagy 90 %-ot záróizom nélkül, s a kinek már volt alkalma észlelni az incontinentia szánalmas állapotát, az mindenesetre hajlandó *Kraske*-nak igazat adni. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1905. 28. sz.) *Steiner Pál* dr.

Bőrkórtan.

A Röntgen-sugarak káros következményeiről ir *Mendes Da Costa* (Amsterdam). A Röntgen-sugarak hatása még nem eléggé ismeretes, s így igazi contraindicatioikat sem ismerjük, pedig ez fontos volna, mert csak így kerülhetők el a kellemetlen szövődmények. Szerző évek előtt összesen 71 lupus vulgarist kezelt hosszú időn át Röntgen-sugarakkal és ezek közül 7 esetben epithelioma fejlődött. Eljárása mind a 71 esetben ugyanaz volt; az expositio hetenként kétszer történt 5—10 percznyi tartammal. A sugárzás nem volt nagyfokú, úgy hogy bőrlob csak kivételesen jelentkezett Radiometriát a mai értelemben alig alkalmazott, mert az akkoriban még ismeretlen volt. Utólag azonban azt hiszi, hogy egy-egy ülésben nem adott többet 1 Holzknecht-féle egységnél. Tapasztalata szerint a Röntgen-sugarak huzamos kezelésben gyógyítják a lupust, de e mellett gyakoriak a bőratrophiák. Az epitheliomákat aránylag fiatal egyéneken észlelte, és pedig nőkön, férfiakon egyaránt. A legnagyobb méretü daganat a 2. számú esetben fejlődött ki, a melyben a homlokon tyúktojásnyi nagyságot ért el és egy fekélyesedés alapján keletkezett. Az epitheliomák legtöbbször csak jóval a kezelés után jelentkeznek és mindig hosszú, néhány éven át tartott kezelés nyomán. Szerző nem tekinti a Röntgen-kezelést az epitheliomák egyedüli okának, mert 63 nem lupusos, egyéb betegségben szenvedő röntgenezett egyénen epitheliomákat nem látott kifejlődni, valamint azért sem, mert ismeretes, hogy lupus kapcsán előfordulhat az utólagos epitheliomás, illetőleg carcinomás degeneratio, a nélkül, hogy előzetes fénykezelés szerepelt volna. Mindazonáltal nagy befolyást tulajdonít az igen hosszú Röntgen-kezelésnek az epitheliomák létrejövetelében, a melyhez azonban fontos feltételt képez bizonyos ismeretlen praedisponáló körülmény. (Revue pratique des maladies cutanées. 1905. VII. f.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A theocinum natrio-aceticummal elég jó eredményeket ért el *Laengner*. Nem tartja ugyan előbbrevalónak a többi használatos diureticumnál; olyan esetekben azonban, a mikor más diureticumok már cserben hagynak, vagy a mikor a gyógyszer változtatása mutatkozik szükségesnek, a theocinum natrio-aceticum jó szolgálatot tehet. 40 centigrammos adagban, két órás időközökben naponként 4-szer adva kellemetlen mellékhatások nem jelentkeznek; ha egyik-másik esetben mégis émelygést okozna e szer, ez ellen nagyon hatásosnak talalta a mentholt: Rp. Mentholi 0·1; Tinct. cort. aurant. 15·0. M. D. S. Néhány cseppet elfogyasztani röviddel a theocin bevevése előtt. (Therapeutische Monatskefte, 1905. 6. füzet.)

Ulcus pylori, gastrectasia és nem szövődményes gastritis hyperacida eseteiben *Köhler* jó eredménynyel használja az olajat per os nagy adagokban. Még inoperabilis pylorus-rák eseteiben is kedvező hatásu ezen kezelésmód, a mennyiben a fájdalmakat enyhíti és e mellett a táplálkozást is javítja, az olaj jó tápszer lévén. Olyanoknak, a kik undorodnak az olaj bevevésétől, capsulákban adható. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 21. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1905. 38. szám. *Klein Mór:* A méhelőesésekről. *Porosz Mór:* A húgycsőszükületekről. 39. szám. *Felletár Emil:* A nehéz fémeknek az emberi testben való előfordulásáról. *Szigeti Henrik:* A túlnagy opium-adagok.

Orvosok lapja, 1905. 38—39. szám. *Moskovitz Ignácz:* A késői syphilis nyilvánulása a felső légutak mentén és annak gyógykezelése. *Rottenbiller Ödön:* Tonsillitis és polyarthritis rheumatica.

Budapesti orvosi újság, 1905. 38. szám. *Márer József:* Az üszögterhességről egy eset kapcsán. *Sigmund József*: 1. Empyema perforans. 2. Rézsútos irányú térdkalácstörés. „Gyermekorvos" melléklet 3. száma: *Grósz Gyula:* A skarlátos vesegyuladás kezeléséről. *Szana Sándor:* A csecsemőhalmazat által okozott ártalom tanához. 39. szám. *Hollaender Hugó:* A vér kimutatásának új módja és egyéb orvoslaboratoriumi eredmények.

Hetiszemle és vegyesek.

○ **Csapodi István** dr. budapesti tudomány-egyetemi czímzetes rendkivüli tanárnak az orvostudományok művelése körül szerzett érdemei elismeréseül a király a magyar nemességet adományozta fejéregyházi előnévvel.

Poór Ferencz dr.-t Budapest székes főváros főpolgármestere az új szt. János-kórházhoz bőrgyógyászati rendelő orvossá nevezte ki.

♀ **Koller János** dr.-nak, a gyöngyösi alapitványi kórház igazgató-főorvosának a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a királyi tanácsosi czímet adományozta.

△ **Kinevezés:** Baranyamegye főispánja *Lévai Ödön* dr.-t a pécsi városi közkórházhoz alorvossá, *Kupferschmidt János* dr.-t pedig a pécsi elmegyógyintézethez másodorvossá nevezte ki.

± **Választás:** *Viola Vilmos* dr.-t muraszerdahelyi körorvossá választották.

∞ **Jubileum:** *Tószögi Aladár* dr. tiszteletbeli megyei főorvos és törökbecsei járorvos 40 éves orvosi jubileumát október 8.-án ünnepeli meg a torontálmegyei orvosegyesület.

⊙ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választattak meg: Az I. sz. anatomiai intézethez: Jung Géza, Kleckner Sándor, Kleits János, Tänzer Géza és Winter Géza díjtalan gyakornokoknak, Balázsy Dezső díjas demonstratornak. — A II. sz. anatomiai intézethez: Józsa Ödön díjtalan gyakornoknak, Placskó Lajos, Takács Sándor, Löwinger Vilmos, Melkovics Rezső és Gönczi Rezső demonstratoroknak. — Az élettani intézethez: Róth Miklós díjas, Liebermann Pál, Németh Károly, Roska János és Zelizy Zoltán díjtalan demonstratoroknak. — A gyógyszertani intézethez: Diósszilágyi Sámuel díjas és Maschek Ernő díjtalan gyakornoknak. — Az I. sz. sebészeti klinikához: Lobmayer Géza dr. és Bakay Lajos dr. díjazott műtőnövendékeknek. — A II. sz. sebészeti klinikához: Schilling Árpád dr. díjtalan műtőnövendéknek. — A II. sz. belklinikához: Kétly László dr. adjunktusnak (meghosszabbítás) és Torday Ferencz dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás). — Az I. sz. női klinikához: Nádosy István dr. és Avarffy Elek dr. díjas és Bogdanovics Milos dr., Gergely Sándor dr., Czabalay Béla dr., Tóth Gedeon dr. és Kurzbacher Sándor dr. díjtalan gyakornokoknak. — A II. sz. női klinikához: Scipiades Elemér dr. poliklinikai tanársegédnek, Frigyesi József második tanársegédnek, Szili Jenő dr. és Mansfeld Ottó dr. díjazott, Reismann László dr., Grósz Sándor dr. és Juba Dénes dr. díjtalan gyakornokoknak (az utóbbin kivül mind meghosszabbítás). — Az idegklinikához: Herzog Ferencz dr. díjas gyakornoknak (meghosszabb.). — A közegészségtani intézethez: Genersich Vilmos dr. tanársegédnek (meghosszabbítás). — A törvényszéki orvostani intézethez: Máthé Dénes dr. 2. tanársegédnek és Mattyasovszky Honór díjas gyakornoknak.

Schordann-féle segélydíjakat a következő orvostanhallgatók nyertek: Geiger József, Reimann Géza, Blau Henrik, Potucsek Ernő, Lestyák Pál, Stanojevics Lázár. A 600 koronás fővárosi jubilaris ösztöndíjat a tanártestület Hruby Ede orvostanhallgatónak itélte oda.

⊠ **A budapesti egyetemre beiratkozott** első éves orvostanhallgatók száma az idén ismét némi emelkedést mutat. 322 rendes és 36 rendkivüli I. féléves orvostanhallgató iratkozott be eddig: 17-tel, illetve 7-tel több, mint a mult téli félévben. Az utóbbi években állandóan emelkedik nálunk az orvostanhallgatók száma, mig külföldön csaknem mindenütt csökken. Igy Franciaországban a medikusok száma 1894/5-ben 7706, 1904/5-ben már csak 6686 volt, Németországban 1900/1-ben 7131, 1904/5-ben csak 5926. A budapesti egyetem orvosi karán e félévben körülbelül 1140 rendes és 36 rendkivüli hallgató lesz beirva. Az orvosi karba való felvételre e félévben 15 érettségizett nő jelentkezett, de ezek közül az orvoskari tanártestület a fennálló szabályrendeletek értelmében (jeles vagy jó érettségi jelzés) csak 9-nek a felvételét javasolja a ministeriumnak.

✳ **Követendő példa.** *Batthyány Ervin* gróf az általa Bögötén alapított „szociális“ iskolájához *Marton Adolf* dr. jánosházai orvost iskolaorvossá és egészségtan-tanárrá nevezte ki, oly kötelezettséggel, hogy a növendékeket hetenként megvizsgálja és az egészségtan elemeiből előadásokat tartson. A megbetegedett tanulókat az iskolaorvos a gróf költségén veszi kezelés alá.

† **Elhunyt.** *Korczynski*, a krakói egyetemen a belgyógyászat tanára.

△ **Kisebb külföldi hirek.** A leeds-i (Angolország) egyetem sebészeti tanszékét *Littlewood* dr.-ral töltötték be. — *A. Bleichsteiner* dr.-t a gráczi egyetemen a fogászat nyilv. rendkivüli tanárává nevezték ki. — *A. Politzer*, a fülészet tanára a bécsi egyetemen, október 1.-én éri meg a 70. születésnapját. — *O. Lubarsch* tanárt, a poseni hygiene-intézet vezetőjét a zwickaui új pathologiai és bakteriologiai intézet igazgatójává hivták meg. — *J. Eberth* tanár, a hires pathologus Halleben szeptember 21.-én ünnepelte 70. születésnapját. — *C. Bernabei* rendkivüli tanárt a belgyógyászat rendes tanárává nevezték ki a sienai egyetemen. — A kazani egyetemen a boncztan tanára *V. Tonkow* lett.

∨ **A gyakorlati év Németországban.** A porosz ministerium szeptember 2.-án igen fontos rendeletet tett közzé, melyből kiderül, hogy Poroszországban esetleg beszámitanak a gyakorlati évbe 6 hónapot abból az időből is, a melyet valaki mint kész orvos valamely theoretikus egyetemi intézet mellett töltött. Az emlitett rendelet kimondja ugyanis, hogy azon orvosok, kik vizsgálataiknak letevése után a kórházi gyakorlat idejének felét nem klinikán, hanem más egyetemi tudományos intézetben óhajtják eltölteni, erre esetről esetre kérjék az engedélyt; de legfeljebbb 6 hó lesz beszámitható. A gyakorlati év egyharmadát okvetetlen belgyógyászati osztályon kell eltölteni.

∧ **Cholera.** Németországban szeptember 27.-éig 248 cholera-eset fordult elő, melyek közül 87 halálosan végződött. Galicziában szeptember 3.-a óta nem volt újabb eset, úgy hogy úgy Galiczia, valamint általában az osztrák birodalom jelenleg choleramentes.

+ **Nő mint az anatomia professora.** A baltimore-i Johns Hopkins-egyetemen az anatomia rendkivüli tanárává (associate professor) nevezték ki Miss Florence R. Sabin-t, ki az idegrendszerről, különösen a nyúltvelőről irt néhány értékes dolgozatot. Miss Sabin nem az első nőnemű anatomia-professor. A 16. században volt már egy nő: Giovanni Alessandra az anatomia tanára Bolognában s a 18. század közepén ugyanezt a tanszéket meginf nő: Manzolini Anna töltötte be. A 18. század végén a ferrai egyetemen Pettracina Mária adta elő az anatomiát, kinek dolgozatai azonban más téren, a gyermekek testi nevelése körül mozognak.

— **A kézszorítás ellen** indit hadjáratot a hygiene nevében Nalpasse, Konstantinápolyban élő franczia orvos, hivatkozva arra, hogy a kezek terjesztői lehetnek a legkülönbözőbb betegségeknek. Nalpasse a kézfogás helyett az üdvözlés török módját: a temerá-t ajánlja, mely abban áll, hogy az ember jobb kezét szivére, ajkaira és homlokára teszi, jelezve ezzel, hogy az üdvözöltet szivében és ajkain hordja és gondolataiba zárja. Ámde a Progrès Médical joggal figyelmeztet arra, hogy ez az eljárás, különösen annak a középső része: az ajkak érintése még kevésbbé felel meg a hygiene követelményeinek s ezért a franczia orvosi lap e helyett új üdvözlési módot ajánl: „faire deux fois le tour de son nombril avec sa main“. Ezen csakugyan a közegészségtan legszigorúbb hive sem találhat már kifogásolni valót.

+ **A máramarosvármegyei közkórházban** — a mint azt *Szilágyi István* dr. igazgató-főorvos jelentésében olvassuk — az 1904. évben összesen 2747 beteget (1502 férfi, 1245 nő) ápoltak, vagyis 166-tal többet, mint az előző évben és csaknem 100%-kal többet, mint 10 évvel ezelőtt (1894-ben 1426 beteget ápoltak). Egy betegre átlag 28·8 ápolási nap esett. A halálozás 4·98%-ot tett. Műtétet 378 esetben végeztek s noha ezek között súlyos beavatkozások is nagy számmal szerepelnek, a 378 eset közül csak 4 végződött halálosan.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 36. hetében (1905. szeptember 3.-tól, szeptember 9.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 387 gyermek, elhalt 270 egyén, a születések tehát 155-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 24·1. — Halálozások aránya száma: 1000 lakosra 16·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 3, meningitis tuberculosa 6, apoplexia cerebri 7, convulsiones 5, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordis 6, morbi myocardii 3, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 2, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 0, pneumonia 9, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 60, emphysema pulm. 3, pleuritis 3, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 27, 2 éven felüli 6, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii occl. intestini 0, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 4, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 4, debil. congenita 18, paedatrophia 3, marasmus senilis 7, carcinoma ventric. 6, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 7, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 4, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 8, variola, varicella 0, morbilli 3, morbilli pneumonia 0, scarlatina 5, pertussis 0, croup-diphth. 1, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 3, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 0, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 7, suicidium 6, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom, a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3228 beteg, szaporodás 846, csökkenés 718, maradt e hét végén 3298 beteg. *b*) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 38 (26), vörheny 24 (33), álh. gége- és roncsoló toroklob 20 (24), hökhurut 16 (20), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 48 (42), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 4 (7), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (3), trachoma 8 (0) lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Orvosok, kik ez évben a fővárosban vagy vidéken lakást változtattak, tisztelettel fekéretnek, új czimüket Magyarország Orvosainak Évkönyve szerkesztőségéhez (Budapest, VII. Kertész utcza 16.) mielőbb beküldeni.

„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.

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapitó, vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, lobellenes** hatóanyaga. **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, gynaekologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél mint vértelenitő szer. **Belsőleg:** mint cardiacum és haemostaticum. **Nagy üveg** = 30·0 gr. **Kis üveg** = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere a **kóros** ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas“-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

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

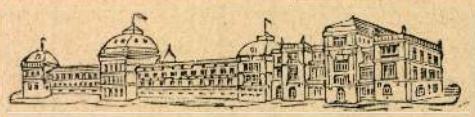
Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében (VI., Andrássy-út 84) megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók.

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

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

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.**



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbantalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Az első nemzetközi physiotherapiai congressus (Liège, 1905. augusztus 12—15). 702. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése. 704. l. — Szemelvények tudományos társulatok üléseiből. 705. l.

Az első nemzetközi physiotherapiai congressus.

(Liège, 1905. augusztus 12—15.)

Ismerteti: *Donáth Gyula* dr., m. tanár.

A Meuse mindkét partján kecsesen elterülő és hegyektől övezett Liège az idén fényes világkiállítást rendezett. A bátor, harczias wallonok hazája ez, kiket már Schiller geniusa megörökitett a Wallenstein-trilogiában mint a harminczéves háború legelőkelőbb katonáit. Rendületlen szabadságszeretetüket megóvták mai napig és vállalkozó szellemük bemutatta most a világnak hatalmas szén- és vasiparukat. És ezen világkiállításnak bizony nem legutolsó részletét képezte a belga cooperativ munkásszövetségek kiállitása, melyek a legszegényesebb eszközökkel a maguk költségén kezdték a munkásnak legfontosabb fogyasztó czikkeit készíteni és most hatalmas gyárakkal dolgoznak, melyek a munkás szükségleteit a legjobb minőségben és legolcsóbban szolgáltatják, részvénytőkéjüket szerényen kamatoztatva és a fölös hasznot munkásjólétű közczélokra fordítva. Ezen impozáns keretben rendezték az első nemzetközi physiotherapiai congressust, melynek czélja volt a modern orvostanban oly rohamosan tért hódított physikai gyógymódokat együttesen bemutatni, az eddig elért eredmények felett úgyszólván szemlét tartani, az indicatiókat minél pontosabban megállapitani és egy ezzel kapcsolatos, igen tanulságos kiállitásban a gyógyitó és diagnostikai instrumentarium tökéletesedéseit bemutatni. Az utóbbira nézve különösen kiemelendők azon haladások, melyeket az indukált, továbbá a magas frequentiájú áramokat szolgáltató készülékek, valamint a radiotherapeutikus és diagnostikus eszközök mutatnak.

A congressusnak egy másik czélja volt az egyes országokra vonatkozólag a physiotherapiai tanitás mostani állását feltüntetni és hangoztatni annak szükségét, hogy az egyetemeken a physiotherapia minden egyes ágának alapos elsajátitására teljes berendezések és tanerők álljanak a tanuló rendelkezésére.

Végül pedig a congressus állást foglalt az ellen, hogy a physiotherapiát laikusok is gyakorolhassák. A hol az orvosnak segédszemélyzetre van szüksége, mint pl. a massagenál, ott a laikus segéd, ép úgy mint a betegápoló, csak az orvos felügyelete és felelőssége mellett végezhesse a teendőket.

Daczára annak, hogy a szervező bizottságnak csak három hónap állott rendelkezésére, a congressuson 650 tag vett részt a világ minden részéből, de különösen Franczia országból, kik 70 előadást tartottak és azonkivül 60 jelentést olvastak fel a physiotherapiai tanitás jelen állásáról, valamint az empirismus szerepléséről a különböző országokban. Ezen fényes siker köszönhető első sorban *Le Morinel*-nek (Bruxelles) a szervező bizottság elnökének, de különösen két fáradhatatlan főtitkárának: *Gunzburg*-nak (Anvers) és *De Munter*-nek (Liège). Az előadások halmaza miatt négy szakosztályt kellett alakitani, melyeknek működéséről röviden a következőkben számolunk be.

Első szakosztály.

(Elektrotherapia)

Luzenberger tnr.-Nápoly: *A franklinisatio physiologiai hatása.*

A villamosság egy és ugyanaz, bármely készülékkel is hozassék az létre. Csak a különböző állandók egymáshozi viszonyától függnek ezen energia különböző tulajdonságai. *Capriati, Piccinino, Pisoni, Laquerrière* és mások dolgozataiból tudjuk, hogy a statikai villamosság az emberi test hőfejlesztését fokozza, a szivbajosokat megnyugtatja, arterio-sclerosisnál a vérnyomást emeli, a helybeli anyagcserét élénkiti és ezáltal a sejtek vitalitását fokozza.

Ismeretes továbbá kedvező hatása a belek sima izomzatára, a méhre, különösen pedig az idegrendszerre, mely utóbbinak egy kiváló zsongitója.

Libotte-Bruxelles: *A magas frequentiájú és feszültségű áramok physiologiai hatása.*

Ezen áramok nem folynak az idegpályák mentén, hanem directe és kizárólag a sejtekre hatnak, miáltal az anyagcserét és a vegetativ életet befolyásolják.

Laquerrière és *Delhelm*-Páris: *A bélbetegségek villamos kezelési módjairól.*

A villamosságnak jelentékeny szerepe lehet a bélbetegségek kezelésénél, ha kellő tekintettel vagyunk a különböző villamozási eljárásokra és indicatiókra. Kisebbfokú székrekedéseknél statikus fürdők, atoniás obstipatióknál pedig faradikus áramokkal váltakozó galvanikus áramok vannak helyén. Spastikus obstipatiók, valamint entero-colitis enyhébb eljárásokat igényelnek. Természetes, hogyha a székrekedés vagy colitis csak tüneti jelentőséggel bir, előbb az okot kell eltávolítanunk és csak, ha ennek megszüntetése daczára a baj még mindig fennáll, kell ezt directe kezelés alá vennünk. Hasmenésnél erős hasfali faradisatio, bélelzáródásnál villamos beöntés van javalva.

Hasonlóképen nyilatkozik *Leullier* az entero-colitis muco-membranacea kezelésében. Dyspepsiáknál ajánlja a gyomor vibratiós masszálását. Fájdalmas herpes zosternél erős galvanárammal gyors enyhülést ért el.

Haskovec-Prága: *A fej galvanikus ellenállása neurastheniában.*

Agyvérbőségben szenvedő neurasthenikusoknál csekélyebb a fej villamos ellenállása, csekélyebb mint olyanoknál, kik congestiókban nem szenvednek. A neurasthenikusok állapotának javulásával az ellenállás is fokozódik. Az aggkorban is nagyobb az ellenállás. Még nincs eldöntve, vajjon a villamos ellenállás ezen változása a koponya vérkeringésétől vagy pedig annak vegyi összetételétől függ.

Planet-Páris: *A hydrarthrosis villamos kezelése.*

Az izületi hydrops faradisatioja feleslegessé tesz minden rögzitést, készüléket és kötést. A javulás gyorsan áll be. Friss esetekben a gyógyulás pár nap alatt bekövetkezik.

Weil-Páris hozzászólva, inkább erős galvanáramot ajánl, mely kevésbé fájdalmas.

Bienfait-Liège: *Ideges dysepsiák kezelése.*

Kiváló szerep jut e bajban az állandó áramnak. Positiv sark a gyomor (pylorus) tájra, negativ az utolsó mellcsigolyára. A 30—50 milliampèrenyi áramot 10 perczig alkalmazzuk.

Renault-Páris: *Az elektrotherapia szerepe balesetekben.*

A villamosság ilyenkor nagy szolgálatokat tesz úgy diagnostikus mint therapeutikus tekintetben. Gyógyitó czélokra a villamosság minden nemét igénybe veszszük.

Stembo-Wilna: *Haemorrhoidális csomóknak arsonvalisatioval kezelt 30 esete.*

Doumer tnr.-nak ezen kezelési módját előadó is sikeresen alkalmazta.

Jellinek-Wien: *A magas feszültségü áramok hatása az idegrendszerre.*

A sérülések boncztani elváltozásokat okoznak, melyek elfajuláshoz vezetnek.

Doumer és *Maes*-Lille: *Paralysis agitans lényeges javulása villamos kezelés után.*

Előadók ezen eredményt a villamos kalitkával érték el, mely a fokozott vérnyomással együtt a mozgási zavarokat is eltünteti.

Capriati-Nápoly: *Az elsődleges progressiv izomatrophia elektrodiagnostikája.*

Mig rendes viszonyok közt az idegnél a galvanáramra vonatkozólag a zárási rángások mindkét sarkra nézve erősebbek a nyitási rángásoknál, azaz K Z R > A Z R > A Ny R > K Ny R, addig — előadó szerint — primaer progressiv izomatrophiánál az izom következő rángási formulát mutat: K Z R > A Ny R > A Z R. Ezt előadó idegeredetü (neuritikus vagy myelopathikus) izomatrophiánál nem találta, hanem csak myopathikus eredetünél és erre nézve jellegzőnek mondja.

A hozzászólásban *Donáth Gy.* megjegyzi, hogy ő már évek előtt két izben leirt ily primaer progressiv izomatrophiáknál néha előforduló közepes vagy teljes elfajulási reactionak megfelelő formulákat.

Sudnik-Buenos-Aires: *Az újezüst-tekercsek faradikus áramának physiologiai hatása.*

Az idegekre keveset hat, de fokozza az izomingerlékenységet, miért is villamos gymnastikára alkalmas.

Előadásokat tartottak még *Oudin* és *Ranneaux*-Páris *a magas frequentiájú áramok hatásáról lobos szövetekre, Nicolet*-Bruxelles, az *elektro-magnetismus élettani és gyógyitó hatásáról, Marquis*-Montpellier a *fülzúgás sikeres kezeléséről magas frequentiáju szellővel és Balsamoff*-Sophia *az idült izom- és izületi csúz gyógyitásáról villamos kádfürdőkkel.*

Második szakosztály.

(Radiotherapia.)

Haret-Páris: *A radiotherapia indicatioi.*

A Röntgen sugarak hatásában négy fokozatot lehet megkülönböztetni: az *első* fok hajkihullásban nyilvánul; a *másodiknál* ehhez lobos tünetek is csatlakoznak; a *harmadik* foknál hólyagképződés, epidermisleválás és serosus izzadmány keletkezik, mig a *negyedik* foknál a köztakaró üszkösödése és fekélyesedése áll be maradandó hegképződéssel. A Röntgen-sugarak eredményezhetik a reczehártya sejtjeinek tönkremenését, a látóideg sorvadását, a spermatozoák eltünését, a Graff-féle tüszők, valamint a petefészek sorvadását és elhalását.

Az X-sugarakkal való kezelés javalva van 1. dermatosisoknál, 2. újképleteknél, 3. lymphadenitiseknél és leukaemiánál. Hatásuk alatt javulnak az emlő újképletei, hegesedésnek indulnak, a fájdalmak csillapulnak és néha teljesen eltünnek. A bőrrecidiváknál, melyek azonnal kezelés alá vétetnek, kitünő eredmények érhetők el. A portio uteri és gége rákját is már sikeresen kezelték és az egyszerű strumánál is javulások mutatkoztak.

Ugyanazon themát fejtegette *Piccinino*-Nápoly. Igen nagy már a gyógyult epithelioma- és lupus-esetek száma. Előadó nemcsak lupu-

erythemadosnél tapasztalt kedvező eredményeket, hanem egyéb felületesen és mélyen székelő alakok is javulnak. Kitünő eredményt ért ő el egy recidiváló emlő-cirrhusnál, egy fekélyesedő pofaepitheliománál, idült eczemánál, favusnál, lymphoma malignumnál és a nyak gümős mirigylobjainál; javulást látott sarcomáknál is.

Desplats-Lille is közli görvélyes mirigyek két sikeresen kezelt esetét.

Weil-Páris: *A hypertrichosis radiotherapiája.*

Csak a palliativ kezelést tartja ajánlatosnak, melynél a szőr ismét nő, de kevesebb számmal mint azelőtt. Ekképen az egyénnek csak hosszabb időközökben kell ismét az orvosnál jelentkeznie.

Freund-Bécs megjegyzi, hogy a Röntgen-sugarakra nézve, és így az epilatiót illetőleg is az egyéni érzékenység nagyon különböző, ő azonban az epilatiót gyökeresen végzi; *Korolko*-Szt.-Pétervár és *Köhler*-Wiesbaden is veszélyesnek mondják a hypertrichosis kezelését Röntgen-sugarakkal.

Henrard-Bruxelles: *Idegen fémtárgyak eltávolítása gyermekek bárzsingjából a radioskopia segélyével.*

Három eset kapcsán legelőnyösebbnek találja fémtestek, különösen pénzdarabok eltávolítására oly bárzsingcsipeszt használni, melynek csusztató szárai vannak. A bevezetés oldalfekvésben a fluoreskáló ernyő tájékoztatása mellett történik.

Stenbeck-Stockholm szintén ajánlja ezen eljárást.

Belot-Páris, referál a *radiotherapia eszközeiről és technikájáról.* Kiemeli, hogy két dolog a legfontosabb: a használt sugarak minősége és azoknak a szövetek által elnyelt mennyisége. A Röntgen-gyógyitásnál nincs szükség börlobra, mely néha csak elkerülhetlen complicatio. Legjobbnak tartja az osmotikus szabályozóval ellátott lámpákat. Felhivja a figyelmet a *Gaiffe*-czég által készitett köténykre és keztyükre, melyek az orvosnak a Röntgen-sugarak elleni védelmére szolgálnak, csak sajnálja, hogy meglehetősen súlyosak és drágák, de különben igen czélszerűek. Bemutat egyszersmind egy általa szerkesztett új localisatort.

Az eddigi radiometerekre vonatkozólag a nézetek nagyon megoszlanak: *Belot, Henrard* és *Freund* nem sokat tartanak róluk, míg *Hauchamps*-Bruxelles és *Curchod*-Basel dicsérik azokat. — *Rassabian* a szemek védelmet is fölötte szükségesnek mondja.

Ugyanezen themáról szól *de Nobel*-Gand. Megegyezőleg a Röntgen-congressus és az Académie de médecine határozataival, a Röntgen-sugarakkal diagnostikus vagy therapeutikus czélokra való foglalkozást veszélyességüknél fogva nem-orvosoknak szigorúan megtiltandónak véli.

Szóba került a *struma* és a *prostatahypertrophia radiotherapiája* is, melylyel *Luraschi* és *Corabelli*-Milano szép eredményeket értek el. Helyesen jegyzik erre meg *Michaut*-Lyon és *Belot*, hogy az alkalmas eseteket ki kell válogatni.

Lewis Jones-London szintén ily csökönyös esetekkel találkozott.

Galimard-Lyon a Röntgen-sugarak hatását a fluoreskáló ernyőre nem tartja vegyi folyamatnak, hanem vizelvonásra vezeti vissza; úgyszintén hatástalanok jodos vizre, Fehling-oldatra, indigora és oxalsavra, de kiválóan hatnak a colloidális anyagokra.

Bordier tnr.-Lyon a platincyanbaryum-ernyők regeneratiójáról értekezik és *Freund* egy orvosvédő készüléket mutat be.

Freund a radium alkalmazásának előnyeiről tart előadást, mire *Belot* megjegyzi, hogy czélszerű a radiumot egy lakkal szövetekre alkalmazni. Ily szöveteket mosni és desinficiálni is lehet.

Harmadik szakosztály.

(Kinesotherapia.)

Kouindjy-Páris, ki Raymond tnr. klinikáján a mechanotherapiás osztályt vezeti, érdekes előadást tartott ily czim alatt: A *neuritis és polyneuritis kezelése massage*-zsal.

Nordstrôme, Berne, Zabludowski és *Dagron* közölték az első idevágó eseteket. A massage érzéstelenitő hatása már régóta ismeretes. A felületes, körkörös és gyorsitott effleurage, mely csakhamar a mélybe és az ideg hosszában is hat, megszünteti a hyperaesthesiát. Az ülések eleinte ne tartsanak tovább 10—15 perczнél. A fájdalom csillapultával az idegtörzs masszálásához is foghatunk, melynél az effleurage-t centripetálisan és félbeszakitás nélkül végezzük. A tapotement kerülendő.

Castex kisérletei mutatták, hogy egy sérült idegnek rostjai massage után majdnem teljesen regenerálódnak, tehát a rendszeres massage nemcsak fájdalomcsillapitólag, hanem az idegszövetre valóságosan regenerálólag is hat. Épp ily kedvezően befolyásoljuk massage-zsal az ideglob okozta izomsorvadást és elfajulást, mely folyamatok, mint az állatkisérletekből tudjuk, szigetenként mutatkoznak. Az izomkezelés czéljára effleurage-t, felületes és mély nyomásokat, percussiót, tapotement-t és vibratiót használunk. Csakis a sorvadt, illetőleg hypotoniás izmokat szabad masszálni, sohasem a contract rában levőket. A mint az izmok erejüket visszanyerték, az ataxiát is le kell küzdenünk, különösen ha az alvégtagok polyneuritiséről van szó, a mi a Frenkel-féle gyakorló therapia elvei szerint történik.

Tuberculosis, diabetes, carcinoma vagy heg okozta neuritiseknél természetesen első sorban a causalis therapia alkalmazandó és csak azután lehet kilátásunk a neuritis sikeres kezelésére.

E mellett használjon az orvos elektro- és hydrotherapiát is, melyek fontosságukból ezzel mit sem veszitenek. Magától értetődik, hogy a legpontosabb anatomiai ismereteket igénylő mindezen procedurák végzésére laikust alkalmazni nem szabad.

Cantru-Páris: *A szivtáj massageának hatása a szivbántalmakra.*

A massage hat 1. a *vérnyomásra*, melyet enyhitő massage (kézbeli vibratiók, enyhe gyürások) által csökkenthetünk, izgató massage (vagdalás, pétrissage) által fokozhatunk; 2. a *pulsusra*, a mi már az előbbinek befolyásoltatásából következik, hacsak előrehaladt szivbántalommal nem áliunk szemközt; meggyőzőleg bizonyitják ezt szerzőnek sphygmogrammjai; 3. a *szív térfogatára*, a mi az Abrans-féle szivreflex által jön létre. Hatástalan azonban exsudatummal járó pericarditiseknél és a szivburok összenövéseinél. A szivre gyakorolt eme hatáson kivül üdvösen hat a szivbántalmakat oly gyakran kisérő bordaközi zsábákra, a dyspnoë, diuresis és közérzet javitására, főképen ha a szivmassage-t hasmassage-zsal combináljuk.

A hozzászólásban *Kouindjy* is megerősiti a hasmassage kiváló diuretikus hatását ily esetekben, a miért is *Huchard* az „ujjak digitalis"-ának is nevezi; néha oly hatások észlelhetők, melyeket a classikus diureticumokkal sem lehet elérni.

Hasebroek-Hamburg: *Az angina pectoris és hasonló bántalmak kezelése gymnastikával és a mellkas masszálásával.*

Ezen kezelés által szabályos izomösszehúzódásokat létesitünk és elejét veszszük a másodlagos contracturáknak. Az angina pectoris reflexneurosis lévén, iparkodnunk kell massage által ezen túlérzékenységet és nyomási fájdalmasságot eltüntetni. Akkor beáll a massage üdvös befolyása a rohamokra, melyeket gyakran sikerül igy megszüntetni.

Rosenthal-Páris: *A gyakorló therapia és a légzési gymnastika.*

A minő nagy szerepe van ezeknek a tüdőtuberculosis prophylaxisában, illetőleg a kezdődő gümőkór gyógyitásában, különösen rhinoadenoid vegetatiókban szenvedőknél, oly bizonytalanok az eredmények kifejezett phthisisben. Azért oly fontos a phthisis legelső nyilvánulásaira ügyelni és a mechanotherapiát haladéktalanul foganatositani, vagy még czélszerűbben mint óvszert alkalmazni. Esetleges rhinoadenoid vegetatiókat természetesen előbb sebészeti úton kell eltávolitani.

Gommamaerth-Gand is sürgeti a tüdőgymnastikát a légző utak megbetegedéseiben.

Le Marinel-Bruxelles: *A skoliosis mechanotherapiája.*

A gerinczoszlop oldalgörbülése az első stadiumban teljesen gyógyitható, azért is erre a legnagyobb figyelem fordítandó. A testegyenesitő fűző ilyenkor csak ártalmas lehet. A másodfokú skoliosis gyakran gyógyitható és mindig javitható. Az izomzat elváltozása itt már kifejezettebb. A kezelés az elgörbülés kiegyenesitéséből és az utóbbinak fenntartásából áll. Ezt az alkalmi okok eltávolitásával, egészségi intézkedésekkel, gymnastikával, masszálással és néha orthopaediai fűzővel érjük el. Ezt a kezelést sokáig kell folytatni. A gypsfűző ritkán hasznos, többnyire ártalmas.

A harmadfokú elgörbülés sohasem gyógyitható, de majdnem mindig javitható, ha évekig következetesen kezeljük. Szükséges lehet itt az erőszakos kiegyenesités és ennek rögzitése egy el nem mozdítható kötés által, vagy pedig elmozdítható fűzővel, combinálva ismét orthopaediai gymnastikával és masszálással. A 20. éven túl már nem lehet többé kiegyenesitésre gondolni, a fűző itt legfeljebb arra szolgálhat, hogy az elgörbülés további kifejlődését akadályozza és inkább mint prothesis szerepel.

Ezen alkalommal *Kaisin*-Floreffe bemutat egy *új gerinczegyenesitőt*, mely azáltal, hogy a pelották directe a púpra hatnak és a nyomás közvetlenül a convexitás magaslatán működik, előhaladott skoliosisokat is képes kiegyenesiteni. *Grunauer*-Genf pedig egy „arthromoteur" nevü készüléket ismertet, mely zúzódás, törés vagy egyéb balesetek után az izületek korai mozgatását lehetővé teszi. *Zabludowski* tanár-Berlin egy *új zongorát* demonstrál, melynek két sor különböző nagyságú billentyűje van, úgy hogy azon felnőttek és gyermekek is játszhatnak, illetőleg azon a gyermek a tanitótól tanulhat. Ily zongora elejét veheti a zonl gorázók görcsének. Ára 1600 márka.

Dagron-Páris: *A sérült végtagoknak és különösen a járásnak gyakorló therapiája.*

A gyakorlást minél előbb el kell kezdenünk a baleset után, hogy úgy a sorvadási folyamatokat, mint a psychomotorius zavarokat leküzdhessük.

Midőn a sérült még ágybanfekvő, már végeztetünk vele rendszeres aktiv mozgásokat az egyes izületekben, a mennyire állapota azt megengedi. Ha pedig a beteg felkel, akkor az első lépéseknél segitjük és gyakran azt tapaszteljuk, hogy a beteg már pár órára az első felkelés után rendesen tud járni.

Sairidi: *Heveny izületi csúzban masszálás petroleummal.*

Szerző a petroleummal való massaget úgy acut, mint subacut, egy- és többizületű vagy általánositott csúznál, még ha az magas lázzal és nagyfokú exsudatummal jár is, a leghatályosabb kezelési módnak találta. Nemcsak a folyamatot fejleszti vissza gyorsan, hanem egyszersmind kiváló fájdalomcsillapitónak is bizonyult.

Gourdon: *A csípőizületi csúz veleszületett ficzamának vértelen beigazitása.*

A beigazitás után alkalmazandó rögzitő kötésben a beteget, az eset szerint, nagyon különböző ideig kell hagyni. Szerző 315 esete alapján azon eredményre jut, hogy a vértelen beigazitásra legalkalmasabbak a 2—9 éves gyermekek, mely életkorban az operativ eredmények a legtöbb gyógyulást mutatják és műtéti complicatiók nincsenek. Ezen koron túl a műtéti nehézségek, valamint a műtét közben és különösen az utána fellépő complicatiók jelentékenyen szaporodnak. Azonban a 9—13 éveseknél is lehet még szép eredményeket elérni, de az utókezelés ilyenkor nagy figyelmet igényel.

Gunzburg: *A mechanotherapia physiologiai hatásai és indicatioi.*

Előadó jelentésében kifejti, hogy a mechanotherapia az adagolt és fractionált mozgásnak alkalmazása a therapiában, mely az activ

és passiv mozgásnak helyi és általános üdvös hatásait értékesíti. Kerüli a megerőltetést és kifáradást. A mi a kezelést illeti, ez a gépnek és az emberi segédkezésnek combinatioja. Javalra van baleset utáni mozgási zavaroknál, compenzált szivbajoknál, táplálkozási zavaroknál, gastro-intestinális atoniánál, a gerinczoszlop elgörbüléseinél és még más bajoknál, a hol mozgásra van szükség. A masso- és kinesotherapia egyesüléséből még gazdag gyümölcsöket várhatunk a pathologiában és therapiában, főképen, ha az orvosi tanításban azon hely fog nekik jutni, mely őket jelentőségüknél fogva megilleti.

Faure: *A mozgások gyakorló therapiája.*

Előadó kimutatja, hogy az idegrendszer szervi megbetegedései következtében fellépő bénulásoknál a mozgások újra való begyakorlása nemcsak az akaratlagos izomzat körében lehetséges, hanem még a vegetativ élet mozgásai sem vonják ki magukat ennek hatása alól. Az akarat ugyan nem képes directe a hasi zsigerek sima izomzára hatni, de igenis a hasfalak, mellkas és gát izmaira, melyeknek befolyása alatt áll a bélműködés. Hasonlóképen áll a dolog a légzés, vizelés és székelés zavarainál.

Malengrän: *A massage használata és terjesztése.*

Sajnálatosnak mondja, hogy daczára az e téren kifejtett tudományos törekvéseknek, számos orvos a massotherapiát lenézi és a beteget inkább egy úgynevezett diplomával ellátott laikusra bizza, mintsem szakértő orvosra. A dörzsölés még nem massage. Kell ahhoz kézbeli ügyesség és gyakorlat, eltekintve attól, hogy anatomiát, physiologiát és pathologiát kell tudni. Csakis orvosok lesznek képesek az egyes manipulatiók physiologiai hatását megállapitani, valamint az indicatiókat felállítani, a miért is a kartársak támogatása úgy a tudomány, mint a betegek érdekében fekszik.

Előadásokat tartottak még: *Hovorka*-Bécs a *mechanikai és sebészeti orthopaedia egymáshoz való viszonyáról és hatásairól*, továbbá *Decref*-Madrid a *nedves massageról*, mely nemcsak kezelési, hanem egyszersmind diagnost kai módszer is és *Solé Y Form*-Barcelona, ki az obstipatiót egy különös mód szerint kezeli.

(Folyt. következik.)

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

Az orvosi szakcsoport ülését *Raisz Gedeon* nyitotta meg augusztus 28.-án d. e. „*Orvostudomány és orvoslás*“ czimü, nagy tetszéssel fogadott előadással.

Utána *Tauffer Vilmos* tartotta meg nagy horderejü előadását „*A méhrák elleni küzdésről*“. Különös figyelmébe ajánlja a gyakorló orvosoknak az idejekorán alkalmazandó orvosi vizsgálatot és a legkisebb gyanu esetén is a szövettani vizsgálat megejthetése czéljából veendő anyagnak megfelelő helyre elküldését szorgalmazza.

I. A belgyógyászati szakosztály tárgyalásai.

I. ülés augusztus 28.-án d. e.

Elnök: *Niedermann Gyula*. Jegyző: *Bernát József*.

1. *Jendrássik Ernő*: *A hallucinálás eredetéről.* Előrebocsátva a mostan leginkább tanított hallucinálási theoriákat, kifejti, hogy azokban három hypothesis van egymásra épitve: 1. az emlékképek csoportjában támadt elsődleges, kis térre szoritkozó izgalom felvétele, 2. ennek visszafelé ható ingerlése a szervi érzék sejtjeire és 3. a sejunctio, az ingerült emlékképnek kikapcsolása az általános associatioból.

Az előadó szerint a deliriumok és hevenyés elmebajok hallucinálása kéregizgalom, de nem ilyen módon támad a paranoiás hallucinálás. Ez utóbbi kivülről ható suggerálás, mint többé-kevésbé egész gondolat jutott be az arra fogékony, hibásan fejlődött agyvelőbe s ott állandóan megrögzitve marad. A paranoiás hallucinálások és téves képzetek azonosak a neurastheniás paraesthesiákkal és kényszerállapotokkal.

A hallucinálásnak ilyen felfogása, mint egy kész gondolatnak rögzitve maradása beteg agyvelőben: a paranoia klinikai jelenségeinek értelmezését egyszerü módon lehetővé teszi.

Hozzászólt *Ferenczi Sándor*.

2. *Petz Lajos* dr.: *Adatok a vérsavó-oltások értékének megállapitásához diphtheriánál.* Előadó a serumoltások eredményének megvilágitására bemutatja Győr város közegészségügyi történetéből az utolsó 52 esztendei adatokat, grafikai táblákon illustrálva a diphtheria menetét 1852 óta. Ezenkivül a serumkorszak előtti 10 év eseteiről emlékezik meg, a melyeket a Győr városában 1884 óta életbeléptetett bejelentési kötelezettség segélyével 1885-től kezdve egybegyüjtött. Összesen 1623 esettel illustrálja előadását, a melyekből esik a bejelentési kor előttre 376 (halál-eset), 1885-től 1904-ig 1247 bejelentés (390 halálesettel).

A diphtheria elterjedését feltüntető térkép meggyőz arról, hogy az nemcsak a legszegényebb osztálynál, de a vagyonosoknál is előfordul, bár ott, hol tisztaság, értelmiség, vagyonosság együtt található, nem tud nagyobb dimensiókban elterjedni.

A felhasznált anyag bakteriologikus oldalról általában nem volt megvilágitható, e szerint előadó concedálja, hogy abba oly adatok is kerültek, a melyek szigorubb kritikával talán kiküszöbölendők lettek volna, viszont azonban ennek ellensúlyozója azon másik körülmény, hogy t. i. különösen a bejelentési kötelezettség behozatalának első éveiben sok eset maradt bejelentetlenül és az jobbára csak súlyosabb esetekre látszik szoritkozni.

A diphtheria virusa a század 50-es éveiben elég jóindulatúnak volt mondható, később a helyzet rosszabbodott, mignem tetőpontját a 80-as évek végén érte el. Ezen túl ismét apad a halálozási százalék.

Az iskola szerepe a diphtheria terjesztésében nem látszik túlfontossággal birni. A bejelentett 1247 eset közül 328 volt iskola- vagy óvodaköteles, ezek 20 iskolára oszlottak meg, a mi elosztva 20 évre és az azon időben iskolába járt 55—60,000 iskolaköteles gyermekre elenyészőnek mondható.

Előadó a diptheria kórcsirája iránt egyes családokban bizonyos fokozott dispositiót tapasztalt és ezt konkrét példákkal igazolja.

A fertőző kóranyag virulentiájának, hatásának megállapitására előadó egy grafikus táblázatot mutat be, a mely az egyes családokban és egyes házakban előfordult többszörös megbetegedési esetek számára és időtartamára vonatkozik. Ebből láthatjuk, hogy egy családban több megbetegedés mint 5 nem fordult elő, ez is kevésszer; az egy házban lakók között volt egy 9-es eset is, általában azonban túlnyomók az egyes esetek, a melyekből a diphtheria virusának nehéz tapadó képességére következtethetni.

A serumkorszak előtti gyógyeredményeket bemutató táblázatból látható, hogy az ott feltüntetett 16 orvos gyakorlata körében fordult elő oly gyógyulási százalék, a mely a serumkorszak eredményeit teljesen megközeliti. Ezen jelenség magyarázatául bemutatja az 1885—904. évek diphtheria gyógyulási és halálozási százalékát feltüntető grafikus táblát, a melyből kiderül, hogy a diphtheria virulentiája már a serumkorszak előtt lényegesen csökkent és hogy a serumnak erre egyáltalán nem volt feltünő befolyása.

A serumkorszak alatti eredményekről külön táblázatban számol be. Ebből kiderül, hogy a mig garatdiphtheriánál a serum hátrányára 3·60% rosszabbodás jelentkezik, addig a gégediphtheriánál 20·97% javulás, a mit előadó a Bókay által inaugurált O'Dwyer-féle intubatio kombinált eredményének tud be.

Ha csak az intubált és serumozott egyének diphtheria eseteit veszszük, azokból a légcsőmetszési eseteket kiküszöböljük, akkor a javulás 28·78%.

Azon kérdésre: mily arányban betegedtek meg a diphtheria-esettel egy lakásban levő gyermekek, előadó adatai szerint a pontos feljegyzésekkel biró 213 fertőzött családban volt 685 egészséges gyermek közül megbetegedett a serum előtti korban:

1—5 évig 16·09%, 1—15 évig 10·49%;

a serum alattiban serumozott betegekkel egy lakásban lakók közül:

1—5 évig 12·34%, 1—15 évig 9·90%;

nem serumozott testvérei közül:

1—5 évig 9·89%, 1—15 évig 6·74%; vagyis

a fertőzések száma a virulentia csökkenésével szintén csökken.

A fertőzött eseteknek a kórházból a családi körbe, iskolába leendő bocsáthatásának kérdését szintén megfelelő adatokkal illustrálja, a melyekből kiderül, hogy az a hat héten belül elbocsátottaknál korántsem oly nagy, mint azt elméletileg feltételezni lehetne. 63 kórházi betegnek további sorsát kutatva, kiderül, hogy azok csak 1 esetben fertőzték az otthon maradt egészséges testvért, mig az egy házban lakóknál 2 eset fordult elő, a hol a fertőzést valószinűnek lehet tartani.

Végül előadó, daczára, hogy adatai a serumoltásokat nem tüntetik fel oly szinben, a mely a várakozásnak minden tekintetben megfelelni tudna, mégis a serum hivének vallja magát, és azon reményének ad kifejezést, hogy a jövőben a terjedő értelmiség és fokozottabb bizalom az egyes eseteket még gyorsabban fogja az orvos kezére juttatni, e szerint az eredmények javulása várható.

Hozzászóltak: *Hainiss Géza*, *Némai József*, *Detre László*, *Elfer Aladár* és *Baneth Samu*.

3. *Torday Árpád* dr.: *Lymphocyta-leukaemia és pseudoleukaemia* czimmel a heveny leukaemia atypusos alakjairól szól. *A. Wolff*-fal együtt végzett vizsgálataira támaszkodva, továbbá azon esetekre, a melyeknél a leukaemiánál az előbb lymphocytás kép myclocytássá változott át, azután *Aubertin*-nek úgy klinikai, mint haematologiai vizsgálatait is figyelembe véve, azt hiszi, hogy a heveny leukaemia myelocyta és lymphocyta alakjai között szoros megkülönböztetés nem tehető, hanem hogy azok egymásba átmehetnek. A lymphocyta-leukaemia atypusos alakjait ismerteti azután; majd áttér a leukaemiára, a melynek egy része anaemia perniciosa a lép myeloid átváltozásával, más része lymphocyta-leukaemia nagyobbfokú anaemiával, harmadik része pedig pseudoleukaemia lymphocytosissal vagy myelocytás csontvelőizgalommal. A pseudoleukaemiáknál nehéz kizárni a gümőkórt és a sarcomát, a megkülönböztetés elősegítésére a mirigyek próbaexcisioját, azoknak szövettani vizsgálatát és az állatoltásokat ajánlja. A pseudoleukaemiák más része a lymphocyta-leukaemia aleukaemiás előstadiuma, úgy hogy a valódi pseudoleukaemia fogalmába csak kevés eset illik. Szól azután a pseudoleukaemia lienális alakjáról, az anaemia splenicáról és a *Banti*-kórról.

Hozzászólt *Elfer Aladár*.

4. *Baneth Samu*: *A láz lényege és gyógykezelésének alapelvei.*

A ma divatban levő antipyretikus gyógyszerek valóban gyorsan csökkentik a lázas hőmérséket, minthogy azonban a hőemelkedés nem lényege, hanem csak tünete a láznak, az antipyretikus gyógyszerek okozta hőcsökkenés a lázas betegségek gyógyulását nem befolyásolja, legfeljebb a közérzetet javitja. Velük szemben a mérsékelt hydrotherapiás eljárások az eléggé tetemes hőcsökkentés mellett a szervezetet is tonizálják s azért előnyben részesitendők.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Dysphagia intermittens angiosclerotica intestinalis esetét mutatta be *Warburg* a kölni orvosegyesület egyik utóbbi ülésén. A baj lényege a bélüterek arteriosclerosisa. A bemutatott esetben a tünetek a következők voltak: főleg az emésztés tetőfokán, néha éjjel is rohamokban jelentkező erős fájások a vakbél táján helyi meteorismussal és makacs obstipatioval; ezeken kivül arteriosclerotikus myocarditis jelenségei. Aetiologiai tényező gyanánt túlságos dohányzás volt felvehető. A bélüterek arteriosclerosisa ellen több helyről ajánlották a theobromin-készítményeket (diuretin, agurin); főleg prophylactikus tekintetben, a fájdalom-rohamok megelőzése tekintetében tesznek e szerek jó szolgálatokat. A bemutatott esetben az agurin használata járt jó eredménynyel. Némelyek a theobromin-készítményeket differential-diagnostikai czélból is adják, a mennyiben kétes eredésü fájdalom-rohamokban kedvező hatásuk a mellett szól, hogy a rohamok arteriosclerotikus alapon fejlődnek A kedvező hatás magyarázatára különben azt veszik fel, hogy e készítmények az arteriosclerotikus erek kórosan fokozott reflexérzékenységét csökkentik és az erek összehúzódását megakadályozzák. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1905. 24. szám.)

PÁLYÁZATOK.

1225/905. sz.

Csikvármegyében, a gyergyó-szent-miklósi járásban, Remete, Várhegy és Salanios községekből alakult egészségügyi körben a körorvosi állás Gyergyó-Remete székhelylyel üresedésben lévén, annak betöltése czéljából pályázatot hirdetek és felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a törvényes képesitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám folyó évi október hó 15.-éig adják be.

A körorvos évi fizetése a látogatási díjak váltságával együtt 2336 korona, lakbére 200 korona, fuvarváltsága évi 104 korona, összes javadalmazása tehát 2640 korona. Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése szokásos.

Gyergyó-Szent-Miklós 1905. évi szeptember hó 12.-én.

2—2 *Szász Lajos*, főszolgabiró.

A nagyváradi izr. szent egylet kórházában a mű: orvosi állásra pályázat hirdettetik. Évi fizetés 1600 korona; pályázati határidő 19.5. évi október hó 10.-e; a pályázati kérvények Weisz Márton igazgató-főorvoshoz nyujtandók be.

Az elöljáróság.

---

ad. 3953/1905. ikt. szám.

Gádoros községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot nyitok. A pályázati kérvények hozzám október hó 31.-éig annál inkább beadandók, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás: 1000 korona évi fizetés és 3 szobából s a szükséges mellékhelyiségekből álló szabad lakás.

Látogatási díjak: az orvos lakásán nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér; a beteg lakásán nappal 60 fillér, éjjel 1 korona; halottkémlési díj 40 fillér.

A községi orvost a környékbeli uradalmak uradalmi orvosul szokták alkalmazni, ezen uradalmaktól várható javadalmazása mintegy 1000 korona.

Orosháza, 1905. évi szeptember hó 22.-én.

A főszolgabiró.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság Délmagyarországon Krassó-Szörénymegyében fekvő bányái, hutái és uradalmainál Stájerlakon egy orvosi állás üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából ezennel pályázatot hirdetünk, megjegyezvén, miszerint az állás a kinevezés megtörténte után mielőbb, lehetőleg azonnal elfoglalandó.

A szóban forgó orvosi állás javadalmazása évi kettőezernyolczszáz (2800) korona tiszteletdij. évi hatszáz (600) korona utazási átalány és természetbeni szabad lakás Stájerlakon.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények legkésőbben 1905. évi október hó 10-éig az alulirt igazgatósághoz (Budapest, IV., Egyetem-utcza 1) terjesztendők be és azokban azon időpont is jelzendő, melyben a pályázó kineveztetése esetén az állást elfoglalhatná.

Budapest, 1905. évi szeptember havában.

2—1 A szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság magyar bányai, hutái és uradalmainak igazgatósága.
Martinek s. k.

19,746/1905. szám.

A nagytapolcsányi közkórházban az alorvosi állás betöltendő lévén, ezen állásra a vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1400 kor. fizetéssel, lakással, fűtéssel, világitással és élelmezéssel javadalmazott és a kórházban való bennlakás kötelezettségével és nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellőképen felszerelt kérvényeiket a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon 1905. évi november hó 1-ig hozzám nyujtsák be.

Azon pályázó, ki közszolgálatban állott és azt megszakitotta vagy abbahagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1905. évi szeptember 25.-én.

Markhot, alispán.

951/1905. szám.

A más állásra történt megválasztás folytán a nagyváradi m. k. állami gyermekmenhelynél megüresedett másodorvosi állás, mely 1200 korona évi fizetés, élelmezés, egy bútorozott szobából álló lakás, továbbá fűtés és világitás élvezetével van egybekötve, betöltendő.

Felhivatnak mindazok az orvos urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél, vagy születési bizonyitvány, további orvosi oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a belügyminister úrhoz czimzett folyamodványukat 1905. évi október hó 15.-ig a nagyváradi m. k. állami gyermekmenhely igazgatóságánál nyujtsák be.

Nagyvárad, 1905. évi szeptember hó 25. én.

Szondi Vilmos, az igazgató-főorvos távollétében
a min. által a menhely vezetésével megbizott gondnok.

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.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél,

SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. á Na ámon. brom. és 0·005 arsenik), mely nemcsak a vérszegénységet gyógyitja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat. Kellemes izénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben valamint minden gyógytárban. Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

Sanguinal

az összes modern igényeknek megfelelő labdacsalakban forgalomba jövő vérkészítmény. Minden labdacs 5 gm. egészséges embervér hatékony anyagait tartalmazza. Igen kedveltek a következő Sanguinal-compositiók labdacsalakban (eredeti csomagolás:)

cum **Kreosot** 0·05 gm. és 0·10 gm., cum **Guajacol carbonic** 0·05 és 0·10 gm., cum **Natriocinnamylic** 0·001 gm. tüdővésznél, kezdődő görvélykórnál, beszüremkedéseknél. cum **Jod. pur.** 0·004 gm. scrophulosis, vomitus gravidarum, chlorosis, anaemiás elhizás, dyskrasiás bántalmak eseteiben. cum **Acid. arsenic.** 0·0006 gm. neurastheniás állapotok, zsábák, chorea, migraen, psoriasis, diabetes, rosszindulatú lymphomák ellen. cum **Extr. Rhei.** 0·05 gm. a tápcsatorna atoniájánál. cum **Chinino hydrochlorico** 0·05 gm. fertőző bántalmak után fellépő gyengeségi állapotoknál, excessusok után. **Pilul. Sanguinalis cum Am. Ichthyolico** 0·05 gm. **Pilul. Sanguinalis cum Vanad. pentoxydat.** Kitünő szer minden hiányos anyagcserén alapuló bántalomnál, különösen scrophulosisnál.

Sanguinal-labdacsok kitünőek vérszegénység és sápkór ellen. Értékükről számos értekezés tanuskodik.

Irodalom ingyen és bérmentve.

KREWEL & Co
G. m. b. H.
Köln am Rhein, Eifel-Strasse 33.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 41. szám. *Budapest, 1905. október 8.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET **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:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kopits Jenő: Deformitást leplező támasztó fűző nagy bordapúpú skoliotikusok számára. 706. lap.

Aujeszky Aladár: A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok jelentősége a gümőkórra irányuló vizsgálatok elbirálásánál. 709. lap.

Steiner Pál: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre. 712. lap.

Tárcza. Róth-Schulz Vilmos: Uti jegyzetek. 714. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Steiner Pál:* Az appendicitis korai műtétének kérdése. 716. lap. — *Könyvismertetés. A. Ónodi:* Die Nebenhöhlen der Nase. (Lenhossék Mihály.) 717. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. W. S. Conkling*: Felélesztés szív-massage-zsal. — *Kionka* és *Frey*: A köszvény pathogenesise. (Halász Aladár.) — *Vigot:* A halál biztos megállapítása. (Ország Oszkár.) — *Knapp:* Az éhségről. — *Belgyógyászat. Pelnar:* Orthotikus albuminuria. (Halász Aladár.) — *Eichhorst*: A heveny fertőző betegségek befolyása idült veselobokra. — *Krönig*: Maretin használata után keletkezett haemoglobinaemia és haemoglobinuria. — *Idegbajok. Dalmady*: Rhodannatrium tabeses fájdalmak ellen. (Kollarits Jenő.) — *Novák*: Arczidegzsába gyógyitása. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. Albu*: Az idült perityphlitis diagnosisa. (Pólya.) — *Kroner*: A patellának frontalis sikban való törése. (Pólya.) — *Hackenbruch*: A spinalis gyermekhüdésnek idegimplantatioval való kezelése. (Pólya.) — *Kelly*: Aceton és aceteczetsav a vizeletben sebészi bajokban. (Pólya.) — *Huttington*: A tibia defectusának a fibulából vett darabbal való pótlása. (Pólya.) — *Bőrkórtan. Weidenfeld* és *Zumbusch*: Súlyos égések kór- és gyógytana. (Guszman.) — *O. Kren*: A lupus erythematodes és tuberculosis közti összefüggésről. (Guszman.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bruhns:* Higanyinunctiós kúrák. — *Nebel:* Csecsemőkori anaemia. — *Clèment*: Reszketés. 717—720. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Heinrich Béla. — Pollatschek Elemér. — Kinevezés. — Jubileum. — Choleraorvosok. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — Contra barbam. — Az olasz parlament orvostagjai. — Ailurophobia. — A „syphilis“ név eredete. — Uj orvosi egyetem Chinában. — A lepráról. — A német orvos- és természettudománytörténelmi társulat. — Az automobilismus a Rivierán. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Az első nemzetközi physiotherapiai congressus. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Deformitást leplező támasztó fűző nagy bordapúpú skoliotikusok számára.[1]

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

A skoliosis gyógykezelésében ma általánosan azon gyógykezelési tervet követjük, mely czélul tüzi ki a *hátizomzat erősítését* massage és tornázás segélyével, a *gerincz mobilizálását* különböző activ és passiv gyakorlatokkal, valamint e czélra szerkesztett eszközök alkalmazásával, végül az ezen eljárásokkal *elért eredmény rögzítését* megfelelő támasztó készülékkel. A gyógykezelés ezen eszközeiből egyik sem mellőzhető s ép oly hibát követ el, a ki a skoliosist csak tornázás segélyével akarja meggyógyitani, mint az, a ki ugyanezen czélra egyedül fűzőt alkalmaz. Sőt a ki skoliosisos betege gyógykezelésénél beéri csupán csak fűző rendelésével, az többet árt mint használ betegének, mert a fűzőben rögzítve a törzs mozgást alig végez, a minek következtében az amúgy is gyenge hátizmok tétlenségre kárhoztatva teljesen legyengülnek. Bármily jól redressáljon is ilyenkor a fűző, viselésének nem lesz eredménye, mert eltávolítva azt, a törzs az izomzat elsatnyulása következtében úgyszólván összeesik. Nem lesz azonban teljes az eredmény csak gymnastikus kezeléssel sem, ha egyidejüleg nem gondoskodunk alkalmas készülékről, mely a gerinczet, a mennyire annak hajlékonysága csak megengedi, kinyujtott helyzetben megtartja.

Már a skoliosis legkezdetibb szakában, midőn a gerincz elgörbülése csak mint gyakran megújuló szokásos rossz testtartás mutatkozik, az izomzat erősítése s fegyelmezése mellett egyúttal meg kell akadályoznunk a hosszú időn át elgörbült gerinczczel ülést. Ez önkényt folyik a skoliosis kifejlődése mechanikájának az ismeretéből. Ha a serdülő gyermek órákon át elgörbült gerinczczel ül, az oly károsan hat még plastibilis vagy főleg megpuhult csigolyacsontjaira, hogy azt nem képes ellensúlyozni az a rövid időn át tartó testgyakorlás, melyben naponta részesül, hanem annak daczára bekövetkezik az egyes csigolyák, valamint szalagok alkalmazkodása a kóros álláshoz, kifejlődnek a gerincz statikus viszonyainak megváltozásából származó ellenkező irányú görbületek, a bordák deformitásai, szóval lassanként a gerincz oldalgörbülése állandósul. Ilyenkor azután már azok is ajánlják a testegyenesítő fűző hordását, a kik addig, míg csak a skoliosisos testtartás volt észlelhető, ellene voltak az alkalmazásának. Csakhogy míg akkor a beteg gerincze passive, sokszor aktive is teljesen kiegyenesíthető volt s ily helyzetben azt fűzővel sikerült is megtartani, később a skoliosis állandósulása után a kiegyenesítés már csak részben sikerül, a szerint, hogy mily fokban merev a gerincz. Ez okból tartom szükségesnek, hogy a gyermek fűzőt hordjon már a skoliosis legkezdetibb szakában s még inkább akkor, ha a skoliosis már némileg rögzítve van, mert ilyenkor a kóros helyzetben az egyes csigolyák a testsúly egyenlőtlen nyomása következtében állandóan deformálódásnak vannak alávetve. Fűzőt kell tehát hordatni első sorban a deformitás kifejlődésének a megakadályozására, a deformitás fokozódásának a meggátlására s végül a gyógykezeléssel elért eredmény rögzítése végett.

E szerint *a testegyenesítő fűző a skoliosis gyógykezelésének pótolhatatlan segédeszköze.*

Nagyon sok szülő, sőt orvos is egyáltalán idegenkedik a fűző alkalmazásától, attól tartva, hogy az veszélyezteti a serdülő gyermek általános testi egészségét s megakadályozza a mellkasi szervek kifejlődését. Ezt legnagyobbrészt annak köszönhetjük, hogy a skoliosis gyógykezelésére használt támasztó készülék közösen viseli a fűző nevet a női derék elektelenítésére szolgáló ismert toilette-czikkel. Ez utóbbinak káros volta főleg abban nyilvánul, hogy összefüzve azon az áron teszi karcsúvá a derekat, hogy a testkörfogat minden pontján a sugarak irányában nyomást gyakorolva befelé, a mellkas és a medencze közt fekvő szerveket concentrikusan összeszorítja s egyúttal azokat részben lefelé a

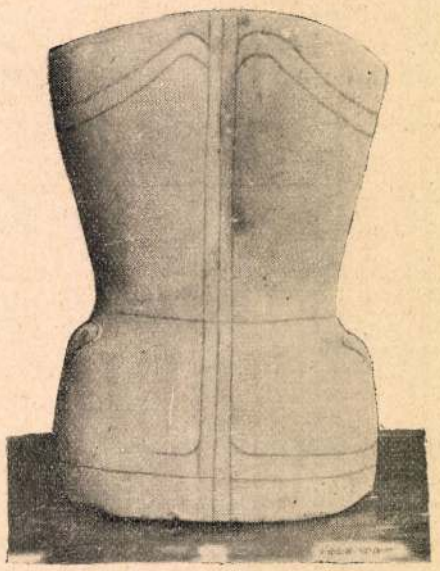
[1] Bemutattatott a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülésén Szegeden.

medencze ürébe, részben fel a rekesz felé nyomja. A női fűző szerkezeténél fogva szabad kezet enged viselőjének e káros hatás kifejtésében, azaz összefűzhető, a mennyire viselője csak akarja. Nagyon természetes, hogy ha ily szerkezetü fűzőket orthopaediai célokra használunk, ép oly károsan hatnak. A jó testegyenesítő fűzőnek azonban első sorban csak bizonyos fokig szabad összefűzhetőnek lenni, a mennyire azt már a gypslenyomat készítésénél meghatározzuk, s anyagával, valamint szerkezetével meg kell akadályoznia a derék összefűzését, sem a hasi szerveket, sem a mellkast nyomnia nem szabad, a kivánt helyen maradását szólni, melyet magam is alkalmazni szoktam és tapasztalatból mint hasznavehetőt ismerek. Ez a kemény börhátú, puha elejü fűző, mely alakját és szerkezetét *Dollinger* tanárnak köszöni; ezen ismert fűzőt szándékozom bemutatni nagy bordapúpú skoliosisok számára szerkesztett alakjában.

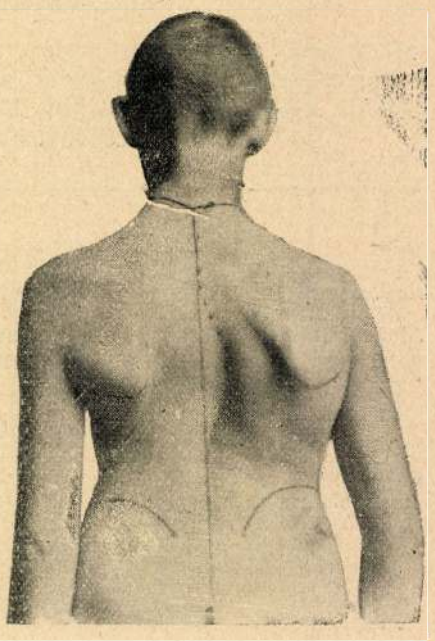
Hogyan fejti ki e testegyenesítő fűző a kivánt hatását?

Kezdődő skoliosisnál, a midőn a gerincz legtöbbször még teljesen hajlékony, felfüggesztve fejénél fogva a beteget a gerincz kiegyenesedik, a mellkas mindkét fele symmetriás lesz, a csípők niveaudifferentiája eltünik, szóval helyreáll a törzs nor-

1. ábra.

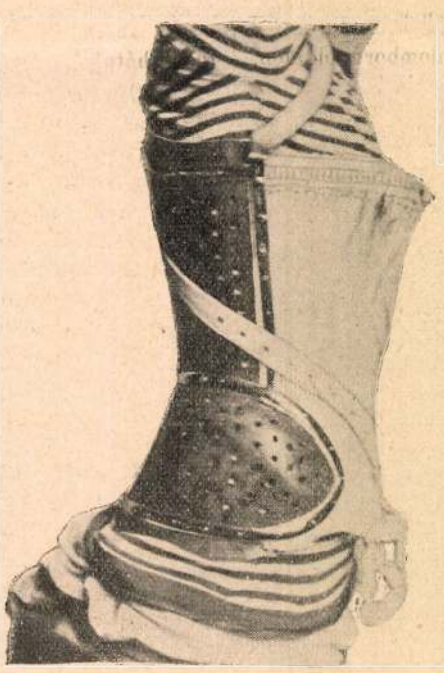


2. ábra.



3. ábra.

4. ábra.



5. ábra.

6. ábra.

pedig nem a derék szoros összefűzésével kell biztosítanunk. E káros tulajdonságok elkerülése mellett a jó testegyenesítő fűzőnek czéljának megfelelően a törzset, illetve a gerinczet a lehetőségig kinyujtva és kissé reclinálva kell tartani. Ily fűző nem akadályozza meg sem a mellkasi szervek fejlődését, sem nem hat károsan az általános testi egészségre, sőt azt tapasztaljuk, hogy a kezelésünk alatt álló gyermekek testileg pompásan fejlődnek, kétségkivül főleg azért, mert a fűző viselése mellett a gymnastikát a skoliosis-kezelés elengedhetlen követelményének tartjuk.

Nem bocsátkozhatom e helyen a használatban levő különféle fűzők ismertetésébe és birálatába, csak azon fűzőről kivánok malis alakja. Ily helyzetben gypslenyomatot készítve a törzsről, a gypsmodellen oly fűzőt készíttetünk, melynek hátulsó fele kemény börből készül, odasimulva a csípőkhöz, míg mellső része puha, de erősebb vászonból van, mely elül a középvonalban fűzővel egyesítve, a fűző hátulsó részének az elmozdulását megakadályozza. Ha az ily módon elkészített fűzőt azután ugyancsak suspensioval corrigált törzsre alkalmazzuk, úgy képesek vagyunk a törzset s vele a gerinczet corrigált helyzetében meg is tartani. Suspensioban ugyanis a törzs ék alakot vesz fel s negativ lenyomatának megfelelő tölcséralakú fűzőbe a függesztés megszünése után besülyedni akarván, azáltal hogy alúl a fűző a csípőkön meg-

támaszkodik, másrészt pedig oldalrészeivel pontosan a besülyedő mellkashoz simul, megakadályozva a törzs visszasülyedését kóros helyzetébe.

A jó tartást fokozzuk még azzal, ha a *Dollinger* tanár által szerkesztett válltartókat alkalmazzuk a füző oldalsineire és ezek segélyével a vállat hátrahúzva, azok előre sülyedését megszüntetjük, a lapoczkákat a törzshöz simulva tartjuk s egyúttal a vállak súlyát is hátrahelyezzük. Kezdődő skoliosisoknál az oldalgörbülés legtöbbször gömbölyű háttal együtt jelentkezik, ily esetekben a gerincz reclinatiojával legtöbbször annak oldalgörbülése is megszünik. A leirt füző ily esetekben tehát már az által, hogy a gerinczet reclinálva tarja, képes teljes hatását kifejteni.

Nagyobbfokú skoliosisoknál, a hol a gerincz elgörbülése fixált, a megváltozott statikus viszonyok következtében a gerincz többszörös ivü elgörbülést képez, az egyes csigolyák közti izületekben kifejlődött pseudo-ankylosisok következtében a gerincz íve többé-kevésbé merev s az egyes íveknek megfelelően azok convex oldalán a gerincz rotatiojából származó bordapúpok vannak jelen, míg e görbület concav oldalán a mellkas besüppedt: függesztéssel sem egyenlíthető ki teljesen a törzs deformitása, még akkor sem, ha a suspensio mellett más detorsiós eljárásokat is alkalmazunk; csak a gerincz egyenesedik ki bizonyos fokig, a mennyire a gerincz hajlékonysága megengedi, de a bordapúpok változatlanul maradnak.

Ily esetekben a gypslenyomaton is a bordapúpoknak és besülyedéseknek megfelelő egyenetlenségek láthatók. A suspensioval elért corrigálást még ekkor is sikerül megtartani az előbb leirt füzővel, miben az egyes ívalakú elgörbüléseknek megfelelő bordapúpok jó támaszt nyújtva, segítségünkre vannak. A többszörös elgörbüléseknek megfelelő bordapúpokat oly módon használhatjuk fel a gerincz nyújtva tartására, hogy az egyes íveket a homorú oldalon az ív felett fekvő ellenkező oldali bordapúp felületének a felhasználásával alátámasztjuk. Ha az előbb leirt keményhátú bőrfüzőt alkalmazzuk e czélból a deformált törzsre, úgy annak a törzs függesztéssel corrigált alakjának a rögzitése végett körül kell fogni azt egész plastikusan, úgy a besüppedt homorú, mint az erősen kiemelkedő domború oldalon. A füző ily módon alkalmazásának két hátránya van:

1. A füző lemeze a mellkas besüppedt oldalához is teljesen odasimulva, megakadályozza légzésnél annak a tágulását.

2. A füző körülfogva deformált alakjában a törzset, még inkább feltünővé teszi ruhán át is a deformitást, sokszor a füzőn kivülről alkalmazott leplezéseknek is.

A füző e hátrányain igyekezve segíteni nagyobbfokú deformitásoknál, a következőképen szerkesztettem azt meg. Az ív felett fekvő bordapúpnak előbb leirt alátámasztását felhasználtam, de a füzőnek csak akkora felületével, a mekkora a jó megtámaszkodásra épen szükséges, az ív homorú oldalán fekvő mellkasbesüppedést pedig befedés nélkül szabadon hagytam, a mi által szabad helyet engedtem a besüppedt mellkasfél tágulásának. Hogy pedig egyúttal leplezzem a deformitást, a mellkas-besüppedést a bordapúp vagy legalább is megközelítőleg annak magasságában áthidaltam és eltakartam a füző egyik oldalát képező kemény bőrlemezzel. Az ily füző (4. ábra) kivülről teljesen symmetriás alakot mutat, belülről (6. ábra) azonban a főgörbület homorú oldalának megfelelően (esetleg több ívnél is szükség szerint) támaszkodó felülettel (6. ábra *a*) van ellátva, mely az elgörbült gerinczszakasz íve felett fekvő bordapúp alsó felülete negativ lenyomatának felelve meg, ott biztosan megtámaszkodik, megakadályozva a kinyújtott törzs besülyedését a füzőbe.

A füző elkészítése a következő módon történik. Gypslenyomat vétele czéljából a lemeztelenített törzsü beteget fejénél fogva suspendáljuk az ismert Sayre-féle függesztővel s ily módon kiegyenesítjük a gerinczét, a mennyire csak lehet. A függesztés fokának mérvadója, hogy a beteg sarkával gyengén érintse a földet, lábujjhegyen állania nem szabad, mert akkor a beteg lebegése következtében a csípők, a gerincz s vele az egész törzs gypslenyomat készítése közben folyton változtatja helyzetét, a mi nagyon zavarólag hat. Ha kellő időm van a füző elkészítésére, úgy a nyugodt függést a gypslenyomat vétele előtt több napon át gyakoroltatom. A negativ gypslenyomatot langyos vízben áztatott 15 cm. széles gypspólyákkal készítem, a test körülpólyázásánál nagyon ügyelve, hogy az egyes pólyamenetek minden feszülés nélkül pontosan simuljanak a törzshöz és a bemélyedéseket át ne hidalják. Különösen pontosan kell kimintázni a csípőtarajokat, a mellső felső csípőtöviseket, valamint a gerincz mellett fekvő bordapúpokat. Pólyafordításokat, behúzásokat, valamint az ágyéki rész karcsúvá szorítását el kell kerülni. A törzs nagysága szerint 5—6 drb. pólya szükséges a gypslenyomat elkészítéséhez. A még törzsön fekvő mintán a gyps megkeményedése után felrajzolom a füző körvonalait és az előzetesen nyakba akasztott kötélen a mell középvonalában felvágom és óvatosan eltávolítom a törzsről, hogy be ne horpadjon vagy el ne törjék. Igy készül a negativ gypslenyomat, melyet gypssel kiöntve, a nyert gypstorsóban megkapom a deformált törzs hü mását. (1. ábra.) A gypsmodellen különösen súlyt helyezek a csípőtarajok és a mellső felső csípőtövisek jó kiképzésére, sőt e helyekre, hogy a füző nyomását elkerüljem, foltokban többszörös bőrréteget szegeztetek, melynek szélei lejtősen elvesznek a gypsmodell síkjában. A modellen meghatározom, hol kell a gerincz ívét alátámasztani és a felette fekvő bordapúpnak mekkora felületére kell kiterjedni (1. ábra *c*) a füzőben elhelyezendő támasztó padnak.

Magát a füző elkészítését azon kezdi a müszerész, hogy a támaszkodási felületnek megfelelő területre felpuhított bőrlapot húz fel, melyet pontosan odasimít a modellhez s teljes megkeményedéséig a mintán hagy. Hogy e bőrlemez alakját változatlanul megőriztessem, hátulsó felületére vékony aczéllemezt szegecseltetek. Az ekként elkészített támasztó lapot egyelőre félreteszszük. Ezután a deform gypsmodellt corrigálom olyképen, hogy a törzs besüppedt oldalát feltöltöm gypspéppel oly magasra, mint a kidomborodott oldal, lehetőleg szabályossá és symmetriássá téve a deformált alakot (2. ábra). Természetesen nagyon magas, éles bordapúpnál a nagyfokú kiemelkedést nem szabad teljesen utánozni, meg kell elégednünk kisebbfokú feltöltéssel. Ügyelni kell arra is, hogy a feltöltés a besüppedt oldalon a tervbe vett füző felső körvonaláig érjen csak, mert különben a füző e helyen nagyon elál a törzstől.

Az igy kiigazított modellre azután a müszerész felhúzza a füző hátulsó részének megfelelő bőrlapot, melyet ismét teljes megkeményedéséig a mintán hagy. Ha ekként a füző hátulsó bőrlapjai elkészültek, a mintáról ismét eltávolítjuk a felrakott corrigáló gypsréteget, helyreállítva annak eredeti deform alakját. A már előzetesen elkészített és félretett, támaszkodásra szolgáló aczéllemezzel ellátott kemény bőrlapot felteszszük a gypsmintán eredeti helyére s a kiigazitot mintán készült bőr-hátlappal összeszegecseltetjük. Ez által a füzőben a görbület homorú oldalán, a füző háti része megfelelő oldalának a felső szélén egy padszerüen kiálló ferde felületet kapok, mely a suspendált betegnek a háti görbülete felett az ellenkező oldalon fekvő bordapúpja alsó felületére illik, oda megtámaszkodik s megakadályozza a függesztéssel kinyujtott törzs visszasülyedését a füzőbe. A corrigált modellen készült bőrlap (6. ábra *b*) azonban e támaszkodó padka mögött elvonulva egész a csípőig áthidalja a görbület concav oldalán a mellkas bemélyedését, lehetővé téve a besüppedt mellkasfél tágulását és egyúttal leplezve a deformitást.

A füző háti részének a két lapja a törzs középvonalában 2 cm. széles vászonlappal van egyesítve. Az egyes lapok beborítják a hát egyik és másik felét felfelé a lapoczkák közepéig, lefelé a trochanterek csúcsa felett 2—3 cm.-nyire elvonuló vonalig, előrefelé a mellső hónaljvonalig terjednek egészen a csípőtarajokig, innen előre nyúlnak a mellső felső csípőtövisekig, az alatt rézsutosan lefutnak a füző alsó szélének a vonalába. Nagyon fontosnak tartom, hogy a füző jó támaszt nyerjen a medenczén, ezért készíttetem oly nagyra a füző medenczerészét, hogy az a csípőtarajokat egészen a mellső felső csípőtövisekig teljesen beborítsa (5. ábra). Minél nagyobb felülettel támaszkodik a füző e helyen, annál tökéletesebben tudom megtartani a törzset kinyujtott helyzetében. Különösen nagy gondot fordítok a füző e részének a kidolgozására, mert a kiálló csípőtarajokat nyomni legkevésbé sem szabad. E végből a gypslenyomatra, mint említettem, bőrlapokat szegeztetek a csípőtarajok helyére, a mi által a felhúzott bőrlap kellően kidomborodik e helyen. A kemény bőrlapokat széleikre szegecselt keskeny felhengeres aczélsínek tartják meg eredeti alakjukban. A sineknek csakis ez a feladatuk van, a sínnel

nyomni vagy támaszkodni a füzőnek nem szabad. E sínek a bőrlapok szélein futnak le, egy pedig harántul az ágyéki résztől előre a csípőtarajokkal párhuzamosan halad, innen ismét a bőrlap szélén a mellső felső csípőtövisek elé kerül, a honnan rézsutosan vonul a füző alsó szélén körülfutó sínbe. Fontos, hogy e helyen se a sínek képezzék a támaszkodási pontot, hanem e helyen is a plastikusan odaillő bőrlappal feküdjék a füző a medenczén. A füző hátulsó részét elöl halcsont-pálczákkal ellátott erős vászonrész tartja össze, mely a középvonalban füzhető, felfelé a mellbimbókig, lefelé a mellső felső csípőtövisekig ér.

A füző akkor felel meg feladatának, ha nyujtva tartja a törzset, a mellkas tágulását nem akadályozza és egyúttal leplezi a deformitást. A demonstrált esetben (3. ábra) az első feladatot teljesíti a füző, mert a beteg testmagassága füző nélkül 155·6 cm., füzőben pedig 158·7 cm. Hogy a deformitást is képesek vagyunk egyúttal a füzővel leplezni, e végből hasonlítsuk össze a 3. ábrát a 4. ábrával.

A füző oly betegek számára alkalmas, a kiknek a gerincze elvesztette hajlékonyságát, függesztésre nem egyenesedik ki, nagyobbfokú bordapúp van jelen, a törzs deform alakja függesztés daczára is megmarad. Alkalmazható úgy egy-, mint többívü elgörbülésekнél, de legjobban olyan skoliotikusoknál, kiknél a gerincz legnagyobb görbülete a háti részre esik s az ív felett ellenkező irányú elgörbülés van jelen a nyaki és felső háti részben. Különösen alkalmas a füző felnőttek számára, a kik gerinczük nyujtva tartása mellett egyúttal deformitásuk leplezésére is súlyt helyeznek.

A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok jelentősége a gümőkórra irányuló vizsgálatok elbirálásánál.[1]

Aujeszky Aladár dr. állatorvosi főisk. magántanártól.

A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok felfedezéséig szokás volt egyszerüen mikroskopi vizsgálat alapján gümőbacillusoknak tartani mindama bakteriumokat, a melyek *Ehrlich* vagy *Ziehl-Neelsen* szerint festve *kellő mértékben* savállóknak bizonyultak. Azonban a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok felfedezése óta eme mikrochemiai reactioval már nem érhetjük be, a gümőbacillus bakteriologiai kimutatása nehezebb feladattá lett, mint annak előtte volt. A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok ubiquitaer mikroorganismusok, melyeket a talajban, vízben, porban, takarmányban, szemétben, trágyában, rohadó anyagokban, ember és állat smegmájában és bőrén, köpetben, vizeletben, különböző élelmiszerekben, főleg tejben és vajban, valamint sok más anyagban is kimutattak. Igy tehát lépten-nyomon reájuk akadhatunk és épen azért a gümőbacillus kimutatására irányuló vizsgálatok elbirálásánál számolnunk is kell velük. Megkülönböztetésük a gümőbacillustól nemcsak *tudományos*, hanem *gyakorlati* szempontból is felette fontos, mert nem érdektelen ama kérdésnek eldöntése, hogy milyen viszonyban vannak e bakteriumok a gümőbacillussal.

Ha a különböző saválló bakteriumokat és a gümőbacillust összehasonlítólag vizsgáljuk, arra az eredményre jutunk, hogy e bakteriumok és a gümőbacillus között sok hasonló tulajdonság mellett lényeges különbségeket is találunk, a melyek alapján a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok a gümőbacillustól több-kevesebb könnyüséggel elkülöníthetők.

Hasonlítsuk össze tehát őket morphologiai, festődési, tenyészeti és kórnemző tulajdonságaik szempontjából. (Szükségesnek tartom itt megjegyezni, hogy az alább következő fejtegetések *egy részét* a *Magyar Orvosi Archivum* 1903. évi áprilisi és juniusi füzetében megjelent, „*A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokról*“ czímü dolgozatomból veszem át, melyet különben *Pertik* tanár a *Lubarsch-Ostertag*-féle gyüjtőmunka VIII. köt. II. részének 104—113. lapjain német nyelven behatóan ismertetett és részben citált is.)

Morphologiai tulajdonságaikat tekintve a gümőbacillus is, meg a hozzá hasonló saválló bakteriumok is polymorphok. Vannak szerzők (pl. *Kayserling*), a kik a saválló bakteriumokat alakjuk szerint két főcsoportba osztják: egyrészt a karcsúbb, vékonyabb és gyengén hajlott, a gümőbacillushoz felette hasonló, másrészt pedig a hosszabb, vaskosabb, két végükön sokszor vastagabb s ilyenkor a diphtheria bacillusára emlékeztető bakteriumok typusát különböztetvén meg. Saját vizsgálataim arról győztek meg, hogy vannak ugyan saválló bakteriumok, melyek alakilag *általában* jobban, és olyanok, melyek kevésbé hasonlítanak a gümőbacillushoz, de határozottan mondhatni, hogy ez a különbség nem állandó, hanem az *átmeneti alakoknak* egész seregére akadunk nemcsak a mesterséges tenyészetekben, hanem az állati szervezetből származó friss készítményekben is. Az olyan saválló bakteriumok, a melyek igen kurták, vaskosak s inkább coccobacillus alakúak, a milyen pl. a *Preisz* féle saválló bacillus, már ezen, a gümőbacillusétól felette eltérő alakjuk következtében is könnyen meg lesznek különböztethetők a tuberculosis bacillusától. Ámde a legtöbb saválló bakterium nem mutat ily határozott alaki eltérést s így biztos megkülönböztetésük czéljából egyéb vizsgálati eljárásokra (tenyésztési próba, esetleg állatkisérlet) vagyunk utalva.

Csillangót a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok egyikén sem sikerült kimutatni (és ennek megfelelően önálló mozgást sem), ez alapon tehát a gümőbacillustól nem különböztethetők meg.

A gümőbacillusnak és a hozzá hasonló saválló bakteriumoknak *festődési tulajdonságait*, illetőleg a megfestett bakteriumoknak savakkal és alkohollal szemben való ellenállását összehasonlítva, kiderül, hogy míg egyes fajok e tekintetben semmiben sem különböznek a gümőbacillustól, addig másoknak savállósága vagy alkoholállósága a gümőbacilllusénál jóval csekélyebb. Ez utóbbiak tehát e tulajdonságuk következtében is könnyen elkülöníthetők a tuberculosis bacillusától. Ámde a savnak és alkoholnak a Koch-féle bacillussal egyenlő mértékben ellenálló bakteriumokat a gümőbacillustól egyszerüen csak festés útján megkülönböztetni nem lehet. Ilyen esetekben az egyébként némely saválló bakterium elkülönítésére jól használható differential-diagnostikus eljárások is — a milyenek pl. a *Grethe*, *Marzinowski*, *Weichselbaum*, *Honsell*, valamint a *Bunge* és *Trautenroth* ajánlotta különböző festési methodusok — cserben hagynak, miről összehasonlító vizsgálataim[1] révén ismételten meggyőződtem.

Ismeretes különben, hogy még a gümőbacillus savállósága sem mindig ugyanaz. *Klein* úgy tapasztalta, hogy lóvérsavón fejlődött, fiatal (6—12 napos) gümőbacillusok között akadnak egyesek, melyek csak kevéssé savállók („säureschwach“), ellenben idősebb tenyészeteken ez nem volt észlelhető. *Olschanetzky* patkány-bacillusa is idősebb tenyészetben savállóbb, mint fiatalban, s érdekes leirójának az a tapasztalata is, hogy ez a különben sem nagyon saválló bakterium burgonyán tenyésztve csak tíz napig tartja meg saválló tulajdonságát, tejben pedig teljesen elveszti. Más bakteriumok ellenkezőleg fiatal korukban savállóbbak; ilyen pl. *Möller* szerint a „Gras-bacillus II.“, s *Karlinski* szerint az e búvár leirta saválló bakterium is. E két utóbbi szerző állitását saját vizsgálataim alapján magam is megerősíthetem. A *lepra* bacillusáról is több búvár állitja, hogy ez a mikroba fejlődésének csak bizonyos szakában saválló *(Barannikow, Kedrowski)*, sőt *Barannikow* tovább is megy s azt mondja, hogy ez az „időszakos savállóság“ közös sajátsága az összes saválló mikroorganismusoknak, a mennyiben fejlődési cyklusuknak csak egy bizonyos phasisára vonatkoznék.

Némely bakterium savállóságának foka a szerint is változhatik, hogy a bakterium állati szervezetben tartózkodott-e vagy sem, sőt az állatfaj sem közömbös. Igy pl. *Karlinski* említi az ő saválló bacillusáról, hogy az állati szervezetből véve savállóbb, mint tenyészetből. *Besterew* s újabban *Feistmantel* vizsgálatai révén több streptothrix-fajról tudjuk s *Nocard* streptothrix farcinicáján, valamint a *Markl*-féle, bécsi piaczi vajból származó streptothrixen magam is tapasztaltam, hogy savállóságuk az állati szervezetben gyarapodik. De az ellenkezőre is van elég példa. Igy első sorban ki kell emelnem *Lubarsch*-nak és *Mayr*-nak azt az észleletét, hogy nemcsak a gümőbacillus és varietásai (b. tuberculosis piscium, b. tuberculosis avium, valamint a *Möller*-től kitenyésztett „Blind-

[1] A VIII. nemzetközi állatorvosi congressuson 1905. szeptember 5.-én megtartott előadás.

[1] l. Magyar Orvosi Archivum, 1903 áprilisi füzet.

schleichen-tuberculose"-bacillus), hanem a *Rabinowitsch*-féle vajbacillus, valamint a *Möller*-féle bact. phlei és a „Grasbacillus II." a *béka* szervezetében jelentékenyen veszítenek savállóságukból.

Békákon végzett vizsgálataim közben (melyeket *Lubarsch* és *Mayr* dolgozatának megjelenése előtt hajtottam végre) magam is úgy tapasztaltam, hogy a *Möller*-féle „Gras-bacillus II.", ugyane búvárnak tejből kitenyésztett saválló bacillusa és smegmabacillusa, valamint a *Korn*-féle bacillus friburgensis a béka szervezetében többé-kevésbé veszít savállóságából. Némelyik bakteriumnak savállósága úgy látszik más állatok szervezetében is csökkenhet. Egy-két esetben úgy tapasztaltam, hogy a *szürke egér* véréből agaron kitenyésztett bacillus friburgensis, valamint a *Möller*-féle „gyöngykórbacillus" jóval kevésbbé lett saválló, a mely különbség azonban már a második generatioban (ugyanabból a főzésből való agaron) eltünt. Hasonlót észleltem a *Marpmann*-féle saválló bacillusról is, mely tengerimalacznak hasüregéből kitenyésztve az első generatioban csökkent savállóságot tanúsított.

Ismeretes továbbá, hogy némely, az állati szervezetből frissen vett anyagban, valamint tenyészetében erős mértékben savállónak bizonyuló bakterium (pl. *Petri* és *Rabinowitsch* vajbacillusa) szövetmetszetben festve saválló tulajdonságát részben vagy teljesen elveszíti. E tapasztalat, melynek oka a szerzők egybehangzó véleménye szerint abban keresendő, hogy az alkoholban keményített szövetben foglalt bacillusok savállóságát az alkohol teszi tönkre, adott esetben a diagnosis megállapításában esetleg értékesíthető.

Lényeges különbségekre bukkanunk, ha a gümőbacillust és a hozzá hasonló saválló bakteriumokat mesterséges *tenyésztés* útján próbáljuk elkülöníteni. A fő itt röviden az, hogy míg a tuberculosis bacillusa mesterséges tenyésztőtalajainkon csak lassan és csak bizonyos hőmérsékleten fejlődik, addig a saválló bakteriumok legnagyobb része gyorsan és szobai hőmérsékleten is buján tenyészik, s a tenyésztőtalajt illetőleg sem oly követelő, mint a gümőbacillus. De siessünk megjegyezni, hogy e különbségek sem absolut értékűek. A bact. phlei az állati szervezetből kitenyésztve néha majdnem oly lassan fejlődik, mint a gümőbacillus; a mykobacterium lacticola δ friburgense s *Preisz* saválló bacillusa nemcsak lassan fejlődik, hanem szobai hőmérsékleten egyáltalában nem, vagy csak nagyon satnyán tenyészik. Továbbá tudjuk, hogy bizonyos tenyésztőanyagokon a gümőbacillus is rohamosan szaporodhatik (a madár tuberculosis 8 nap alatt már jókora telepeket alkot) s bizonyos, hogy hozzászoktatható ahhoz is, hogy alacsony hőfokon is szaporodjék. *Bataillon*-nak és *Terre*-nek sikerült az emlősök és madarak tuberculosisának bacillusát béka-passageokkal arra birni, hogy szobai hőmérsékleten tenyészszék. *Dubard* haltuberculosis-bacillusa, úgyszintén *Lubarsch* béka-gümőbacillusa (= emlősök gümőbacillusa békában tenyésztve) hidegvérü állatok testében szokott hozzá, hogy fejlődési hőmérsékletének optimuma 28—30° legyen; sőt *Möller* lábatlan gyíkot fertőzvén tüdővészes ember köpetével, úgy tapasztalta, hogy a belőle kitenyésztett gümőbacillus („Bacillus der Blindschleichentuberculose") 20°-on jól fejlődik, de 30°-on már egyáltalában nem szaporodik. Hogy folytonos mesterséges tenyésztés útján is reá lehet szoktatni a gümőbacillust, hogy szobai hőmérsékleten is fejlődjék: *Krompecher* is tapasztalta; hat éven keresztül mesterségesen tenyésztett gümőbacillusa 20°-on is szaporodott. Viszont magam meg azt tapasztaltam, hogy a haltuberculosis bacillusa fokozatosan hozzászoktatható az emlős állatok testének megfelelő hőmérséklethez s az emlősök gümőbacillusának sajátságait veszi fel. (E tárgyra vonatkozó vizsgálataimról máshol lesz szó.)

Más különbségek, melyek a gümőbacillus és a hozzá hasonló saválló bakteriumok tenyészete között feltünnek, ezek:

1. *Szín.* A gümőbacillus tenyészete többnyire szennyes-fehér vagy sárgás, ritkábban sárgás-vörös vagy barnás; a hozzá hasonló savállók tenyészetei ellenben élénkebb színüek, főleg a sárgának a vörösbe hajló árnyalatai dominálnak.

2. *Szárazság.* Az emlősök gümőbacillusának tenyészete mindig száraz, ellenben a madártuberculosisé, valamint a legtöbb más saválló bakteriumé nedves; azonban a madárgümőkór tenyészete olykor, a többi savállók egy részének tenyészete pedig rendszerint szintén száraz, nem lágy, nehezebben leemelhető és folyadékkal jól szét nem kenhető, azaz inkább törékeny, összeálló, mint az emlősök gümőbacillusa.

3. *Fény.* Az emlősök gümőbacillusának tenyészete fénytelen, a madártuberculosisé és a legtöbb más savállóé inkább fénylő. Kivételek itt is elég nagy számban vannak.

4. *Redősség.* A gümőbacillus tenyészetének sajátságos redősségét a hozzá hasonló saválló bakteriumok némelyike (például a *Marpmann*-féle bacillus, a *Möller*-féle „Grasbacillus II" stb.) frappansan utánozhatja, de csak idősebb tenyészetben, fiatal kultúrában efféle hasonlóság nincsen.

5. *Hártya.* Bouillonban tenyésztve a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok legtöbbje épen olyan, eleinte finom, később vastagabb, egyenetlen s durván redőzött hártyát alkot a folyadék felszinén, mint a gümőbacillus, csakhogy e hártya a gümőbacillus tenyészetében csak lassan fejlődik, ellenben a többi savállók gyorsan, már néhány nap alatt is hártyával vonják be a folyadék felszinét.

6. *Illat.* A gümőbacillus a mesterséges tenyésztőanyagokban kellemes illatú, aromatikus anyagokat termel, melyek szaga a lépes mézre emlékeztet, ellenben a hozzá hasonló saválló bakteriumok szaga — ha van — csípősebb, intensivebb, gyakran rohadó zöldségre emlékeztető.

Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy a mesterséges tenyészetek pontos megvizsgálása útján rendszerint elegendő támasztópontra akadunk a tekintetben, hogy a gümőbacillust a hozzá hasonló saválló bakteriumoktól megkülönböztethessük.

Möller olyankor, midőn köpetben vagy valamely más váladékban saválló bakteriumra akad, a melyről kétséges, hogy gümőbacillus-e vagy sem: a kérdés eldöntésére egy általa sikerrel használt tenyésztési próbát ajánl. Ez a próba azon a tapasztaláson alapul, hogy a gümőbacillust más bakteriumok jelenléte megakadályozza a mesterséges tenyésztőtalajon való fejlődésében, ellenben a legtöbb más saválló ennek daczára is buján szaporodik. Ha tehát a gyanús anyagból bouillonba oltunk, s a beoltott kémlőcsöveket 30°-on tartva úgy tapasztaljuk, hogy a saválló bakterium gyorsan elszaporodik: kétségtelen, hogy ez nem lehet gümőbacillus. Azt azonban még nem bizonyitja ez az eljárás, hogy a gyorsan szaporodó saválló bakteriumokon kivül nem volt-e jelen a gümőbacillus is, melyet a többi megakasztott fejlődésében, valamint nem szabad szem elől téveszteni azt sem, hogy vannak olyan más saválló bakteriumok is, melyek épen olyan lassan fejlődnek, mint a gümőbacillus s fejlődésükben más bakteriumoktól szintén visszatartatnak.

Kórnemző hatásukat tekintve a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok egy jó részének kórokozó tulajdonsága jelentéktelen, vagy csak bizonyos állatfajra vonatkozik, esetleg pedig csak akkor nyilvánul, ha a bakteriumtenyészettel egyidejüleg valami olyan anyagot (pl. sterilizált vajat, táblaolajat) is fecskendezünk a kisérleti állat hasüregébe, a mely a hashártyát izgatja és egyszersmind a beoltott bakteriumokat körülburkolva és így az állati nedvek baktericid hatásától megvédve, alkalmat ad nekik a megélésre, szaporodásra. Igy azután intensivebben hathatnak a szövetekre, különösen a hasüregnek ama részein, a hol a peristaltikus mozgás is csekélyebb. Más saválló bakteriumok ellenben magukban is súlyos, sőt halálos megbetegedést idézhetnek elő a kisérleti állatokon.

A kóros változások, melyeket a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok a fogékony állati szervezetben létrehozhatnak, gyakran már makroskopos vizsgálattal is könnyen elkülöníthetők a gümőkóros változásoktól (bőr alá fecskendezés után localis tályog, hasüregbe való fecskendezés után pedig rendszerint izzadmányos hashártyagyuladás vaskos felrakódásokkal és összenövésekkel); olykor azonban oly kórképet látunk, a bakteriumok előidézte álgümők annyira hasonlíthatnak a valódi tuberculumokhoz, hogy további vizsgálat nélkül véleményt nem koczkáztathatunk. Sőt még a szövettani lelet sem igazít mindig útba, mert igaz ugyan, hogy ez álgümőkben *Langhans*-féle sejteket nem mindig láthatni, de jelen lehetnek, s mint *Lubarsch*, *Hölscher* és *Mayer* beható vizsgálataiból tudjuk, a histologiai kép teljesen egyező lehet a valódi tuberculuméval, úgy hogy *Lubarsch* többek közt igy nyilatkozik: „Es ist völlig unmöglich, durch die histologische und mikroparasitäre Untersuchung — selbst wenn man das Alter der betreffenden Producte kennt — Timotheepilztubercel von echten

Tuberceln mit Sicherheit zu unterscheiden. Ausschliesslich durch die Cultur kann die Unterscheidung gebracht werden."

Az álgümők további sorsa azonban rendszerint különbözik a valódi gümőkétől, mert typusos elsajtosodás nem következik be vagy csak korlátolt mértékben, hanem vagy elgenyednek vagy pedig szervülnek, miközben a bennük levő bakteriumok is tönkremennek *(Hölscher)*. Az álgümők nagysága rendszerint arányos a befecskendezett bakteriumok mennyiségével. A kóros folyamat nak tovaterjedését a primaer góczokból, a mi a gümőkórnál rendes dolog, e bakteriumoknál nem észleljük: ezek csak mint localis gyuladást gerjesztők hatnak.

(A saválló bakteriumok kórnemző hatására vonatkozó részletesebb vizsgálatok tekintetében a Magyar Orvosi Archivum 1903. évfolyamában „A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokról" czímű, magyar nyelven, valamint a Centralblatt für Bakteriologie 1904. évi XXXVI. kötetének 3. számában megjelent „Beiträge zur Pathogenität der tuberkelbacillenähnlichen säurefesten Stäbchen" czímű dolgozatomra utalok.)

A felsoroltakból tehát kitünik, hogy habár a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumoknak a gümőbacillussal több közös sajátságuk van is: megfelelő, beható vizsgálat, kivált a tenyésztési próba útján a gümőbacillustól megkülönböztethetők.

Ezek után hátra van még, hogy néhány szót szóljunk a saválló bakteriumoknak a gümőbacillushoz való viszonyáról, a mely kérdés már eddig is sok vitát eredményezett s valószinüleg még sok vitának lesz előidézője a jövőben is.

A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok egymásnak közeli rokonai, de rokonai a gümőbacillusnak is, a melylyel — mint láttuk — sok közös tulajdonságuk van. Ezt a rokonságot a már említetteken kivül *agglutinatiós vizsgálatok* is támogatják.

Koch 1901-ben tette közzé ama vizsgálatainak eredményeit, a melyeket a gümőbacillussal immunizálási czélból oltott állatok vérsavójával végzett. E vérsavó, mely a gümőbacillusra erősen agglutináló volt, a diphtheria, pestis és typhus bacillusát, valamint a b. colit nem agglutinálta; azonban a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokon (vajbacillusok, *Möller* takarmányfübacillusai stb.) majdnem épen olyan erős agglutinatiós reactiót váltott ki, mint az emberi gümőbacilus. És viszont: a *Möller*-féle bacillusokkal immunizált állatok vérsavója nemcsak a gümőbacillusboz hasonló saválló bakteriumokat agglutinálta, hanem a gümőbacillust is. *Nobele és Bayer* szerint is a saválló vajbacillusokkal és haltuberculosis-bacillussal beoltott tengerimalacz és házinyúl vérsavója agglutinálja a gümőbacillust. Ebből pedig az következik, hogy mind e bakteriumok testében valami hasonló anyagnak kell jelen lennie, a mely az agglutináló vérsavóval szemben egyformán érzékeny.

De az agglutination kivül még egy másik dolgot is érdemes felemlíteni. *Zupnik* a német természetvizsgálóknak 1902. szeptember havában Karlsbadban tartott gyülésén a *tuberculin-reactioról* szóló előadásában vizsgálatai alapján arra figyelmeztetett, hogy a tuberculin-reactio nem absolut, specifikus jele a gümőkórnak, hanem csak „Gruppenreaction", mely nem szorítkozik egyedül a gümőbacillusra, hanem kiterjed a hozzá közel álló s ugyanazokat az anyagokat termelő bakteriumokra is. Szintén egy ok, hogy a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumoknak a gümőbacillushoz való közeli rokonságát feltegyük. *Zupnik* állításának helyességét *Feistmantel* nek az a tapasztalata is igazolja, hogy a streptothrix farcinicának a tuberculin módjára előállított mérge typusos tuberculin-reactiót vált ki mind a gümőkóros, mind pedig a streptothrix farcinicával oltott tengerimalaczokon.

A gümőbacillus és a hozzá hasonló saválló bakteriumok között való közeli rokonság mellett szól végül az is, hogy az utóbbiak kisérleti állatoknak *némi* védelmet adhatnak a gümőkóros fertőzés ellenében (*Klemperer*, *Möller*), sőt egyes szerzők épen ennek alapján nem is haboznak kimondani, hogy a gümőbacillus tulajdonképen nem is egyéb, mint parasitává lett saválló saprophyta, a hozzá hasonló, többé-kevésbé saprophyta saválló bakteriumok pedig külső körülmények következtében módosult gömőbacillusok. Véleményem szerint azonban ma még csak annyit van jogunk mondani, hogy e bakterium-csoport phylogenetikusan kifejlett sorozatában létezhetnek a gümőbacillushoz hasonló, hozzá igen közel rokon bacillusok, de a pathogenitás teljes fokát csak a tuberculois-bacillus érte el, mely utóbbinak degenerálás, visszafejlődés, vagy különböző állatfajokhoz való alkalmazkodás következtében különböző varietásai (emlősök, madarak, hidegvérüek tuberculosis-bacillusa) lehetnek; arra azonban, hogy saválló saprophyták gümőbacillussá átalakulhatnának: eddigelé semmi positiv bizonyitékunk nincs.

Végezetül nem mulaszthatom el, hogy még a *nomenklatura* kérdésével is foglalkozzam. E kérdés tisztázásra szorul. Némely szerző ugyanis a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokat „*pseudotuberculosis*" bacillusoknak nevezi. Ez helytelen dolog, minthogy a „*pseudotuberculosis*" elnevezés már olyan (külső jeleit tekintve különben hasonló) kórfolyamat jelzésére van lefoglalva, a melyet *nem saválló* bakteriumok idéznek elő. Épen úgy nem megfelelő a némely franczia szerző használta „*acidophil*" jelzés („*bactéries acidophiles*") sem, mely az „acidophil sejtek" analogiájára készült. Nem acidophilek e bakteriumok, hanem acidoresistensek! *Wrede*[1] ajánlata, hogy a pseudotuberculosist okozó nem saválló bakteriumokat „*Pseudotuberkulosebacillen*", a savállókat pedig egyszerűen „*Pseudotuberkelbacillen*" névvel jelöljék, miként a dolog természetéből következik, csupán *német* részről számithat elfogadásra. Más nyelveken ezt a megkülönböztetést megfelelően visszaadni nem lehet. Tévedések elkerülése végett és egyöntetüség, valamint rövidség szempontjából legczélszerübb volna, ha a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokat — miként *Potet* ajánlotta — egyszerüen „*paratuberculosis-bacillusok*"-nak neveznők.

Összefoglalás.

1. A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok felfedezésével a gümőbacillus kimutatása nehezebb feladattá lett, mint annakelőtte volt.

2. Morphologiai tulajdonságaik alapján csak azok a saválló bakteriumok különböztethetők meg a gümőbacillustól, a melyek mikroskopi képe feltünően különbözik a gümőbacillusétól (vagyis a nagyon kurta, vaskos, coccushoz hasonló saválló bakteriumok).

3. Nem ismerünk olyan festési reactiót, a melylyel a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokat absolut biztosan megkülönböztethetnők a gümőbacillustól.

4. A gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok nagy része tenyészeti sajátságai révén (főleg a gyors növekedés, a hőmérséklettel és tenyésztőanyaggal szemben való csekélyebb igények, valamint a színtermelés alapján) élesen különbözik a gümőbacillustól, de általánosságban itt is csak gradualis különbségekről szólhatunk.

5. Kisérleti állatokon észlelhető kórhatásukat tekintve általában lényeges különbségek mutatkoznak a gümőbacillus és a hozzá hasonló saválló bakteriumok között, azonban gyakran a kórkép hasonlósága e tekintetben is nagy óvatosságra int az esetek elbirálásakor.

6. A gümőbacilllushoz hasonló némely saválló bakterium annyira utánozhatja a gümőbacillus sajátságait, hogy csak összes tulajdonságaiknak szigorú összehasonlitása révén kölöníthető el. A legtöbb saválló bakterium azonban aránylag könnyen különíthető el a gümőbacillustól.

7. A gümőbacillus és a hozzá hasonló saválló bakteriumok sok közös tulajdonsága mindezen mikroorganismusok közeli rokonságára vall.

8. Ismereteink mai állása szerint csak annyit mondhatunk, hogy a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumok a gümőkór bacillusával rokon csoportot alkotnak, de ma még nem vagyunk feljogosítva, hogy őket saprophyta állapotban levő gümőbacillusoknak tartsuk.

9. Egyszerűség szempontjából és tévedések elkerülése végett czélszerünek látszik a gümőbacillushoz hasonló saválló bakteriumokat „paratuberculosis-bacillusoknak" nevezni.

[1] Ziegler's Beiträge z. Path. Anatom. 1903, XXVII., 3.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre.

Irta: *Steiner Pál* dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

III. A száj-garatür és a pofa rákos megbetegedése.

A pofán és a szájürben székelő rákok a legrosszabb indulatú carcinomák közé tartoznak, mert rohamosan infiltrálják a környező szöveteket és a táji nyirokmirigyeket. *Gussenbauer* kiemelte, hogy egész kicsiny és normalis tapintatú mirigyekben lehet már rákos gócz, tehát olyan mirigyek is gyanúsak a primaer daganat környékén, melyek makroskopice alig mutatnak elváltozást. De a nyirokerek keresztezett lefutása mellett nemcsak a primaer daganat székhelyének megfelelő oldalon betegesznek meg a mirigyek, hanem az ellenoldalon is. Ezt eseteink egy részében mi is tapasztaltuk. Ennek magyarázata abban rejlik, hogy az állalatti és submentalis mirigyeknek, melyekbe a pofa nyirokerei ömlenek, kivezető nyirokerei a mindkét oldali mély nyaki mirigyekbe ömlenek s igy megvan az alkalom arra, hogy a rákos sejtek itt megtelepedjenek, illetve embolikus úton tovaterjedjenek. Továbbá, mint azt *Pólya* és *Navratil* vizsgálataiból tudjuk, a nyirokerek a pofáról, a foghúsról a submaxillaris, submentalis, parotikus mirigyekbe, a felületes és mély nyaki mirigyekbe ömlenek, s a nyirokerek szoros összefüggésben vannak az alsó állkapocs csonthártyájával. *Küttner* szerint a szájfenék nyirokedényei a supraclavicularis mirigyekbe ömlenek s igy a ráksejtek tovavitelének medre igen tág körü. Ennek megfelelőleg gyakran láttuk, hogy a pofa nyálkahártyájáról kiindult rák reákapaszkodott az alsó állkapocs csonthártyájára s mindkét állalatti s nyaki tájon a nyirokmirigyek egész sorát infiltrálta. *Dollinger* tanár tapasztalata szerint a mély felső nyaki mirigyek is igen gyakran beszürődnek e rákfajoknál.

Az anamnestikus adatok közt 14 esetben halljuk, hogy a beteg erős pipás, dohányos, erősen bagózik, hogy a bagót azon pofafélben tartotta, melyen a rák utóbb fejlődött s igy gyakran találunk a fogakon szennyet, köveket, a nyálkahártyán leukoplakiát. Érdekes azon esetünk, midőn a 36 éves férfinál a rák azon pofafélen fejlődött, a melyben állandóan bagót rágott; vagy a másik esetünk, midőn a beteg fogfájása ellen marószert használt s az igy felétetett seben kezdett a rák burjánozni.

Hogy a pofa és szájüri rák nemcsak az öregkor betegsége, igazolja ama 24 éves férfibetegünk, kinél a bal lágyszájpad s mandula tyúktojásnyi daganattá fajult, valamint a következő táblázat:

24—30 év közt jelentkezett . . .	2 beteg
30—40 „ „ „ . . .	2 „
40—45 „ „ „ . . .	16 „
45—50 „ „ „ . . .	3 „
50—55 „ „ „ . . .	11 „
55—60 „ „ „ . . .	8 „
60—65 „ „ „ . . .	4 „
65—70 „ „ „ . . .	3 „
72 évvel jelentkezett	1 „
ismeretlen	2 „
Összesen . .	52 beteg

A megbetegedések nagy része tehát a 40—55 évek közé esik. Nemre nézve egy nő kivételével, kinél az arcus palato glossus, gingiva és pofa rákja volt jelen, mind férfi volt. A rák kiindulási helye volt

a foghús	9 esetben
a szájpad és mandola . . .	10 „
a pofa nyálkahártyája . .	33 „
Összesen . . .	52 esetben

33 pofarák-esetből 23-szor a bal pofafélen ült a bántalom.

A daganatok az esetek legnagyobb részében ki voltak fekélyesedve, a fekélyek a környezettel erősen összekapaszkodva, korona-gyermektenyérnyi terjedelműek, többnyire piszkos szövettörmelékkel fedettek voltak.

A baj fennállása és a klinika felkeresése közti idő 3 hét és 2 év közt váltakozott a következő elosztással:

1—3 hó közt	11 beteg jött
3—6 „ „	19 „ „
6—9 „ „	14 „ „
9—12 „ „	4 „ „
2 év	2 „ „
ismeretlen	2 „ „
Összesen	52 beteg jött.

Az operativ eredmény áttekinthetősége czéljából e fejezetet 3 csoportban tárgyaljuk:

a) A foghúsról kiindult rák.

A foghúsról kiindult rák 4 esetében végeztünk *radikalis* műtétet. 2 esetben az alsó állkapocs incisivusainak helyén ült a kifekélyesedett daganat, 2 esetben a felső állkapocs fogmedernyújtványán. Előzetesen a tájéki mirigyeket irtottuk ki vagy a *Kocher*-féle harántmetszéssel, vagy a *Dollinger*-féle **Z** metszéssel. A daganatok igen nagy kiterjedésüek voltak, úgy, hogy egy esetben a daganat tökéletes kiirtása végett az állkapocs kettéfürészelését *Sédillot* szerint, egy másik esetben a kóros állcsont partialis resectioját is végeznünk kellett előzetes carotis ext. lekötés, tracheotomia és garat-tamponade mellett; egy harmadik esetben a Stenon-féle vezeték resectioja is szükségessé vált.

Operativ mortalitásunk 1 esetben volt, midőn a beteg a felső állkapocs resectiója után bronchopneumoniát kapott. A bonczolat különben a pleurán is rákos metastasisokat mutatott ki.

Recidiva 2 esetben állott be 1—2 hó mulva. A recidiva e betegek halálát 3—4 hó után okozta.

Recidivamentes 1 eset. Ez egy 57 éves férfit illet, kinek felvételkor az alsó állkapocs metszőfogainak megfelelő gingiván a nyelvfék alatt két diónyi kifekélyesedett daganata volt. A műtét az állalatti tájak kitakarításából s az art. lingualis lekötése után az alsó állkapocs kettéfürészelésével szabaddá tett fekély kiirtásából állott. E beteg jelenleg, 7 évvel a műtét után, a mint irja, „kifogástalanul jól“ érzi magát s egyikét képezi ama ritka eseteknek, melyeket az irodalom feljegyez.

b) A pofarák.

Pofarák miatt 17 esetben végeztünk radikalis műtétet. A pofarák műtétének indicatióját *Dollinger* tanár tág körre szabja, a menynyiben a rákos álképlet kiirtásának javalatát tekintet nélkül az álképlet terjedelmére mindig felállítja, míg csak minden kóros rész eltávolítására remény van s a beteg nem olyan gyenge, hogy a műtétet előreláthatólag nem birja elviselni. Ezen indicatiót *Dollinger* tanár azon prognosis alapján állította fel, melynek különben a pofarákos beteg elébe néz. Egyfelől már a baj korai szakában nagyok a *fájdalmak*; később kifejlődik a *szájzár*, mely a beteg táplálkozását megakadályozza és meggátolja, hogy rákos fekélyének eves váladékától megszabaduljon s igy a beteg *septicus bronchopneumoniát* kap; továbbá a daganat átkapaszkodik a szájfenékre, nyelvre, garatra s igy *nyelési nehézségek* támadnak; majd áttör a bőrön s *profus vérzésekre* vezet. Ép ezért operálnunk kell, még ha a műtéttel egyebet sem érnénk el, mint hogy a beteg életét fájdalommentes szakkal nyújtjuk meg.

A pofarák kiindulási helye eseteinkben többnyire hátul volt a bucco-gingivalis redőben az alsó állkapocs felhágó ága előtt, de a betegek csak akkor jelentkeznek, midőn a pofa nyálkahártyáját a rákos fekély már nagy kiterjedésben elfoglalta.

Küster és *Mikulicz* szerint is a hátsó pofatasak a leggyakoribb kiindulási hely. Volt egy esetünk, midőn a rák a Stenon-vezeték papillája körül indult ki.

A műtéti eljárás klinikánkon abban áll, hogy — miként azt *Pólya* dr. műtőnövendék 1902-ben „A pofarák“-ról irt tanulmányában is kifejtette — nem tekinthetjük a rák kiirtását egyedüli feladatunknak, hanem a regionaer nyirokmirigyeket minden esetben eltávolítjuk. A mirigykiirtás oly esetekben, hol a pofacarcinoma kiirtása után keletkezett defectus pótlására előreláthatólag nem kellett nyaki lebenyekhez folyamodni, megelőzte a szájbeli műtétet, oly esetekben pedig, hol a nyakból pótló lebenyt

kellett készíteni, vagy a rák a nyak bőrére is kiterjedt, a pofarák eltávolítása után került a sor a mirigyek kiirtására.

Szabályt a pofacarcinoma kiirtásának módjára felállítani nem lehet, mert azt a rák székhelye és kiterjedése határozza meg, de minden esetben a legnagyobb radikalismussal jártunk el, úgy, hogy 4 esetben még az alsó állcsont resectioját is végeznünk kellett, annyira előhaladt volt a rákos folyamat. A plastikai eljárásunk sem volt egységes, hanem ott, a hol a nyálkahártyadefectust nem sikerült egyszerűen zárnunk, *Gersuny*, *Israel*, *Staffel*-féle plasticát végeztünk, melyeknek részletezését *Pólya* dr. fent említett tanulmányában olvashatjuk.

Eseteink közt voltak olyanok, melyek már másutt előzetesen kezelés allatt álottak, így egy esetben másutt már 5 ször végeztek paquelinezést; viszont volt esetünk, mely a 2 heti időközökben jelentkezett recidivák miatt nálunk 7-szer került műtét alá, s voltak olyanok, kiknél 2—3-szor végeztünk recidiva miatt műtétet.

17 esetünkből 10-nek további sorsa ismeretes. 7 esetben állott be recidiva, leginkább localis, bár 3 esetben sikerült megtudnunk, hogy tájéki áttétel is volt jelen. A recidiva 2 hét—1 év közti időben fejlődött s általában 6 hó—1 év közti időben a beteg halálához vezetett. Egy esetünkben azonban a pofáról a felső és alsó állcsont foghúsára reáterjedő daganat kiirtása után 2 év mulva jelentkezett a recidiva, midőn előzetesen ló arczon rugta. Ez váltotta ki a beteg hozzátartozóinak állítása szerint a daganat újbóli keletkezését, mely 1½ év mulva a beteg halálához vezetett.

3 esetben a műtét óta 3½—3 év telt el s a betegek recidivamentesek; egyik esetben személyesen is meggyőződhettünk ezen eredményről, 2 esetben a betegek irják, hogy „kifogástalanul“ érzik magukat. Ez esetekben a daganat 3—5—7 hó óta állott fenn s már korona—ötkoronányi terjedelemben ki volt fekélyesedve. Mindhárom esetben a primaer gócz kiirtását táji mirigykiirtás előzte meg.

Ha eredményeinket százalékban fejezzük ki és csak az ismert esetekre vonatkoztatjuk, úgy

recidivamentes 3 éven túl . . .	30%
recidivában elhalt	70%

Ha pedig az ismeretlen 7 esetet, mint recidivában elhaltat tekintjük, úgy

recidivamentes 3 éven túl . .	17·6%
recidivában elhalt	82·4%

Ez eredmény tehát a pofarákműtét távolabbi eredményeire is kielégítő, különösen ha tekintetbe veszszük, hogy mily tág körre szabjuk mi a pofarákműtét indicatioját.

Morestin az 1900. évi párisi congressuson definitiv gyógyulásról egyáltalában nem tud beszámolni, a mennyiben betegei 1½ éven belül mind elhaltak recidivában.

c) A szájpad és mandolák rákja.

A szájpad és mandolák rákos megbetegedésének 3 esetében végeztünk műtétet. 2 esetben haránt pofametszéssel, egy esetben az állkapocs felhágó ágának temporaer resectiojával (*Langenbeck* szerint) irtottuk ki a rákos fekélyt.

Operativ mortalitásunk egy esetben volt, midőn praeventiv vérzéscsillapitásul mindkét oldalon lekötöttük az a. carotis ext.-t. A halált az a. carotis ext. lekötési csonkjából az a. carotis int.-ba terjedő thrombosis és következményes emollitio cerebri okozta.

Egy esetben localis recidiva keletkezett 6 hó mulva, mely a recidiva megjelenése után 6 hó mulva halálhoz vezetett.

Egy esetben a bal tonsillán 4 hó óta fennálló és az arcus palato-glossusra is reáterjedő fekély volt jelen. A táji mirigyek előzetes kiirtása után harántpofametszéssel kiirtottuk a fekélyt s jelenleg a beteg, 3 évvel a műtét után, recidivamentes, a mint irja „jól“ van.

* * *

Ha a *szájüri rákokat*, t. i. a foghúsról kiindult (*A* csoport), a pofa (*B* csoport), a szájpad és mandolák (*C* csoport) rákjait összefoglaljuk, úgy azt látjuk, hogy 24 esetben történt radikalis műtét; ismeretes a továbbbi sorsa 17 esetnek. Ebből

Operativ mortalitás . .	2 eset
Recidivamentes 3 éven túl	5 eset
Recidivált	10 eset.

Ha ezen adatokat százalékban fejezzük ki s az arányszámot az ismert 17 esetre vonatkoztatjuk, úgy

operativ halál	11·8%
recidiva	58·8%
recidivamentes	29·4%

Ha pedig az ismeretlen 7 esetet recidivában elhaltnak veszszük, úgy

operativ halál . , ...	8·3%
recidiva	70·4%
recidivamentes	21·3%

IV. A nyelv és a nyelv alatti tájék rákja.

A nyelv és a nyelvalatti tájék rákját külön választani és külön tárgyalni nem lehetséges, mert a nyelven ülő primaer rákos gócz igen gyorsan infiltrálja a szájfenéket is. Eseteinkben akár a nyelvfékről, akár a nyelv hátáról vagy oldaláról indult ki a rák, legtöbbször már a szájfenék is rákosan beszürödött volt. *Sachs* szerint az esetek 37·9, *Meyer* szerint 40, *Winiwarter* szerint 45·4, *Wölfler* szerint 57·5%-ában a nyelv alatti tájék is be volt rákosan szürödve s így érthetővé válik, miért képezi a rákok közt a nyelvrák a legrosszabb indulatú csoportot. Ezen malignitas magyarázatát azon anatomiai viszonyok világítják meg, melyek a nyelv nyirokrendszerét jellemzik. *Küttner* vizsgálataiból tudjuk, hogy az egyik nyelvfél nyirokja mindkét oldali mirigyekbe eljut, hogy a nyelv és a környéki nyálkahártya nyirok edényei ugyanegy helyre vezetnek. Az elvezető nyirokutak nagy számban vannak jelen, köztük dús anastomosis áll fenn. A nyelv tájéki nyirokmirigyei számosak, a mennyiben a gland. submaxillares, cervicales profundae, linguales mind összeköttetésben állanak a nyelv nyirokútjaival. A nyelv főnyirokmirigye a vena jugularison ül a carotis oszlása magasságában; direkt nyirokútösszeköttetés áll fenn a nyelv és a supraclavicularis mirigyek közt. Ezen anatomiai viszonynak megfelelőleg láttuk, hogy egyik nyelvfélen székelő rák esetén mindkét oldal mirigyei rákosan infiltráltak, hogy egy esetben a nyelvgyök *bal* oldalán ülő ráknál a *jobb*oldali nyaki mirigyek voltak carcinomások.

A nyelv és nyelv alatti táj rákjával 38 beteg feküdt a klinikán. Nemre nézve 2 nő is volt közöttük. Hogy a nyelvrák a fiatalabb korban is előfordul, igazolja a mi statistikánk is, melyben 26 éves férfinál akadunk nyelvrákra. *Wölfler* 17 éves betegnél is észlelt nyelvrákot. A *kor szerint való eloszlást* a következő táblázat mutatja:

26 évvel jelentkezett				1	beteg
35—40 év közt jelentkezett . . .				1	„
40—45	„	„	„ . . .	4	„
45—50	„	„	„ . . .	3	„
50—55	„	„	„ . . .	12	„
55—60	„	„	„ . . .	6	„
60—65	„	„	„ . . .	7	„
65—70	„	„	„ . . .	4	„
Összesen . .				38	beteg

Tehát nyelvrákos eseteink leginkább az 50—55 év közt voltak.

Az anamnestikus adatok közt gyakran találjuk az *abusus in Baccho*-t és a *nikotinnal* való visszaélést. Gyakrabban kórosan elváltozott részekben lépett fel a rák, így egy esetben 6 év óta fennálló *szemölcs* képezte a rák kiindulási pontját, más esetben *harapás* okozta sebben keletkezett. Egy esetben *éles cariosus fog* surolta és izgatta a nyelvet hosszabb időn át; 2 esetben *lues* ment előre, ezek közül az egyik esetben a nyelv hegyén 1½ év előtt keletkezett seb antiluetikus kúrára gyógyult. Ezen hegben fejlődött 2 hó óta rák. Ez esetben a megejtett próbaexcisio is igazolta a makroskopikus diagnosist. Egy esetben nemcsak per continuitatem, hanem *per contactum* is terjedt a rák, a mennyiben a nyelv jobb oldalán ülő kifekélyesedett göbbel szemben a pofa nyálkahártyáján lépett fel rákos fekély.

Többször tapasztaltuk, hogy a rák környékén *leukoplakia* van jelen, a melynek aetiologiai fontosságára már *Volkmann* és *Billroth* figyelmeztettek, majd *Schuchardt*, legutóbb *Bozzi* utaltak e foltokra.

Az első 4 évben végzett 13 műtét szomorú statistikát ad. Ennek magyarázatát az esetek súlyosságában kell keresnünk, a

mennyiben kizárólag a nyelven székelő rákkal alig volt dolgunk, hanem már a nyelv egész környezete is be volt rákosan szűrődve. A nyelvrák műtéténél is minden esetben a tájéki mirigyek kitakarítását végezzük elébb. A nyelv amputatioját vagy a szájnak egyszerű tompa tágításával, vagy haránt pofametszéssel, vagy az alsó állkapocsnak *Langenbeck*-féle temporaer resectiojával, vagy az állkapocsnak *Sédillot* szerinti középen való átfürészelésével végeztük. Újabban *Dollinger* tanár lehetőleg kerüli a harántpofametszést és az állkapocs kettéfürészelését. Az elsődleges rákos góczot lehetőleg per os vagy pharyngotomia lateralis útján távolítja el, mert így a betegek táplálkozása és nyelése kevésbbé van megnehezítve s kevésbé kapnak a betegek nyelési pneumoniát.

Operativ halálozásunk a 13 műtét után 5 esetben volt: 2-szer nyelési pneumonia, 1-szer sepsis, 1-szer zsíros myodegeneratio cordis volt a halálok, 1 esetben pedig a nyak mélyében fejlődő genyes folyamat arrodálta az a. carotis ext.-t és a halál közvetlen okát profus elvérzés képezte. 8 beteg gyógyultan hagyta el a klinikát, de 1 éven belül, leginkább 5—6 hó után beállott localis és tájéki recidiva a betegek halálát okozta.

Mások eredményei a következők: *Winiwarter* 46 esetből 4-szer, *Kocher* (1881) 14 esetből 4-szer, *Krause* 37 esetből 3-szor észlelt 3 éven túli recidivamentességet. *Poirier* 5 esetből 2 esetben észlelt 33 illetve 22 havi recidivamentességet. *Binder* a zürichi klinikán 33 esetből 16-szor észlelt az első évben recidivát. *Mikulicz* 19 esetéből 14 meghalt 2 éven belül, *Czerny* 19 esetéből 12, *Krönlein* 33 esetéből 25 halt el rövidesen recidivában. E rossz eredmény láttára ajánlja *Wölfler*, hogy nyelvráknál a végleges gyógyulás mértékeül ne a trienniumot, hanem csak egy évet vegyünk, oly kevesen vannak, kik még e kort is megérik!

V. A gége rákos megbetegedése.

A gége rákjával 3 beteg feküdt a klinikán, mindhárom esetben a hangszálagokról indult ki a rák s így ez idő alatt csakis carc. intrinsicum-mal volt dolgunk, vagyis olyan rákkal, mely magában a larynxban localizálódik s a mely gyakoribb, mint a larynxon kivül a gégefedőn, a sinus pyriformisban székelő rákok. Két esetben a baloldali hangszálagokról indult ki a rákos folyamat, egyszer a jobb oldalról. A betegek kora 51, 55, 61 év volt, neme mindháromnak férfi. Az anamnestikus adatok közt egy esetben az abusus in tabaco-t leljük, minek következményekép évek óta fennálló gégehurut volt jelen, egy esetben 4 hó óta fennálló laryngitist hallunk.

A rák kiterjedése nem volt nagy 2 esetben. Egyik esetben a jobboldali valódi hangszalagról indult ki a rák és kevéssé átterjedt a bal gégefélre és a cartilago cricoidea-ra. Beszürődött mirigyek a nyakon nem voltak tapinthatók. Endolaryngealis próbaexcisio is megerősítette a rák kórisméjét. Ez esetben *Dollinger* tanár teljes gégekiirtást végzett 1900. október 31.-én. E műtét narcosisban előzetes tracheotomia nélkül történt. A beteg a műtét után teljesen jól volt s a *Bruns* által módosított műleges gégével távozott. A beteget *Dollinger* tanár a kir. Orvosegyesületben is bemutatta s e beteg jelenleg 5 évvel a műtét után teljesen jól van s a mint irja „enni, inni jól tud".

Egy másik esetben a baloldali hangszálagról kiindult rák már nagy terjedelmü volt, átterjedt a trachea két első felső porczgyürüjére s a gége egész ürege ki volt töltve daganattal, mely szövetileg carc. epitheliale-nek bizonyult. Ez esetben a totalis gégekiirtás után a beteg harmadnapra sepsisben halt meg.

A harmadik esetben a rák a baloldali valódi hangszálagon ült s *Dollinger* tanár itt partialis gégekiirtást végzett. E beteget *Dollinger* tanár gyógyulva mutatta be a kir. Orvosegyesületben 1901. január 22.-én.

Tehát 3 műtött beteg közül:

Operativ halál	1 eset
Recidivamentes 5 éve	1 eset
Gyógyultan távozott, de további sorsa ismeretlen . . .	1 eset

(Folytatása következik.)

Tárcza.

Uti jegyzetek.

II.

Berlin, 1905. julius havában.

Társadalmi egyesülések a közegészségügy szolgálatában. — A német „Vörös-kereszt" szerepe a tuberculosis elleni küzdelemben. A grabowseei sanatorium. Gondoskodás az ápoltak családjáról. Nappali, erdei üdülőhelyek. Munkaközvetités. Gyermekvédelem. — Berlin város saját tüdőbajos intézetei. — A berlini gondoskodó állomások. „Fürsorgestelle" és „Dispensaire".

A német munkásbiztosítási, különösen rokkantbiztosítási intézmény nagy közegészségügyi, valóban népfenntartó jelentőségének vázolása volt első levelem tárgya. Hogyha az ott kifejtettek az olvasóban azt a meggyőződést keltették, hogy a Németország népesedési mozgalmában oly feltünően megnyilatkozó közegészségügyi fellendülésnek tulajdonképeni alapját sociális törvényhozása képezi: úgy könnyü volna ezen meggyőződés támogatásául közvetlen szemlélés, tapasztalás, nemkülönben az idevágó irodalom alapján további adatok egész sorával szolgálni. A munkásbiztosítás közvetlen s közvetett eredményei áthatják a társadalom életének minden ágát, s annak olyan nélkülözhetlennek látszó természetes járulékát képezik, hogy az ezen kérdésekben kevésbé járatos német kartársaimat nem egyszer megleptem annak kijelentésével, hogy mi és (a mi vigasztalásunkra szolgáljon) velünk együtt az összes többi kulturállam a kötelező rokkantbiztosítás áldásos intézményét nélkülözzük, hogy annak csak rudimentuma a némely országban csak egyes iparágakat — különösen a bányászokat — illető kötelező biztosítás (Ausztria, Belgium, Francziaország) s csak halavány s hatásában messze elmaradó képmása a munkások facultativ rokkantbiztosítása (Anglia, Francziaország, Itália stb.). Ezen törvénybiztosította társadalmi szervezés talajából eredő nagy intézkedéseket — bármilyen ragyogó például szolgálnak is — oda, a hol a talaj még előkészítve nincs, közvetlenül átplántálni nem lehet. S ha a közegészségügy fejlődésének a mi viszonyaink között is számbajöhető tényezői után kutatunk, úgy az ezen téren működő szabad társadalmi egyesüléseket kell szemügyre vennünk. Ezek közül a legmesszebbmenő, legszélesebb keretü s czélszerü nagyszabású szervezésénél fogva legeredményesebb működést az az egyesülés fejti ki, a mely Europa összes népei között a politikai s faji ellentéteket áthidalva, a humanitas nevében egyszer s mindenkorra összekötő kapcsot teremtett: t. i. a „*Vörös-kereszt*" intézménye. A német vörös-kereszt egyesületek hivatalosan megállapított czélja a háború idején való közegészségügyi szolgálat támogatása s kiegészítése. Ezen feladat könnyen érthető módon a béke idején is nagy tevékenységet, előkészítő szervezkedést, a véderőhöz, hadi technikához, mozgósítási tervekhez való folytonos alkalmazkodást követel. Ehhez képest a „Vörös-kereszt" béke idején is közegészségügyi czélokra igénybevehető jelentékeny szellemi s anyagi eszközök — ápoló személyzet, kórházak, barakkok stb. — felett rendelkezik, a melyeket állandóan, avagy felmerülő szükség esetén készségesen bocsát közczélok szolgálatába. Igy jelentékeny mérvben működött közre a „Vörös-kereszt" járványok leküzdésében. Nagyon hasznosaknak bizonyultak a „Vörös-kereszt" vidéki betegápoló állomásai, a melyek a kielégitő orvosi gondoskodás hijján szüköldő vidékeken valóságos missiót teljesitenek s jelentőségük méltánylásaképen a rokkantbiztosítási intézetek hatbatós anyagi támogatásában részesülnek. Nagy és termékeny működési tér nyilt meg végre a „Vörös-kereszt" előtt, a midőn a tuberculosis elleni küzdelem sorompójába lépett. Az ezen téren való kezdeményezés, nemkülönben az első nehézségek leküzdése s az ezen irányú tevékenység folytonos kiszélesitése első sorban *Pannwitz* professor érdeme.

Intézmények és egyesülések egyéni energiák tömörülésén alapulnak, s felvirulásuk egyéni hivatottságon mulik. A széles látókör, fáradhatlan ügybuzgóság s bámulatosan biztos gyakorlati érzék az az egyesülése, a melynek az „Internationales Centralbureau" titkára valósággal példányképe, az ezen kérdések iránt érdeklődő külföldi előtt, a kinek mulhatatlanul első sorban Pannwitzhez kell fordulnia, nyomban felfoghatókká teszik a német tuberculosis elleni mozgalom nagy sikereit. *Pannwitz* 1895-ben egy improvizált barakk-kórházban tett tapasztalatai alap-

ján ajánlotta, hogy a „Vörös-kereszt“ Dökker-barakkjait már az elraktározással járó károsulás elhárítására bocsássa tüdőbajosok elhelyezése czéljából rendelkezésre. Ez az ajánlat lett a „Vörös-kereszt“ népsanatorium egyesülete megalakulásának kiindulópontjává s 1896 tavaszán a mai grabowseei gyógyintézet helyén már ott állott a 27 Dökker-barakkból s egy gazdasági épületből álló első „Vörös-kereszt“ népsanatorium. Azóta elsőrangú népsanatoriumok sora köszöni létesülését a „Vörös-kereszt“ tevékenységének.

A *grabowseei* sanatorium, a mely ma 190 beteg befogadására képes, három pavillonból s a szükséges melléképületekből áll, egyike a legrégibb német sanatoriumoknak, s külső dispositiojában, belső berendezésében, gazdasági s orvosi vezetésében egyaránt sympathikus s előkelő benyomást tesz. A jól ismert intézet részletesebb leirása felesleges volna, a mint hogy a sanatoriumok berendezése s müködése manapság már olyan általánosan ismertek, hogy legfeljebb a szokott normától lényegesebben eltérő különösebb intézkedések tarthatnak igényt feljegyzésre. Ilyen a grabowseei intézet felvételi állomása — Vorstation —, a melybe megfigyelés czéljából felvételekor minden beteg kerül. Itt ejtik meg az első orvosi, valamint a negativ eredmény esetén kétszer megismételt köpésvizsgálatot, s mérik három napon át kétóránként a testhőmérséket. Positiv bacilluslelet esetén a beteg nyomban át lesz téve a „bacillusos“ osztályra, vagy ilyen betegekkel közös szobára. Ha ellenben bacillus nem mutatható ki, akkor, ha a klinikai tünetek még olyan világosak is, a beteg az ismert Koch féle séma szerint 0·001—0·01 gm.-mal tuberculinpróbának vettetik alá, s csak ennek positiv eredménye esetén marad az intézetben, még pedig annak tisztán bacillusnélküli betegek számára szolgáló (egy volt ápolt emlékére, annak hozzátartozói által alapított) Hans Boehm pavillonjában, vagy bacillusmentes szobában.

A bacillusokat ürítő s az azoktól ment betegek egymástól való lehető elkülönítése olyan intézkedés, a melyet a reinfectio ki nem zárható lehetőségének számbavételével csak helyeselni lehet. Meglepő s a kritikát kihivó eljárás ezzel szemben a tuberculinoltás a zárt, de egyébként kétségtelen tüdőgümőkór minden esetében. Az ilyen oltás nem egészen indifferens beavatkozás, s ezért diagnostikai czélból való igénybevétele csak olyan esetekben jogosult, a hol kétség forog fenn. Csakugyan kételkedés a motivuma a tuberculin alkalmazásának a grabowseei s ezenfelül még egy sor német intézetben. Csakhogy ez a kételkedés nem a sanatoriumi orvosokban támad — hiszen a gyakorlott vizsgáló az esetek legnagyobb részében a zárt, kezdődő tuberculosist tuberculinoltás nélkül is a klinikai tünetek alapján kellő biztonsággal képes megállapítani —, de a sanatoriumi kezelés szigorú kritikusai által jutott újból s újból megnyilatkozásra, néha azon túlzó állítás alakjában, hogy a legkönnyebb eseteket hajhászó sanatoriumok elvégre részben nem is gümős betegeket, csak hajlamos, részben gyenge testalkatú egyéneket kezelnek.

Ezen biztosan alaptalan állítás megdöntésére szolgál a próbaoltás. Kiterjedtebb alkalmazása egyébként hasznot hajtott annyiban is, hogy újból előtérbe hozta a tuberculin-készítmények úgy diagnostikai, mint főleg therapiai alkalmazásának kérdését.

Hogy a német népsanatoriumok anyaga milyen könnyű esetekből tevődik össze, azt Grabowseeben is láttam, a hol pl. *Thieme* főorvos osztályán, a ki az intézet ügymenetéről részletesen volt szíves informálni, az utolsó 5 hét folyamán ágyban fekvő beteg nem volt; egyéb intézetektől eltekintve, a betեganyag átvizsgálása alapján Beelitzben is ugyanazt láttam. *Beelitz* a berlini országos biztosító intézet intentioihoz képest a betեganyag kiválogatásában a legszigorúbb elveket követi; az I. stadiumban levő, zárt, bacillusokat, sőt köpést sem ürítő betegek képezik a nagy többséget; de itt is alig láttam olyan esetet, a hol az anamnesis s a physikalis lelet együttesen nem volnának elegendők a diagnosis biztosítására. A tuberculin ez idő szerint csak gyógyítási czélból van alkalmazásban.

A grabowseei intézetre vonatkozólag további részletek feleslegesek; ellenben nagy érdeklődésre tarthatnak számot azok a pótló intézkedések, a melyeket a „Vörös-kereszt“ az ott ápoltak és családjuk érdekében az utóbbi évek folyamán szervezett. Ezen intézkedések összességükben oda törekesznek, hogy mindenki, a ki a grabowseei intézetben kezelésben részesült, a míg csak oltalomra szorul, családostól a „Vörös-kereszt“ védő szárnyai alatt maradjon, s elháríttassék az elért gyógyeredmény leromlása, a hozzátartozók fertőztetése, vagy — a mennyiben azok máris betegek — a betegségnek idején való kezelés hijában való előrehaladása. A „Vörös-kereszt“ népsanatorium-egyesület ezen *Stürtz* által nagy körültekintéssel szervezett „gondoskodó osztályának“ (Abtheilung II., Familienfürsorge) tevékenysége tisztán a grabowseei s mindjárt említendő hohenlycheni intézetek ápoltjaira s azok családjaira szorítkozik. A programm kivitelében nagyjából a következő eljárás honosult meg. Az ezen czélra alkalmazott három testvér egyike felkeresi a felvételre került beteg családját s alaposan informálódik annak egészségi, anyagi s lakásviszonyai stb. felől. A mennyiben a családtagok nincsenek más orvos kezelésében (a kivel ezen esetben a gondoskodó osztály összeköttetésbe lép), mindnyájan az egyetemi belgyógyászati, illetve gyermekgyógyászati poliklinikán orvosi vizsgálat alá kerülnek. Az ilyen módon megállapított könnyű tuberculosis-esetek a biztosító intézet, betegsegélyző pénztár, jótékony egyesületek, városi szegényigazgatóság lehető igénybevételével s szükség esetén a „Vörös-kereszt“ saját költségén sanatoriumba menesztetnek, súlyosabb esetek, a mennyiben szükséges s lehetséges, kórházba, nappali üdülőhelyekre, gyermekek a hochenlycheni intézetbe vagy a schönholzi nappali gyermeküdülőhelyre, szükség esetén kórházba. A hol a beteg családjából ki nem vonható, megtörténnek a fertőzéstől óvó szükséges intézkedések, s ha ezek a nyomorult lakásviszonyok miatt kivihetők nem volnának, ezek lehető megjavítására irányul a törekvés. Lakás- s ruhadesinfectiót az osztály ajánlatára ingyen végez a városi hatóság A gondoskodás alá vett családok jelentkezésük s a testvérek időnkénti látogatása révén továbbra is — természetesen a sanatoriumban ápoltnak hazatérése után is — ellenőrzés alatt maradnak. „Azon tapasztalatok, a melyeket a családokban a hygienés tanácsok követését illetőleg szereztünk — irja *Stürtz* —, igen jók. Gondoskodó tevékenységünket lényegesen könnyíti s előmozdítja azon körülmény, hogy gondoskodási körünk családjai mintegy közös nagy család tagjaiként tekintik magukat, s a grabowseei s lycheni intézetekhez való ragaszkodásukban sokkal fogékonyabbak s engedékenyebbek mindazon egészségi rendszabályokkal szemben, a melyek az ezen sanatoriumokkal társult gondoskodó osztályunkból indulnak ki.“ A betegekkel s családjukkal való — a mint e sorok irójának is volt alkalma meggyőződni — csakugyan benső kapcsolat a sikeres működésnek bizonyára fontos feltétele. Ezen psychikai momentumnál persze még sokkal lényegesebb feltétel, hogy a gondoskodás anyagi kellékei adva legyenek. A sanatoriumi kezelés indicatiojának megállapítása s a beteg beleegyezésének megnyerése könnyű dolog, ellenben — daczára a költségek fedezésére hivatott nyilvános s magános tényezők irigylést keltő jelentékeny számának s nagy anyagi erejének s a rendelkezésre levő gyógyintézeteknek — az esetek elhelyezése igen gyakran, legalább „egyelőre“ el nem érhető, s ha nem véglegesen, legalább ideiglenesen másként kell gondoskodni róluk. A súlyosabb esetek elhelyezése pedig, minden egyébtől eltekintve, már a kórháztól való idegenkedés miatt is nehéz. A lakásviszonyok megjavítása végre épen a világvárosok lakásmizeriáit nagy mértékben mutató Berlinben csak nagy anyagi áldozatokkal s nehezen lehetséges. Ezen nehézségekkel szemben a gondoskodó osztály (nemkülönben a széles körben hasonló tendentiával működő berlini gondoskodó állomások) igen gyakran béna tétlenségre volna kárhoztatva, avagy a valódi segélynyujtás nélkül kétes értékű tanácsadásokra volna kénytelen szoritkozni, ha nem állana egy olyan intézmény rendelkezésére, a mely csekély anyagi áldozat árán nyujt, könnyű és súlyos esetekben, felnötteknél s gyermekeknél egyaránt, ha nem is radikalis segélyt, legalább jelentékeny enyhítést. A *nappali üdülőhelyek* bár egyre terjedő, de jelentőségükhöz képest kellőleg még mindig nem méltányolt intézményét értjük. A ki betekintést nyer a Vörös-kereszt gondoskodó működésébe, s még inkább a ki a Charitébeli Fürsorgestelle esti rendelőórájának a töménytelen tennivalónál fogva a szemlélőt kezdetben zavarba ejtő nyüzsgését figyelemmel s türelemmel végignézi, abban megérlelődik a meggyőződés, hogy ezen intézmények működése az üdülőhelyek nélkül szinte

lehetetlen volna. A „Walderholungstätte“ az a hely, a melyben a tüdőgümőkór akármilyen stadiumú betege elhelyezhető, s a hol az elhelyezés minimalis költségei fedezésére mindig akad teherviselő.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az appendicitis korai műtétének kérdése.

Közli: **Steiner Pál** dr., mütőorvos.

Irodalom. 1. *Albu:* Zur Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis. Deutsche med. Woch. 1905. 25—26. sz. — 2. *Arnsperger:* Der günstigste Zeitpunkt der Appendicitisoperation (Czerny-klinika). Deutsche med. Wochenschr. 1905. 20. sz. — 3. *Boas:* Ueber die Diagnose und Therapie der chronischen Perityphlitis. Vortrag gehalten im Verein für innere Medizin. 1905. május 15. — 4. *Dollinger:* A féregnyújtványgyuladás korai sebészeti gyógykezelése. Orvosi Hetilap. 1903. 722. l. — 5. *Dörfler:* Weitere Erfahrungen über Appendicitis mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation. Münchener med. Wochenschr. 1905. 17—18. sz. — 6. *Haberer:* Beitrag zur Appendicitisfrage (Eiselsberg-klinika). Arch. f. klin. Chir. 1905. 76. k. 1—2. f. — *Hagen:* Erfahrungen in der Appendicitisfrage am städtischen Krankenhause zu Nürnberg. Beiträge zur klin. Chir. 1905. 46. k. 1. f. — 8. *Israël:* Erfahrungen mit der Operation der akuten Epityphlitis. Diskussion am 12. November 1904 in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“. — *Karewski:* Ursache, Verhütung und Behandlung des perityphlitischen Anfalls. Vortrag am 20. Februar 1905. im Verein für innere Medizin Berlins. — 10. *Klemm:* Zur Frage der Frühoperation der Appendicitis. Mittheilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. 1905. XIV. k. 5. f. — 11. *Körte:* Ueber den günstigen Zeitpunkt des operativen Einschreitens bei der Wurmfortsatzentzündung. Archiv f. klin. Chir. 1905. 77. k. 3. f. — 12. *Kraus:* Über die Diagnose und Therapie der chron. Perityphlitis. Diskussion im Verein f. innere Medizin Berlins. 1905. május 15. — 13. *Krogius:* Über die Frühoperation bei akuter Appendicitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1905. 78. k. 4—6. f. — 14. *Kuttner:* Über einige praktisch wichtige Fragen zum Kapitel der Appendicitis (Ewald-klinika). Berliner klin. Wochenschr. 1905. 39. sz. — 15. *Kümmell:* Erfahrungen über 1000 Operationen der Appendicitis. Deutsche med. Wochenschrift. 1905. 16—17. sz. — 16. *Lennander:* Meine Erfahrungen über Appendicitis. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1904. XIII. köt. 3. füzet. — 17. *Michaelis:* Die operative Behandlung der Perityphlitis (Trendelenburg leipzigi klinikája). Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1905. 77. k. 4—6. f. — 18. *Moore:* When not to operate for appendicitis. The journ. of the American med. Assoc. 1905. junius 24. — 19. *Müller Kálmán:* Az appendicitisről. A XI. szünidei orvosi cursusban 1905. junius hó 1-jén tartott előadás. — 20. *Payr:* Discussion am XXXIV. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1905. április 26—28. — 21. *Rehn:* Diskussion am XXXIV. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chir. 1905. április 26—28. — 22. *Renvers:* Wann soll bei Perityphlitis operiert werden? Mediz. Klinik. 1905. 20. sz. — 23. *Riedel:* Über den Zickzackschnitt bei der Appendicitisoperation. Deutsche med. W. 1905. 37—38. sz. — 24. *Riese:* Erfahrungen mit der Operation der acuten Epityphlitis. Diskussion in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“. 1904. november 12. — 25. *Rosenheim:* Über die Diagnose und Therapie der chron. Perityphlitis. Diskussion im Verein f. innere Med. Berlins. 1905. május 15. — 26. *Rotter:* Erfahrungen mit der Operation der akuten Epityphlitis in den ersten 48 Stunden. Deutsche med. W. 1905. 8—9. sz. — 27. *Schmitz:* Über den gegenwärtigen Stand der Perityphlitis-Frage, insbesondere über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens. Berliner Klinik. 1905. május. 203. sz. — 28. *Schnitzler:* Diskussion am XXXIV. Congress der Deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. 1905. április 26—28. — 29. *Silbermark:* Diskussion am XXXIV. Congress der Deutschen Ges. f. Chir. 1905. április 26—28. — 30. *Sonnenburg:* Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 1905. — 31. *Sonnenburg:* Erfahrungen mit der Operation der akuten Epityphlitis. Diskussion in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“. 1904. november 12. — 32. *Sprengel:* Diskussion am XXXIV. Congress der Deutschen Ges. f. Chir. 1905. április 26—28. — 33. *Treves:* The prospects and vicissitudes of appendicitis after operation. Brit. med. journ. 1905. 2305. sz.

Alig van a pathologiának fejezete, melylyel az orvosi tudomány az utóbbi időben annyit foglalkozott volna, mint az appendicitis. Közel 2000 czikk jelent meg, melyek a féregnyújtványgyuladás pathologiájával, bakteriologiájával, therapiájával foglalkoznak, melyek ezen változatos kórkép lehető egységes gyógyítására törekszenek. Régebben a kérdés az volt, belgyógyászati vagy sebészeti megbetegedés e az appendicitis? A belgyógyászok statistikája 96% gyógyulást mutatott ki minden sebészi beavatkozás nélkül, a sebészek pedig maguknak vindikálják ezen szövődményeiben oly gyorsan végzetessé váló betegséget. Az idők változnak, sok symptoma helyes magyarázatra talál, a kérdés más irányba terelődik, melynek súlypontja nem a sebészi beavatkozás jogosultsága, hanem a beavatkozás idejének helyes megválasztása; a kérdés ma az, hogy *mikor, mely szakban operálandó az appendicitis?*

Az 1899.-i sebészeti congressuson, midőn *Rehn, Rose* és *Sprengel* a korai műtét mellett emeltek szót, csekély volt azoknak a száma, a kik ezen irányzat mellé csatlakoztak. Csak 1901 óta terjed a korai műtétet követelők száma, csakhamar felhangzik *Riedel* „allerfrüheste Frühoperation“ jelszava, *Riese, Payr, Karewski* csakhamar hívei lesznek a korai műtétnek s ez idő óta alig van congressus, mely e kérdéssel ne foglalkoznék. Az ezidei sebészcongressus, a londoni „Royal medical and chirurgical society“, a berlini sebészeti egyesületek mind beható tárgyalás alá vették a beavatkozás időpontjának kérdését, az I. nemzetközi sebész-congressuson Bruxellesben (1905. szeptember 18.-án) *Sonnenburg* referált a vérvizsgálat szerepéről a sebészetben, midőn is különös tekintettel volt az appendicitisre és a leukocyták számából akart a beavatkozás helyes időpontjára következtetni. Tehát látjuk, hogy az egész vonalon lázas munkálkodás folyik s reméljük, hogy ennek eredményeként a higgadt és kellően mérlegelt helyes álláspont diadalra fog jutni.

Ezen kis dolgozat czélja ismertetni úgy a belgyógyászoknak, mint a sebészeknek álláspontját a korai műtét kérdésében, midőn is nem terjeszkedem ki a mult évek irodalmára, hanem csak a jelen év közléseiről és vitáiról óhajtok referálni.

Rotter az utolsó 1½ év alatt a berlini szt. Hedwig-kórházban az első 48 órában 65 esetet operált. A korai műtét alapján meggyőződött arról, hogy 15 esetben makroskopice nem volt elváltozás konstatálható és mégis mikroskopice a submucosában és muscularisban lymphangoitis, itt-ott genyes, lágyulásos góczok, sőt a nyálkahártya gangraenája voltak megállapíthatók. Továbbá 19 esetben tiszta savós vagy zavaros savós izzadmány, 22 esetben híg genyes vagy tiszta genyes exsudatum komplikálta a kórképet; tehát klinice könnyü symptomák mellett súlyos elváltozások rejlhetnek; az első 48 órában nem tudjuk az eset súlyosságát biztosan felismerni, ezért szükséges a könnyü eseteket is azonnal operálni. Hogy ezen álláspontja helyességét bizonyítsa, párvonalba állítja a régi várakozó gyógyeljárás szerint kezelt 194 esetet a 48 órán belül operált újabb eseteivel. A régi 194 esetből műtét nélkül kezelt 93 esetet, ezekből meghalt 2 = 2·5%; körülirt tályoggal operált 50 esetet 5 mortalitással, a mi 10%-nak felel meg; diffus hashártyagyuladással operált 51 esetet 24 halálozással, a mi 54%-nak felel meg. A 48 órán belül végzett műtéteknél 65 esetből 9 halálesete volt, a mi 13%-nak felel meg, még pedig az izzadmány nélküli esetekből (20) meghalt 1 pneumoniában; a zavaros serosus izzadmánynyal komplikált esetekből (21) meghalt 2, a mi 10%-nak felel meg; a genyes exsudatumos esetekből (22) meghalt 6, a mi 27%-kal egyenlő.

Ezen adatok összehasonlításakor tehát azt látjuk, hogy 1. *szabad genyes peritonitis* esetében a halálozást az első 48 órában végzett műtét felényire szállítja le; még kedvezőbb az eredmény, ha az első 24 órában operálunk, mert akkor a viszonyok kedvezőbbek, a szövődmények ritkábbak, a mennyiben az első 24 órában operált 30 esetből csak 2-ben volt szabad genyes izzadmány, míg a második 24 órában operált 20 esetből már 10 esetben volt genyedés jelen; 2. *savós vagy zavaros izzadmány esetében* az első 48 órában végzett műtéttel jelentékenyen megrövidítjük a gyógytartamot. Műtét nélkül ez esetekben többnyire körülirt periappendicularis tályog képződnék, melynek mütevése után körülbelül csak 6 hét mulva lehetne egy második operatioval az appendixet eltávolítani s még mindig fenyegetne a hasfali sérv, melynek gyakoriságára legutóbb *Riedel* hivta fel a figyelmet s a melynek elkerülésére egy új zeg-zugos metszést ajánl. 3. *Az izzadmány nélküli simplex esetekben* a roham elején végzett műtéttel anticipált radikalis operatiót végzünk a beteg életének veszélyeztetése nélkül. 4. Ha a beteg *az acut rohamban az első 48 órát túléli,* úgy a helyes eljárás a várakozás. 5. *Diffus peritonitis* esetén rögtön operáljunk, a 3. napon már 80% a halálozás. 6. *Körülirt tályogoknál* a láz az irányadó momentum; ha a hőmérsék a 4. napon még megközelíti a 39° C.-t, úgy operáljunk; ha 38·5° C.-on nem emelkedik túl, úgy várjunk 8—10 napig; ha ezen

időre sem száll le a hömérsék, úgy a tályog már csak ritka kivétellel szívódik fel, ezért indikált a mütét.

Első áttekintésre *Rotter* eredményei nem kielégítők, főleg ha *Sprengel* statisztikáját veszszük tekintetbe, mely szerint 52 esetből csak 3 operativ halálozása volt, a mi 6%-nak felel meg. De vegyük tekintetbe, hogy *Rotter* esetei súlyosabbak voltak, mert 22 esete volt szabad genyes exsudatummal, míg *Sprengel* nek csak 11; *Rotter* nek 6, Sprengelnek 3 mortalitása volt, tehát a látszólagos rosszabb eredmény kiegyenlítődik, ha ezen szempontokat nem tévesztjük szem elől.

Israël szerint sem nyujtanak a klinikai tünetek tájékozást a hasürben végbemenő elváltozások megitélésére. Ezért minden esetet a *korai szakban* operál, bár tudja, hogy 100 esetből 80 esetben beavatkozás nélkül is gyógyulást érne el, de nem tudja az adott esetben, hogy a beteg ama 80 közé tartozik-e, kik mütét nélkül is gyógyulnak. Ezért ha mind a 100 esetet meg akarja menteni, úgy mind a 100 esetet meg kell operálnia, mert sohasem tudjuk, hogy még a látszólag „könnyü“ esetekben is nem áll-e be a következő órában a katasztrófa. Ezért a „generalis korai operatio“ híve. 185 esetről számol be.

Az első 48 órában 48 esetet operált, egy operativ halálozással (diffus peritonitis), a mi 2% mortalitásnak felel meg. Ezen esetek nem voltak könnyü esetek, voltak közöttük a féregnyújtvány teljes vagy részleges gangraenája, perforatio, genyes retentio, ulceratiók, a melyek ilyen súlyos anatomiai laesiók daczára egyáltalában nem fenyegető kórképpel jelentkeztek.

A 3—14. napon belül 37 esetet operált 16 halálozással, a mi 43·2% mortalitásnak felel meg; ez esetekből 14 esetben már diffus genyes peritonitis volt jelen és ez a körülmény mutatja a korai és késői beavatkozások közti nagy különbséget. Míg az első 48 órában operáltak (48) közt csak 13 esetben volt progrediáló peritonitis jelen, operativ halálozás pedig 1 esetben = 6 1%-ban volt, addig 48 órán túl genyes peritonitis-sel operált 14 esetből meghalt 13, a mi 92·8%-nak felel meg.

Az intervallumban 100 esetet operált, operativ halálozása nem volt, miért is a roham lezajlása után feltétlenül ajánlja az intervallum-mütétet.

Ezen tapasztalatok után *Israël* oda concludál, hogy ne irányítsuk mütéti beavatkozásainkat csalóka symptomák után, hanem járjunk el praeventive, az obligatorius korai mütét legyen a jelszó.

Karewski szerint az à froid szakban való operálást czélzó törekvés gyakran a beteg életébe kerül, a roham egyetlen rationalis kezelése a féregnyújtvány korai eltávolításában állhat. Az első 48 órában 39 esetet operált 2 mortalitással, az egyik esetben a mütét idejében már megvolt a diffus peritonitis, a másik esetben septikus nephritis, mely szintén a mütét előtti keletü volt, okozta a halált. Hogy mennyire fontos a korai beavatkozás, igazolja a féregnyújtvány anatomiai állapota, a mennyiben 9 esetben körülirt vagy teljes gangraenát mutatott, 6 esetben perforatio, 20 esetben csak duzzadás, 4 esetben pedig jelentéktelen elváltozás volt jelen. A korai mütét helyessége mellett szól továbbá azon megfigyelése, hogy 26 beteg közül, kik az első 48 órában a mütétbe nem egyeztek, meghalt 7, a többi, 4 eset kivételével, végre mégis mütétre került vagy az intervallumban, vagy később, kedvezőtlenebb körülmények között. A korai mütét mellett szól, hogy könnyü lefolyásúnak igérkező 23 esetben diffus peritonitis csatlakozott a kórképhez, 11-nél már be sem avatkozott, 12-t megoperált, melyek közül csak 4 gyógyult.

Riese szintén a korai mütét híve az ismert indokok alapján, melyekhez még azt csatolja, hogy a betegek a fájdalmas roham alatt könnyebben egyeznek mütétbe, mint a roham lezajlása után. Az első 48 órában 46 esetet operált, még pedig 4 esetet az első 24 órában. 17 esetben már a mütétkor diffus peritonitis volt jelen, s ezek közül meghalt 3 eset. Az operativ mortalitás tehát 6·5%. A 3. napon operált 22 esetből meghalt 7 eset, a mi 31·8% halálozásnak felel meg.

Kraus, a berlini belgyógyászati tanszék professora szerint minden appendicitist a sebészhez kell átutalni; a korai mütét lelkes híve, s ez annál inkább kiemelendő, mert épen a belgyógyászok körében akadunk leginkább a korai mütét ellenzőire.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

A. Onodi: Die Nebenhöhlen der Nase. Wien, 1905. Alfred Hölder.

Onodi tanár több évi szorgalmas munka eredményét nyujtja az olvasónak ez atlaszban, mely 124 táblán természetes nagyságban tünteti fel nyílirányú, frontalis és vízszintes átmetszeteken az orr melléküregeinek viszonyait. Az irodalomban tudtunkkal ily atlasz még nincs — Zuckerkandl ismert monographiája atlasznak nem nevezhető —, s igy szerző valóban hasznos és hézagpótló munkát végzett; müvének egyaránt hasznát veendi az anatomus a sebész, a szemész és különösen az orr- és fülspecialista. Onodi tanár ez atlasza méltó kiegészitése az orrüreggel foglalkozó, már régebben megjelent müvének, melynek ábráinál a jelen mü képei azonban sokkal tökéletesebbek. Valamennyi ábra photographia után készült; a reproductio módja kitünő és díszére válik a Franklin társulat graphikai mühelyének. Az ábrák közül különösen érdekesek azok, a melyek Killian módszere szerint készült praeparatumokat tüntetnek fel, valamint a Röntgen-képek s a mütéttani ábrák.

A mü kétségtelenül gazdagodását jelenti az anatomiai és rhinologiai irodalomnak. Örvendhetünk, hogy e hézagpótló munka végzésére magyar tudós vállalkozott, s hogy feladatát oly sikeresen oldotta meg. *Lenhossék Mihály.*

Uj könyvek. *H. Davidsohn*: Die Technik der physikalischen Heilmethoden. I. Theil: Die Technik der Hydrotherapie. Berlin, A. Hirschwald. — *R. Zsigmondy*: Zur Erkenntniss der Kolloide. Über irreversible Hydrosen und Ultramikrologie. Jena, G. Fischer. — *Leyden* und *Pfeiffer*: Verhandlungen des XXII. Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *C. Beck*: Amerikanische Streiflichter. Berlin, L. Simion's Nf. — *E. Lexer*: Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. II. Band. Stuttgart, F. Enke. — *F. Schilling*: Das peptische Magengeschwür mit Einschluss des peptischen Speiseröhren- und Duodenalgeschwüres. Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung. — *Aronsohn*: Allgemeine Fieberlehre. Berlin, A. Hirschwald. — *G. Vorberg*: Kurpfuscher, eine zeitgemässe Betrachtung mit einem Vorwort vom Prof. Sahli. Leipzig, F. Deuticke. — *J. Pagel*: Grundriss eines Systems der medizinischen Kulturgeschichte. Berlin, S. Karger. — *S. Türkel*: Psychiatrisch-kriminalistische Probleme. Leipzig, F. Deuticke. — *Pirquet* und *Schick*: Die Serumkrankheit. Leipzig, F. Deuticke. — *H. Boit*: Einfache und sichere Identifizierung des Typhusbacillus. Jena, G. Fischer. — *W. Heepke*: Die Kadaververnichtungsanlagen. Halle a. S. C. Marhold. — *M. Jouaust*: Les traitements des entérites. Paris, Baillière et fils. — *E. Reginald Morton*: Essentials of medical electricity. London, H. Kimpton. — *W. M. Welch* and *Jay F. Schamberg*: Acute contagious diseases. London, H. Kimpton. — *J. B. Deaver* and *Astley Paston Cooper Ashhurst*: Enlargement of the prostate. London, Rebman.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Felélesztés szív-massage-zsal. A New-York Medical Journal szeptember 2.-i számában *W. S. Conkling* érdekes esetet közöl, melyben már-már halott betegét újra életre tudta kelteni a szív nyomkodásával. A kórházba egy olasz bányamunkást hoztak, kinek mellén borotvával ejtett hatalmas seb tátongott. A seb a bal kulcscsont külső harmadának tájékától rézsutosan a bal csecsbimbó alá, a mellcsont bal széléig terjedt. A mellizmok s a 2., 3. és 4. bordaporczogó át voltak vágva s a szívburok is meg volt nyitva. Kilélegzéskor a bal tüdő nagy része mindenkor a seb elé helyezkedett. A sérült a nagy vérveszteség s a shock miatt anaemikus és ájult állapotban volt. Miután konyhasó-oldatot fecskendeztek a bőre alá, egy fél óra mulva magához tért. Conkling dr. most a bordák, az izomzat s a börseb egyesítéséhez látott, de a mütét közben a beteg hirtelen asphyctikus lett, érverése teljesen megszünt. Sem aetherinjectio s egyéb izgató eljárások, sem a mesterséges légzés nem használt. Két percz telt igy el; a pulsus nem volt érezhető. Conkling dr. most ismét felnyitotta kissé a sebet s mutató- és hüvelykujját bevezetve a szívburok sebén át a cavum pericardiiba, körülfogta a szivet, mely teljesen mozdulatlan volt. 40—50 másodperczen át folytatott nyomkodásra a szív ismét lassan össze kezdett húzódni, az ápolónő jelentette, hogy a pulsus megint érezhető s csakhamar erőteljesek lettek a szív mozgásai. Conkling hamarosan befejezte a mütétet, a beteget az ágyba fektette, melegitett takaró alá, végbelébe konyhasó-oldatot fecskendezett s stimulantiákat adott

be neki. A beteg az éjen át igen gyenge volt, de másnap reggel a szívmüködése tetemes javulást mutatott s a beteg meggyógyult.

Ez az első eset, hogy egy emberi életet a szívnek közvetlen massage-ával mentettek meg. A rekeszen keresztül való nyomkodását W. Arbuthnot Lane végezte először (Lancet, 1902. 1397. l.) egy appendicitis-mütét alkalmával, midőn a szívmüködés hirtelen megállt. Az eljárásnak ezúttal is eredménye volt. Laparotomiák alkalmával, ha az érlökés hirtelen megszünését észleljük, sohasem kell ezt az eljárást megkisérletlenül hagyni.

A köszvény pathogenesiséről ir *Kionka* és *Frey*. Kionka házinyúlnál, egérnél kizárólagos hústáplálással mesterséges úton köszvényt hozott létre. A többé-kevésbé kifejezett köszvényes elváltozásokon kivül ez állatok májában és veséjében kapott kiterjedt elváltozást. Ha számba veszszük, hogy a vese a húgysav kiválasztásánál, a máj annak tovább bontásánál játszik fontos szerepet, közelfekvő a gondolat, hogy e két szerv elsődleges megbetegedésének következménye a húgysavas sók lerakodása a szervezetben.

Szembetünő azonban, hogy míg a vesék köszvényes egyénnél rendszerint betegek, a máj még górcsöves vizsgálatnál is ép; szerző szerint ily esetekben a máj *müködése* szenvedett zavart.

Indirekt úton a májmüködés zavarára utal köszvénynél ama körülmény is, hogy a köszvény kezelésében eredménynyel használt összes szerek — így a salicylsav, benzoësav, chinasav, colchicin és a legutóbb ajánlott sósav —, a hogy az Kionka pontos kisérleti vizsgálataiból kitünik, egyformán epehajtó — cholagog — hatásúak. Valószinü, hogy az említett szerek épen a máj müködését fokozó hatásuknál fogva előnyösek a köszvényben.

A köszvény kóroktana szempontjából igen érdekes a glykokoll és húgyanyag anyagforgalmának a húgysavtermelődéshez való viszonya. Normalis viszonyok között glykokoll nincs a vizeletben, az csak átmeneti terméke a májnak húgyanyagképzés közben: ha valami okból növekszik a glykokoll termelődés — vagy csökken bomlása, a hogy azt leukaemiánál és köszvénynél látjuk —, úgy jelenléte a szövetnedvben és vérben kimutatható. A glykokoll lényegesen csökkenti a szövet- és vérnedv húgysavoldó képességét, miért is az utóbbi kiválik, lerakódik. Ép viszonyok között a glykokoll a májban az úgynevezett *húgyanyagképző ferment* (Loewy) hatása alatt tovább bomlik; köszvényben, a hogy az Ignatowsky vizsgálataiból kiderült, hiányzik eme fermenthatás: ez a glykokoll szövet- és vérnedvben való megjelenésének oka s a glykokoll jelenléte miatt válik ki a húgysav.

A mondottak alapján Kionka a köszvény tulajdonképeni okát első sorban a máj müködési zavarában, nevezetesen a húgyanyagképző ferment hiányában keresi, a húgysavlerakódás egy más okát pedig a vesemüködés hiányos voltában látja: a húgysavkiválasztás ugyanis, valószinüleg azért, mert a köszvényes vére szorosabban köti a húgysavat, csökken. Eme müködési zavarok támadhatnak veleszületett okból, ilyenkor öröklött a baj; de lehetnek czéltalan táplálkozás és életmód következményei, ilyenkor szerzett a köszvény.

A köszvényes csomók typusos localisatiojának okát Frey vizsgálataiból tudjuk meg. Freynek ugyanis pontos kisérletekkel sikerült bebizonyítania, hogy a porczok szétesésekor glykokoll keletkezik: a glykokoll jelenléte miatt válik azután ki a szövetnedvekből, illetve a synoviából a húgysav, minthogy pedig a glykokoll nem használódik fel, söt a vér húgysavbontó tulajdonsága révén újabb mennyiségü glykokoll keletkezik, folytonos lesz a húgysavlerakódás is, innét a tophusok növekedése. (Zeitschrift für exp. Path., 1905. II. köt, 1. füzet.) *Halász Aladár.*

A halál biztos megállapításával behatóan foglalkozott *Vigot*. A halál felismerésére szolgáló módszerek áttanulmányozása után Icard egyszerü és megbizható eljárását tartja a legalkalmasabbnak. A vizsgálandó egyén böre alá alkalikus fluorescinoldatot (fluorescin, natr. carb. aa 1·0, aqu. dest. 6·0) fecskend, a mely teljesen ártalmatlan s festőképességét még igen nagy (1 : 45,000,000) higításban is megőrzi. Élő szervezetbe, tetszthalottba történt befecskendése után felszivódik s a kültakarót sárgászöldes, a nyálkahártyákat és sclerát pedig smaragdzöld színüre festi. Rendes vérkeringés mellett 1—2, lassúbbodottnál 15—20 percz után észlelhető e színváltozás; a halál beállta után azonban egyáltalában nem jelentkezik. (Journal méd. de Brux. 1905.)

Ország Oszkár.

Az éhségről. *Knapp* azt állitja, hogy az éhség igen gyenge fájdalomérzés, melyet a gyomor és duodenum, különösen pedig a pylorus-tájék izomrétegének görcsös összehúzódása okoz. Ha az összehúzódás erősebb, az éhség kifejezett fájdalommal jár. Az éhség rendesen mulandó tünemény: ha nem nyer kielégitést, egy idő mulva eltünik; ennek az a magyarázata, hogy a gyomor összehúzódása előbb-utóbb magától megszünik. Erős, követelő éhség, úgynevezett „farkas-éhség“ olyanoknál, a kik rendes időközökben táplálkoznak, nem egészségnek a jele, hanem már kóros dolog; az orvosnak küzdeni kell ellene, mert az erős összehúzódások izgatják a gyomor nyálkahártyáját és hurutot tartanak fenn benne. Az anorexiának az oka a gyomor atoniája, hiányos összehúzódása. (M. I. Knapp, Nature und Cause of Hunger. American Medicine, 1905. aug. 26.)

Belgyógyászat.

Orthotikus albuminuria. *Pelnar* Thomayer (Prága) klinikáján 16 esetben, 12—23 éves egyéneknél orthotikus albuminuriát észlelt. Betegeinél — ha felkeltek — albuminuria jelentkezett, mely horizontalis helyzetben 15—60 percz alatt újból megszünt. Esetei közül kilenczben öröklött ideges terheltség volt kimutatható s betegei jobbadán rosszul fejlett, halvány, vasomotoros zavarokban szenvedő egyének; 9-nél valamely fertőző betegség, 7 esetben scarlatina ment előre s hat esetben a betegek vizeletében hyalinos, illetve szemcsés cylinderek voltak találhatók. A fehérjevizelés rendszerint 2‰ alatt volt, a kiválasztott fehérje serumalbumin s ritkán serumglobulin.

A pontosabb vizsgálatnál kiderült, hogy betegeinél a horizontalis helyzet elhagyása vérnyomáscsökkenéssel és érlökésszaporodással jár, csökken a vesesecretio s a vizelet töményebb lesz. Ha lefekszik a kisérleti egyén, a normalisra emelkedik a vérnyomás, gyérül az érlökések száma, több és hígabb lesz a vizelet. Szerző kisérletei tehát a mellett szólnak, hogy a vérnyomás csökkenése és a fehérjevizelés között valami összefüggésnek kell lenni; a kérdést eldöntendő, gyógyszerekkel igyekezett betegeinél a vérnyomást emelni, illetve csökkenteni. Kisérletei azonban azt mutatták, hogy felkeléskor ép úgy csökkent, lefekvéskor csak úgy emelkedett a vérnyomás, jelentkezett s újból megszünt a fehérjevizelés, mint akkor, mikor betegei nem szedtek gyógyszert. Hasonlókép semmi kimutatható befolyása nem volt az albuminuriára a hideg (10—12 R.°-os) fürdőknek sem.

A pulsusszaporodás, mit Thomayer tachycardia orthostaticanak óhajt nevezni, a hogy azt Krehl neuropathiás egyéneknél, reconvalescensoknál stb. kimutatta, *vasomotoros irritabilitás jele*. Ugyanezen okra vezethető vissza a vérnyomáscsökkenés kiséretében észlelhető pulsus szaporodás is. Ezek szerint Pelnar eseteiben szintén vasomotoros zavart vesz fel.

Az ütőeres vérnyomás csökkenése az abdominalis erekben s így a vesékben is pangáshoz vezet. Ezen keringési zavarok álló helyzetben épveséjü egyénnél oliguriát okozhatnak (Krehl), szerző eseteiben pedig az anamnesis figyelembevételével nagyon is valószinü, hogy a vesék parenchymája sem volt teljesen ép, miért is az oliguriához még fehérjevizelés is társult. A parenchyma laesioja azonban oly jelentéktelen, hogy fekvő helyzetben, mikor a keringési zavarok nem szerepelnek, megszünik az albuminuria.

Szerző vizsgálatai a mellett szólnak, hogy egyfelől ép vesék mellett fehérjevizelés nem jelentkezik, másfelől, hogy a parenchyma csekély laesioja egyedül még nem, csak keringési zavarok mellett okoz albuminuriát, másszóval az *orthotikus albuminuria oka csekélyfokú parenchyma-laesióhoz társuló keringési zavar*. (Archives Bohémes de médecine cliniqu. 1905, VI. kötet, 6. füzet.) *Halász Aladár.*

A heveny fertőző betegségek befolyásáról idült veselobokra tartott érdekes klinikai előadást *Eichhorst* zürichi tanár egy eset kapcsán, melyben az idült haemorrhagiás nephritisben szenvedett 20 esztendős nőbeteg scarlatina átállása után vesebajától teljesen megszabadult. Egy másik esetben idült interstitialis nephritisre

gyakorolt nagyon kedvező hatást a közbejött scarlatina, úgy hogy a 2½ éves kis fiú jelenleg — legalább klinikai értelemben — gyógyultnak mondható. Hogy a veselob gyógyulásáról csak klinikai értelemben lehet szó, a mennyiben teljesen normalis vizelet mellett is nagyfokú lobos elváltozások lehetnek a vesében: arra egy további észleletét említi, a melyben az idült haemorrhagiás nephritisben szenvedett egyén látszólag teljesen meggyógyult, vizelete teljesen normálissá lett és az egy év mulva fejlődött s halálhoz vezetett pneumonia alatt is normalisnak bizonyult, noha a vesék szövettani vizsgálata alkalmával alig lehetett ép glomerulust találni; szabad szemmel azonban épnek látszott a vese. Hogy nem csupán a scarlatina, hanem más heveny fertőző betegségek is kedvezően befolyásolhatják a nephritist, a mellett Langballe, valamint Nyrop esetei szólnak, a melyekben orbáncz után állott be a vesebeli idült lobos folyamat tetemes javulása. (Medizinische Klinik, 1905. 42. szám.)

Maretin használata után keletkezett haemoglobinaemia és haemoglobinuria esetét irja le *Krönig*. A 28 éves nőbeteg izületi csúza ellen kapott maretint, még pedig 0·25 grammos adagot 2-szer naponként 16 napon át. A szer abbahagyása és oxygen-belégzések használata után gyors javulás következett be. A maretin tehát, a melyet feltünő kedvező antirheumás hatása miatt ma már nagyon elterjedten használnak, semmi esetre sem mondható közömbös, ártalmatlan szernek. Használatakor mindig figyelni kell az arcz színére: mihelyt ez subikterikussá válik, a szer használatát azonnal be kell szüntetni. (Medizinische Klinik, 1905. 42. szám.)

Idegkórtan.

A rhodannatrium tabeses fájdalmak ellen *Dalmady* tapasztalata szerint jó hatású. 2—5 gm. natrium rhodanatumot 150 gm. vízben feloldva 10 gm. syruppal édesítve adja az oldatot, melyből a beteg 3—5-ször vesz naponként egy evőkanállal. Az egyes adat tehát 0·20—0·25 gm., a napi adat 0·60—1·25 gm. A tabesesek szaggató fájdalmai, kínos övérzése elég jól és tartósan csillapul. A hatás a szer kihagyása után is napokig megmarad. Hosszabb használat után úgylátszik csökken az eredmény. Kellemetlen mellékhatása nincs. (Budapesti Orvosi Ujság, 1905 aug. 31.)
Kollarits Jenő.

Arczidegzsába eseteiben *Novák* 10 év óta alkalmazza azt az eljárást, hogy azon az oldalon, a melyen a fájdalmak jelentkeznek, a megfelelő orrnyilásba finomra tört konyhasóporból egy csipetnyit befuj, mire a fájdalmak szinte hirtelen megszünnek. Megrögzött esetek nem gyógyulnak, de a roham megszakad. (Gyógyászat, 1905. aug. 20.) *Kollarits Jenő.*

Sebészet.

Az idült perityphlitis diagnosisánál nagy óvatosságot ajánl *Albu*; sem a Mac Burney-pont nyomási fájdalmassága, de még az ileocoecalis tájon tapintható ellentállás sem, mely a vakbél vagy egyéb e tájon fekvő bélkacs görcsös contracturájából is származhatik, sem szól teljes biztossággal appendicitis mellett, s csak az eset gondos megfigyelése után, ha magas lázak a roham alatt rejtett genygóczra engednek gondolni, avagy ha diaetetikus rendszabályok, fektetés, fürdők, a székletét szabályozása klysmákkal, belladonna alkalmazása stb. nem vezetnek a tünetek megszünésére, s a rohamok mind gyakrabban ismétlődve, a beteg életkedvét rontják, ajánlja a mütétet. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. junius 22—29.) *Pólya.*

A patellának frontalis síkban való törését a csont kifelé való luxatiojával kapcsolatban irja le *Kroner*. A sérülés úgy történt, hogy a beteg futás közben elesett. *Kroner* azt hiszi, hogy a luxatio primaer, s a törés azáltal jött létre, hogy a beteg a kifelé luxált patella szélére esett. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. junius 22.) *Pólya.*

A spinalis gyermekhűdésnek idegimplantatioval való kezeléséről ir *Hackenbruch*. Három peroneusbénulás esetén a n. tibialisnak a peroneus felé eső oldaláról hosszirányban egy 3—4 cm.-nyi lebenyt hasított le, úgy, hogy ez a n. tibialis vastagsága harmadának megfelelő lebeny centralisan az alapjával összefüggjön; ezen ideget a n. peroneuson készített résbe oltotta, s ott néhány varrattal fixálta. A három eset közül egyben jó eredmény mutatkozott. Egy 12 éves leánynál 1½ évvel a bénulás után történt a mütét; a mütét után 4 hónappal kezdett a bénult izmok működésképessége visszatérni, s ¾ évvel utóbb a láb igen jól volt használható; 2 esetben valószinüleg az ideg oltási helyének hegesedése miatt a mütét sikertelen maradt. (Deutsche med. Woch. 1905. junius 22.) *Pólya.*

Acetont és aceteczetsavat talált bizonyos sebészi állapotokban *Kelly* a vizeletben; ezen anyagok jelentkezése mindig bizonyos többé-kevésbé súlyos általános tünetekkel (apathia, nyugtalanság, álmosság, a pulsus gyenge és szapora volta, erős kipirulás, máskor cyanosis, ritkán láz, sajátszerü szag a szájból) járt; 400 észlelt eset közül 46-ban látta s több izben halálosan is végződött. A jelzett anyagokat a vizeletben rendszerint narcosisban végrehajtott mütétek után találta, de néha — ennek híjján — traumák után is. Okára nézve egy a szervezet anyagcseréjének megváltozása folytán keletkező savmérgezést vesz fel, mely talán a psychomotorius centrumok toxikus alteratioja következtében keletkezett hiányos oxydatio s igy hiányos alkalizálás folyományát képezi. Therapeutice a natrium bicarbonicumot kisérlették meg per os, per rectum, subcutan és intravenosusan adagolni, ez azonban e complicatio enyhe vagy súlyos lefolyását csak kevéssé alterálta; ellenben adrenalinnak 8—12 óránként bőr alá fecskendezése határozottan sikerrel járt. (Annals of Surgery, 1905. február.) *Pólya.*

A tibia defectusát a fibulából vett darabbal pótolta *Huttington*. Az osteomyelitis után keletkezett 5 cm.-nyi sípcsonthiány restitutioja ily módon teljesen sikerült; az átültetett fibula vastagságában jelentékenyen nőtt, a beteg jól járt, labdajáték s egyéb sportok üzésére is képes volt. (Annals of Surgery, 1905. február.) *Pólya.*

Bőrkórtan.

Súlyos égések kór- és gyógytanához nyujtanak fontos adatokat *Weidenfeld* és *Zumbusch*. Az égések pathologiája és főleg az égési halál kóroktana a legújabbi időkig meglehetősen homályos fejezetét képezték az orvosi tudománynak. Számos oly avult nézet szorult e fejezetbe, a melyeknek kiküszöbölése nem csak tudományos, de gyakorlati szempontból is kivánatos. Kétségtelen, hogy az égési halál aetiologiájában nagy zavart okoztak a különféle állatkisérletek, melyek mindegyike más más magyarázatot és theoriát eredményezett, egybehangzó adatot pedig sohasem nyujtott. *Szerzők* a kérdést klinikai alapon, beteganyagon kutatták, a mi legalább is oly fontos tényező, mint a régente végzett, sokszor kegyetlen leforrázással és sütéssel egybekötött állatkisérletes vizsgálat. A részletes és nagy szorgalomra valló vizsgálatok eredményét a következő pontokban foglalják össze szerzők:

1. A bőr égési sebeit követő halál időpontja arányban áll a megégett testfelület kiterjedésével.

2. A halált a megégett bőrből felszívódó mérgek okozzák.

3. A prognosis függ: az égés terjedelmétől, fokától, a beteg korától és annak általános szervezeti állapotától. Tekintetbe veendők azonkivül még a véletlen szövődmények is.

4. Kis terjedelmű égések (a testfelület 1/12 részén aluliak) esetén bármely gyógybeavatkozás egyenértékü.

5. A testfelület 1/7-énél kisebb terjedelmű égések esetén elegendőknek bizonyulnak az élet megmentéséhez az infusiók, feltéve, hogy vészes tünetek (hányás, nausea, csuklás, somnolentia) hiányzanak.

6. Ha a megégett börterület a testfelszin 1/3-ánál kisebb, úgy igen valószinü, hogy a beteg életben marad, ha az infusiókhoz a megpörkölt részek azonnali eltávolítása társul.

7. A testfelület felénél kisebb terjedelmü égések esetén hasonló eljárással még lehetséges a betegnek életben tartása, mindenesetre azonban jelentékenyen meghosszabbítható az élet.

8. Ha a testfelszin felénél nagyobb az égés és harmadfokú, úgy a prognosis minden tekintetben rossz. (Archiv. f. Dermat. u. Syph. 76. k. 1—2 f.) *Guszman.*

A lupus erythematodes és tuberculosis közti összefüggésről nyilatkozik *O. Kren* (Bécs). *Darier*-nek azon szellemes theori-

ája, melynek értelmében ő különböző, véleménye szerint a tuberculosis részjelenségeinek tekintendő bőrbajokat a „tuberculides"-ek csoportjába kívánt összefoglalni, kezdetben igen valószínűnek tetszett. Lassankint azonban különváltak e csoportban egyrészt a valódi, gümős alapon létrejövő tuberculidek, másrészt azon bőrbetegségek, melyeknek hypothesises összefüggése a tuberculosissal egyre kétségesebbé válik. Az utóbbiak közé tartozik a lupus erythematodes is. A lupus erythematodes toxi-tuberculosisos eredetét tagadók főleg klinikai és szövettani alapon igyekeztek nézetüket igazolni, a mi sokszor minden kétségen felül sikerült, máskor nem. Kétségtelen, hogy e tekintetben a nagy ritkán előforduló, pontosan végzett obductiók legtöbbet lendíthetnek a kérdés eldöntésében, mert ha egy kifejezett lupus erythematodes esetben az obductio tuberculosisra teljesen negativ eredményt ad, akkor egyúttal a gümőkórra alapított aetiologia is kudarczot vall. *Kren* esete is ezt bizonyítja. 30 éves nőbetege, kinek lupus erythematodese 3 év óta állott fenn az arczon, általános genyes peritonitisben halt meg. A részletes bonczolat a tuberculosisnak még csak nyomát sem tudta kimutatni. Az eset tehát megerősíti *Kopp*, *Petrini* és *Gunsett* hasonló adatait. Szerző ezek alapján azon határozott véleményének ad kifejezést, hogy a lupus erythematodes önálló betegségnek tartandó, mely a tuberculosissal semmi összefüggésben nincs. (Archiv f. Dermatol. u. Syph. 75. k. 2—3 f.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Higanyinunctiós kúrák használatakor — a mint azt *Bruhns* újból hangsúlyozza — nem szabad kénes fürdőket is használni, mert higanysulfid képződik és ez nem szívódik fel. Különben is czélszerű a kenőcsöt lehető sokáig a bőrön hagyni, hogy beléggzés útján jusson higany a szervezetbe. A régebben annyira kedvelt izzasztó eljárások sem czélszerűek, mert a verejtékkel meglehetős nagy mennyiségű higany távozhatik, még mielőtt hatását kifejtette volna. Természetesen olyan esetekben, a melyekben a már beállott higanymérgezés tüneteit óhajtjuk lehetőleg gyorsan megszüntetni, az izzasztás nagyon helyén levő eljárás. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 21. szám.)

Csecsemőkori anaemia eseteiben jó eredménynyel használta *Nebel* a bioferrin nevü haemoglobinkészítményt. Előnyeiként felemliti kellemes szagát és izét, folyékony voltát és jól kihasználhatóságát. Az adag 1—1½ éves gyermekek számára 5 gramm naponként kétszer. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 24. szám.)

Reszketés ellen *Clément* a hangyasavat ajánlja (4 gramm pro die). A hangyasav helyett, a melyet nem kellemes bevenni, *Huchard* a hangyasavas sókat használja, pl. Rp. Natrii formici 10·0; Syr. cort. aurant. 200·0. M. D. S. Naponként 3—4 evőkanálnyit. (Ref. Medizinische Klinik, 1905. 26. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

⚔ **Heinrich Béla** dr.-t a belügyminister a budapesti állami gyermekmenedékhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg.

= **Pollatschek Elemér** dr., az Erzsébet-tüdőbetegsanatorium rendelő orr- és gégeorvosa, lakását VI., Eötvös utcza 6/b. alá helyezte át.

⚔ **Kinevezések.** Hajdumegye főispánja *Liszt Nándor* dr. tetétleni járásorvost és *G. Nagy Kálmán* dr. debreczeni orvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki.

⚔ **Jubileum.** *Obláth Mór* dr. gálszécsi orvos, Zemplénmegye tiszteletbeli főorvosa a napokban érte meg orvosdoktorrá felavatásának 50. évfordulóját, a mely alkalomból a zemplénvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület részéről is élénk ovatiókban részesült.

□ **Choleraorvosok.** A belügyminister a cholera elleni védekezés körül esetleg alkalmazandó járványorvosokat, ha az illető egyetemes orvostudor, 20 korona napidíjjal, ha szigorló orvos, 15 korona napidíjjal fogja alkalmazni és utazási költségeiket is megtéríti. Felhivatnak azon orvos és szigorló orvos urak, kik ezen feltételek mellett járványorvosokul alkalmaztatni óhajtanak, hogy igazoló okmányukkal a déli órákban a belügyministerium közegészségi osztályában előjegyzés végett jelentkezzenek.

\+ **A budapesti orvosi kör országos segély-egyletének** pénztárosa tisztelettel felkéri a tagokat, hogy a mennyiben tagdijjal hátralékban vannak, azt mielőbb vagy a náluk lévő postai „Befizetési lapon" vagy postautalványon (Katona József dr. pénztáros, Budapest, IX., Soroksáriutcza 74.) küldjék be.

⊖ **A budapesti orvosi kör országos segély-egylete** pénztárába befizettek: Orvosi köri tagok díja 1020 korona; alapítvány: „Zion" betegsegélyző egyesület orvosainak alapítványa 275, Stern Samu dr. egyet. magántanár úr 100 kor. Adomány: Éky Antal dr. Kassa 20, Illésy Jakab dr. Alberti-Irsa 14, Arad városi és vármegyei orvosszövetség Vékony Albert dr. tag koszorú megváltása czímén 30 kor. Mados Lipót dr. 10 kor. Budapesti orvosi kasino 20 kor. Tagdíjat fizettek: Kende Mór dr., Müller Samu, Prém Bernát, Bajnáczy Géza, Bajtha Ambrus, Fried Ignácz, Schilhof Zsigmond, Kaufmann Henrik, Zakariás Simon, Celler Nándor, Strausz Adolf, Zemplén vármegyei orvos-gyógyszerészegylet, Siklósi Béla, Schuhmeister Márton, Samek Fülöp, Strelinger Samu, Fabián Béla, Hintz Henrik, Ludvigh Endre, Baumerth Gyula, Vencel Tivadar, Klár Manó, Cserháti Mór, Láng Frigyes, Csajághi Szőke Károly, Schlesinger József, Gunt H., Chaloupek József, Zábori Béla, Kórság Zoltán, Molnár József, Király István, Fekete József 4—4 kor.; Szőke István 8, Kreiner György Ruma 6 korona. Budapest, 1905. szeptember 25.-én. *Katona József* dr. pénztáros.

† **Elhunyt.** *Puky Ákos* dr., a budapesti egyetemen „a sebész első teendői és a sebkezelés" czimü tan magántanára, a poliklinika s a Vörös-Kereszt-kórház volt sebészfőorvosa, e hó 4.-én reggel hosszas szenvedés után életének 61. évében. Puky 1845. május 5.-én született Kükemezőn, Sárosmegyében. Orvosi tanulmányait részint Pesten, részint Bécsben végezte és ez utóbbi helyen avatták orvosdoktorrá. Huzamosabb időn át működött mint másodorvos a bécsi „Allgemeines Krankenhaus" különböző osztályain, utóbb pedig Dumreicher sebklinikáján lett műtő. Ezután magyar állami ösztöndíjjal hosszabb időt külföldön töltött, mig 1877-ben Budapesten letelepedett és itt kiterjedt sebészi gyakorlatra tett szert. E mellett szorgalmas munkása volt a magyar orvosi irodalomnak is; irodalmi működése főleg a sebfertőzésekre és a sebkezelésre, nemkülönben a mellűri bajok és az echinococcusok sebészi kezelésére vonatkozik. Puky már sok évvel ezelőtt súlyos idegbajba esett, a melytől most végre megváltotta a halál. Emlékét hálásan fogja őrizni a poliklinika, a Vörös-Kereszt kórház és egyik belklinikánk, a melyen hosszú időn át működött mint műtősebész. De hálával tartozik neki a magyar orvosi irodalom is, a melynek fejlesztésében tevékeny részt vett. Nyugodjék békében! — *K. Grunert* czimzetes tanár, a hallei fülbeteg-klinikának hosszú időn át segédje, 38 éves korában. — *H. Schaper*, a berlini Charité-kórháznak hosszú éveken át orvosi igazgatója, 64 éves korában.

\+ **Kisebb hirek külföldről.** Ugy hírlik, hogy a Nothnagel tanár halálával megüresedett 1. belgyógyászati tanszékre *Krehl* tanárt, a gyorsan nagy hirnévre jutott strassburgi klinikust fogják meghivni. — *F. Knauff*, a hygiene és a törvényszéki orvostan tanára a heidelbergi egyetemen, szeptember 24.-én ülte 70. születésnapját. — *H. Ranke*, a gyermekorvoslás hirneves tanára a müncheni egyetemen, nyugalomba vonult.

△ **Az olasz parlament orvostagjai,** szám szerint harminczan, külön csoporttá szervezkedtek, mely nemrég tartotta első ülését, s mely feladatául a közegészségügy emelését s az orvosok jogos érdekeinek megvédését és anyagi helyzetük javítását tűzte ki. A csoport felhivására általános orvosgyülés lesz novemberben Rómában.

♀ **Ailurophobia.** Ezen a néven *Weir Mitchell*, az ismert amerikai belgyógyász különös idiosynkrasiát ir le, mely abban áll, hogy az illetők a macskáktól mód nélkül irtóznak (αἴλουρος, macska). Szerző ezt a tünetet először egy hysteriás nőn észlelte, kinél ez valóságos rögeszmévé vált, s a ki azt állitotta, hogy a macska jelenlétét még akkor is megérzi, ha nem is látja vagy nem is hallja az állatot. Weir Mitchell ez eset kapcsán széles körben kutatott e tünet után, s azt találta, hogy igen sok ember van, a kinél a macska jelenléte a legkülönbözőbb tüneteket váltja ki, igy félelmet, ijedséget, utálatot, rázóhideg érzetét, lúdbőrt, ájulást, remegést, asthmát, a karok merevségét, elhalványodást, émelygést, hányást, görcsöket, sőt mulandó vakságot is. Az esetek egy nagy részében e tünetek bekövetkeznek akkor is, ha az illető észre sem veszi a macska közelségét. Némelykor az egyének meg tudják mondani, hogy mi az, a mi náluk e tüneteket létrehozza: az állat szaga vagy más tulajdonsága; sok esetben azonban nem tudnak erről számot adni, a mikor is szerző szerint valószinűleg bizonyos kigőzölgései szerepelnek az állatnak, melyek az érző idegek vagy belehelés útján hatnak a szervezetre, a nélkül, hogy érzéki benyomás alakjában a tudat körébe lépnének. (American medicine, 1905. május 27.)

⚔ **A „syphilis" név eredete.** Ezt a nevet Fracastorius találta ki; egy latin költeményében használja először, mely 1530-ban jelent meg, s melynek czime „*Syphilis sive Morbus Gallicus*". A költemény hőse Syphilus. E név etymologiája már sok fejtörést okozott a tudósoknak; némelyek σύν és φιλέω-ből magyarázzák, mások σῦς (disznó) és φιλέω-ból, de aligha lesz egyik magyarázat is helyes, mert az első esetben symphilus, a másodikban syophilus volna a szabatos alak. Legvalószinűbb, hogy a név csak a görög hangzás mintájára van alkotva, minden etymon nélkül, ép úgy, mint a van Helmont-féle *synovia*. Hieronimo Fracastorio (1483—1553) a maga korában nagyhirű philosophus, mathematikus, csillagász és orvos volt. Julius Caesar Scaliger őt Virgil mellé helyezi; kortársai divinus-nak nevezték őt. Versei tárgyául azonban, úgy látszik, nem mindig választott költői themát.

± **Uj orvosi egyetem Chinában.** 1902-ben franczia orvosok engedelmet nyertek arra, hogy Csentuban, nyugati China egy nagyobb városában kórházat alapitsanak. A kórház működése annyira megnyerte az alkirály elismerését, hogy hozzájárult ahhoz, hogy a kórház orvosi iskolává fejlesztessék ki. A kórháznak máris 32 növendéke van, s a tanitás czéljaira nagyszabású épületet emelnek. Ez az első franczia orvosi iskola Chinában, melynek orvosi oktatása eddigelé tisztán angol kezekben volt.

^ **A lepráról.** Juan Carrasquilla bogotai orvos (Columbia) nagy tekintély Dél-Amerikában a lepra terén; több éven át foglalkozott a lepra-serum kérdésével is. Tevékenysége oly nagy hirnévre juttatta őt, hogy a leprások nagy tömegekben özönlöttek Bogotába, s a kolumbiai kormány végül is kénytelen volt ezen invasio ellen védekezni. Carrasquilla legutóbb, a harmadik latin-amerikai congressuson Rio-Janeiroban előadást tartott, melyben azt a nézetét fejti ki, hogy a lepra nem ragadós betegség, és sem a secretumok, sem a közvetlen érintkezés, sem a levegő útján nem viletik át egyik egyénről a másikra, hanem csakis a férgek közvetitői a fertőzésnek, mely legelőször is egy kis pustulában nyilvánul meg. A leprásnak teljes elszigetelése a külvilágtól czéltalan kegyetlenség, maradványa a régi barbarismusnak. Bátran felvehetők e betegek a rendes kórházakba, s annak a sok leprásnak, a ki most Dél-Amerikában nyomorúságosan tengődik, kizárva az emberi társadalomból, a kórházakban van a helye. A prophylaxis szempontjából legfontosabb az egyéni tisztaság, a lakás tisztántartása, s mindenekelőtt a férgek elleni védekezés. Carrasquilla dr. előadása nyomtatásban is megjelent Hernando Santos, bogotai könyvkiadónál. (The journal of the Amer. med. assoc. 1905. julius 1. 59. l.)

A német orvos- és természettudomány-történelmi társulat, mely szeptember 27.-én tartotta Meranban tisztujító ülését, igazgató tanácsába beválasztotta Győry Tibor budapesti egyetemi magántanárt is. A társulat elnöke Sudhoff Károly dr. (Leipzig), alelnöke Günther Zsigmond (München), az igazgató tanács tagjai Meyer Ernő dr. (Dresden), Pagel Gyula dr. (Berlin), Töply Róbert dr. (Wien) és Győry Tibor dr.

— **Az automobilismus a Rivierán.** A Lancet legutóbbi számában (szeptember 30. sz., 991. lap) felszólítja a jelenleg Párisban székelő tuberculosis-congressust, hogy indítson mozgalmat az iránt, hogy az automobilok kizárassanak a Rivieráról. Jóformán alig lehet már oda tüdőbajos embert küldeni, mert az a nagy por, a mit az utczákat ellepő száz és száz automobil felver, még az egészséges ember tüdejét is veszélyezteti. A mióta az automobilismus lábra kapott, az utak mentén a növényzet elhal, a házak homlokzatait piszok lepi el, s a házakban a butorokat sem lehet a reájuk rakodó portól megszabadítani. Itt az ideje, hogy az orvosok szót emeljenek ez ellen, s hozzájáruljanak ahhoz, hogy a Riviera, mely valaha paradicsoma volt az üdülőknek és betegeknek, ismét azzá legyen.

⊥ **A budapesti egyetemi I. számú női klinikával** kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét szeptember hó folyamán 62 esetben vették igénybe; a műtétek száma 51 volt.

○ **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** 1905. szeptember hóban 282 esetben működött; ebből első segélyt nyujtott 208 esetben.

— **A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya** 1905. szeptember havában összesen 96 esetben működött.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 36. hetében (1905. szeptember 3.-tól szeptember 9. ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elveszületett 382 gyermek, elhalt 255 egyén, a születések tehát 146-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 23·8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15·9. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 8, apoplexia cerebri 4, convulsiones 6, paralysis progress. 5, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordis 9, morbi myocardii 10, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 4, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 0, pneumonia 13, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 41, emphysema pulm. 3, pleuritis 2, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 0 éven aluli 30, 2 éven felüli 6, chlorea nostras 0, hernia incarcerata 0, alii ocl. intestini 2, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 4, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 2, nephritis 10, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 5, carcinoma ventric. 1, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasma 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 2, scarlatina 5, pertussis 2, croup-diphth. 0, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 4, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 10, suicidium 4, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3188 beteg, szaporodás 816, csökkenés 717, maradt e hét végén 3228 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 26 (31), vörheny 33 (30), álh. gége- és roncsoló toroklob 24 (15), hökhurut 20 (18), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 42 (43), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 7 (4), vérhas 0 (0), járv agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (1), tracho ma 0 (0) lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Dr. Szigeti Márton Gleichenbergből Abbáziába érkezett és fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

Orvosok, kik ez évben a fővárosban vagy vidéken lakást változtattak, tisztelettel fekéretnek, új czimüket Magyarország Orvosainak Évkönyve szerkesztőségéhez (Budapest, VII. Kertész utcza 16.) mielőbb beküldeni.

A keraminszappan (gyártója: Carl Töpfer, Leipzig) újabb perubalzsamkészitmény szappanalakban. Javalatait képezik: a gyermekek fején lévő crustosus ekzemák, az összes intertrigo-alakok, a seborrhoeás és intertrigós ekzemák, lichen urticatus, urticaria, rosacea seborrhoica, különféle pruritus-alakok; ezeken kivül hasznos segédszer az arczlupus, psoriasis és seborrhoea oleosa kezelésében. Használata egyszerű, a mennyiben a szappannal a testen erős habot készitünk és azt beszáradva a legközelebbi bekenésig rajt hagyjuk.

„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.

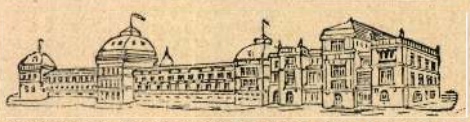
Vízgyógyintézet a **„Fasor"** (Dr. Herczel-féle) **sanatoriumban,** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra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

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősitő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: Tablettae Lecithini Richter 0·05 és 0·025 gr. lecithintartalommal. Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter (Lecithines csukamájolaj). Lactolecithin Richter (Lecithines tejczukor-por) Léclthine granulée Richter (izletes lecithingranulák). Lecithinol Richter (steril lecithinolaj injektiókra). **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók.

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest, VI., Teréz-körút 2.

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.**

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészet utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Az első nemzetközi physiotherapiai congressus (Liège, 1905. augusztus 12—15.). 722. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése. 723. l.

Az első nemzetközi physiotherapiai congressus.

(Liège, 1905. augusztus 12—15.)

Ismerteti: *Donáth Gyula* dr., m. tanár.

(Vége.)

Negyedik szakosztály.

(*Hydro- és thermotherapia.*)

Wyband-Bruxelles: *A hydrotherapia physiologiai hatása.*

Ámbár *Winternitz*, *Fleury*, *Delmas* és mások dolgozatai már világosságot vetettek a víz gyógyító hatására, mégis van még elég tisztázni való kérdés. A hideg víz a bőrerek összehúzódását hozza létre, a mit csakhamar azoknak tágulása követ. A meleg víz ellenben gyorsan muló vasoconstrictiót okoz, a mit erős vasodilatatio követ. Az utóbbi az értonust csökkenti, míg a hideg víz okozta vasodilatatio aktiv természetű és tonusveszteséggel nem jár. Ezen tünetek függetlenek a központi idegrendszertől. A meleg víz gyorsítja az érverést, a hideg víz pedig rövid ideig tartó gyorsítás után lassítja azt. A hideg víz fokozza a vérnyomást, míg a meleg víz csökkenti. A hidegvízkezelés megváltoztatja a vér eloszlását, de nem eredményezi új alakelemek képződését a vérben, továbbá alászállítja a külső hőmérsékletet és emeli a belsőt. De ha azonnal ledörzsöltetjük a bőrt, akkor a beálló felületes vasodilatatio által leszáll a belső hőmérséklet. Gyógyító hatását azzal fejti ki, hogy befolyásolja a vérkeringést, az idegrendszert és az anyagcserét.

Allard-Páris: *A villamos fényfürdők és therapeutikus alkalmazásuk.*

Fényforrásul szolgál a közönséges izzólámpa, a Dowsing-féle lámpa, a vörös és a szénív-lámpa. A közönséges izzólámpa majdnem egyenlő mennyiségben szolgáltatja a hő-, fény- és vegyi sugarakat. A Dowsing-féle és a vörös lámpa túlnyomóan hősugarakat, a szénívlámpa pedig nagymennyiségű vegyi sugarakat ád. Az izzólámpa első sorban izzasztó hatást fejt ki, azonkivül fokozza a bőr reflexingerlékenységét, tonizáló hatása ellene működik az izzadás deprimáló hatásának és azáltal, hogy a piros vérsejtek oxygenfelvételét előmozdítja, leküzdi az anaemiát. Az általános fürdőben a hőmérséklet könnyen eléri az 50, a lokális fürdőben pedig a 180—200°-ot.

Ezen fürdők, melyek ágyban vagy szekrényben vehetők, javalva vannak: 1. oly betegségeknél, a hol hatalmas diaphoresisre és az anyagcsere élénkítésére van szükség, így kövérségnél, köszvénynél és izületi loboknál; 2. mint fájdalomcsillapítók neuritiseknél, rheumatismusnál és neuralgiáknál; 3. ott, a hol izzadmányok felszívódását és az anyagcsere felszaporodott termékeinek kiküszöbölését kívánjuk elérni, minők a gümős és blennorrhoeás izületlobok maradékai, oedemák stb.

Szerző 6 évi tapasztalatai alapján azon eredményre jutott, hogy a fényfürdők előnyösen helyettesíthetik a meleg víz-, lég- és gőzfürdőket, sőt sok esetben ezeket messze felülmulják.

Knowsley Sibley-London is megerősíti ezen kedvező eredményeket.

Balsamoff-Sophia: *A villamos kádfürdők alkalmazásáról.*

Előadó a villamos kádfürdők combinatioját massage-zsal és mechanotherapiával sikeresen alkalmazta tabikusok lancináló fájdalmainál, ischiasnál, idült izületi és izomcsúznál. Szép eredményt látott a villamos kádfürdőtől egy tumor albus következtében kifejlődött térdankylosis esetében.

Albert Weil-Páris: *A kékfény-fürdő és fájdalomcsillapító hatása.*

Előadó szerint a kék fénynek speciális anaesthetikus hatása van, mely elegendő kisebb operatiók végzésére, továbbá fájdalomcsillapítólag hat idegzsábáknál és neurastheniások túlérzékenységénél.

Espina y Capo-Madrid fejtegeti a spectrum egyes színeinek physiologiai hatását és kívánatosnak mondja a phototherapia ezen ágának behatóbb tanulmányozását.

De Keyeser-Bruxelles: *A thermotherapia szerepe a dermatologiában.*

Az ember igen magas hőmérsékletekben tartózkodhatik. Így *Berger* 7 perczig 109, *Blayden* 8 perczig 132°-nyi hőmérsékletben maradt. A nedves hőség nehezebben tűrhető: *Berger* 12 perczig maradhatott 41—53° közt ingadozó hőmérsékletben, míg *Blayden* 15 perczig birta ki a 48—54°-ot. A hő ingerli az izomzatot, fokozza a vérnyomást, congestionálja a bőrt és ezáltal vérteleníti némileg az agyat és különösen a hasszerveket. Azonkivül élénkíti a phagocytosist, bactericid hatású és előmozdítja az izzadmányok és az anyagcsere termékeinek felszívódását. A száraz hő a 80—100°-ot ne haladja meg. Javalva van főleg izületi bántalmaknál, neuralgiáknál, nephritiseknél és kövérségnél.

Reich Miklós saját módszerének eredményeit közli a *furunculosisnak* nyomás alatt áramló *forró levegővel* való gyógyítását illetőleg. Eljárásával *biztos gyógysikert* ér el *kezdődő kelevényeknél*. A már kifejlődött alakok a forró lég hatása alatt kedvező és aránylag gyors lefolyást mutatnak. Rútító heg — mint az operativ eljárás után — nem marad hátra. Régi kötőszöveti induratiók visszafejlődnek. *Általános furunculosisnál* combinált lokális és általános forrólégkezelést alkalmaz, mely minden esetben *teljes gyógyeredményre vezetett*. A gyógyítás rövid tartama után új eruptiók nem jönnek többé létre. Kivételt ez alól még a *diabetikusok* furunculosisa sem tesz. Az eljárás maga nem fájdalmas, sőt a fájdalmas feszülés 2—5 percznyi forró levegőzés után enyhül. A hatást a bőrhevítés által okozott *actio hyperaemiának*, a kórokozó csirok virulentiája csökkenésének és a nyilt sebek, ulceratiós felületek kiszáradásának tulajdonítja.

A fejlődés bármely stadiumában levő kelevények, nyilt genyedő sebek, granuláló felületek, szövetnecrosis által okozott anyagveszteségek ezen kezelés mellett összehasonlíthatlanul biztosabban és gyorsabban gyógyulnak, mint a sebészeti elvek szerint kezeltek.

Nict dr. utrechti magántanár, ki *Reich* értekezését felolvasta, s *Reich* régibb publicatioi alapján úgy magán, mint betegein az eljárást megkísérlette, e szerző adatait teljes mértékben megerősíti s módszerét melegen ajánlja.

Valcke-Courtrai bemutat egy könnyen szétszedhető, tansportabilis gőzfürdőkészüléket, mely úgy általános, mint lokális gőzfürdők használatára igen alkalmas. Különösen ajánlatos kövérségnél, köszvénynél és bizonyos bőrbántalmaknál, pl. psoriasisnál.

Dowsing-London bemutat egy transportabilis fényfürdőt, *Krikortz*-Stockholm pedig a lágy fekély kezelésére szolgáló kigyócsövet, melynek tekervényeibe a penis illesztetik. A csőben 41°-nyi víz kering.

Francis Bishop-Washington és *Files*-Portland melegen ajánlják a franklinisatiót tüdőgümőkórnál. *Kurella*-Ahrweiler hangsúlyozza, hogy a physikai gyógymódok mellett — különösen idegbetegeknél — a psychotherapiát sem szabad elhanyagolni.

Előadásokat tartottak még *Madejavsky* Prága az *arteriosclerosis kezeléséről Marienbadban*, továbbá *Wassilides*-Athen, ki colitis interstitialis chronicánál, mely gyakran súlyos neurastheniát okoz, főképen 32—29 C.°-nyi, 10 perczig tartó félfürdőkat és massaget használt sikeresen, és *Espina y Capo*-Madrid, ki *Panticosira*, a spanyol Pyreneusokban fekvő klimatikus gyógyhelyre hívja fel a figyelmet, melyet magasabb fekvésénél fogva üdülőknek és praetuberculotikusoknak ajánl.

Közös ülés volt szentelve azon jelentéseknek, melyek a physiotherapia tanításának jelen állását az egyes országokban megismertették. Ezek közt különösen kiváltak *Winternitz* és *Bum* jelentései az osztrák egyetemekre, *Zabludowski* jelentése a berlini és *Kuthyé* a budapesti egyetemre vonatkozólag. Helyeselték *Kuthy* tanmódját, ki az egyes hallgatókon gyakorlatilag bemutatja a különböző vízgyógyeljárásokat, úgy hogy minden hallgató tanul és egyszersmind a tanítás tárgyát is képezi és igy azt önmagán kipróbálva, önálló itéletre tesz szert a betegeinél alkalmazandó hydrotherapeutikus eljárásokra vonatkozólag. — Úgy az előadók, mint a hozzászólók mindnyájan hangsúlyozták, hogy a physiotherapia jelentőségénél fogva okvetlenül szükséges, hogy annak minden ága az egyetemeken és orvosi iskolákon szakszerűen tanittassék és teljes berendezéseken gyakoroltassék. *Le Marinel* azonkivül követeli, hogy a középiskolai tanárok az egyetemen az egészségtanban oktatást nyerjenek, a gymnastika és sport kötelező tantárgyak legyenek a középiskolai ifjúság számára és hogy ezen gyakorlatok orvosi felügyelet alatt álljanak. — Megelégedéssel mondhatjuk, hogy az utóbbi követelések nálunk bold. Fodor tanár elévülhetlen érdemei folytán már régen megvalósultak.

Végül a congressus elfogadta *De Munter*-Liége oda irányuló inditványát, hogy a physiotherapia tanítása rendszeresittessék és hogy annak gyakorlása laikusoknak törvényileg megtiltassék, kivéve ha ténykedésük orvosnak közvetlen felügyelete és felelőssége mellett történik.

A következő congressus 2 év mulva Genfben fog megtartatni.

A congressus ünnepélyei közt kiemeljük azon kitüntető és valóban szívélyes fogadtatást, melyben Liége város tanácsa bennünket részesitett. A városháza önérzetes polgárságnak díszes otthonát mutatta nekünk, melynek falairól régi és újabb képek hirdették a város nagy történelmi multját. Részt vett a fogadtatásban a velünk egyidejűleg ott ülésező belga országos orvosrendi congressus, mely ugyanoly szövetkezet mint a mi Országos Orvosi-Szövetségünk. Volt alkalmunk a Belgium minden tájáról odasereglett vidéki kartársakkal is megismerkedni, kik ügyes-bajos dolgaik egyik-másikát elbeszélték nekünk, melyek bizony nem sokat különböznek a mieinktől. A világhirű, gyönyörű Spa fürdő igazgatósága is meghivott bennünket egy délutánra; e fürdő jelentőségét *Dejace* dr., a „Le Scalpel“ czimű liégei orvosi heti folyóiratnak szeretetreméltó szerkesztője ragyogó előadásban méltatta előttünk. Ezen thermális fürdőhely berendezései csakugyan mintaszerűek és kristálytiszta szénsavas vasas vizét szétküldik az egész világba. A palaczkokban a vas kicsapódását úgy kerülik el, hogy a forrás vizét vasas réteg felett hagyják elfolyni.

Kedélyes búcsúbanket, melyet a tagok az előkészítő bizottság tiszteletére adtak, fejezte be ezen úttörő congressust.

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

(Folytatás.)

Belgyógyászati szakosztály.

2. ülés augusztus 28.-án d. u.

Elnök: *Kemény Salamon.* Jegyző: *Szántó József.*

Némai József: A gégepapillomák kezelésének kritikája. Előadó egy 13 év óta és egy másik 2 év óta észlelés alatt álló gyermeknél azt a megfigyelést tette, hogy a sokszor recidivált gégepapillomák végre spontan eltüntek, nyilván felszívódtak. Ez a spontan gyógyulás valószínűleg gyakoribb, mint eddig gondoltuk.

A gyógyulás feltétele nem az, hogy mily gyökeresen irtjuk ki a szemölcsöket, hanem az, hogy a *kinjulási hajlam megszünik.* Előadó határozottan ellenzi a gége felmetszését, és exspectativ eljárást javasol, kiméletes endolaryngealis műtétet saját műszerével. Súlyos, stenosisos esetekben légcsőmetszést ajánl és ugyancsak exspectativ eljárást a papillomákkal szemben.

Ferenczi Sándor: Az arteriosclerosis okozta ideges zavarokról értekezett. Konstatálja, hogy az ú. n. neurasthenia mögött még fiatalabb embereknél (25—35 éveseknél) is sokszor arteriosclerosis rejlik. Az ez által okozott érzési, érzeki, öntudati, kedélyi és motorius zavarokat egyenként felsorolja, megkülönböztetvén a hyperaemia és ischaemia okozta tüneteket. Az aetiologiában (korai esetekben) túlerőltetés, alkohol, ólom és lúg szerepelnek.

Szana Sándor: Az opiumtinctura adagolása a csecsemőkorban. Előadó következtetéseit a következő pontokban foglalja össze:

1. Az opium adagolását illetőleg a csecsemőkorban a neves autorok által ajánlott adagok egymástól rendkivül eltérnek, a mennyiben az egyik autor 60-szorosát ajánlja annak, a mit a másik.

2. A temesvári gyógyszertárakban használt opiumtinctura rendszerint nem éri el az 1% morphiumtartalmat.

3. A cseppekben s kanalanként való adagolás súlyszerinti adagolással helyettesitendő. Egy csepp opiumtinctura megfelel 4 centigm.-nak.

4. 10 csepp temesvári opiumtinctura 100 folyadékra kávéskanalanként adagolva, vagyis 18 mgm. opiumtinctura pharmacopoeae pro dosi, kivétel nélkül jól tűretik a csecsemőkorban is.

5. Az opiumtincturának indicatioi a csecsemőkorban rendkivül ritkák és jóformán csak súlyos esetekben mint fájdalomcsillapító szükséges. Minden esetben a környezet figyelmeztetendő a szer erős voltára, s hogy ha a gyermek nyugodt, a szer használata abbahagyandó.

Szigeti Henrik: A túlnagy opium-adagok okozta ú. n. gyógyszermérgezésről, különös tekintettel a gyermekorvosi gyakorlatra.

A két utóbbi előadást követett discussioban résztvettek *Tarcsányi Imre* és *Donáth Gyula.*

Elfer Aladár: A fehérvérűségnek és lépmegnagyobbodással járó más megbetegedéseknek Röntgen-fénynyel való gyógykezeléséről.

A kolozsvári belgyógyászati kórodán 1904. évi deczember havától mai napig 4 fehérvérűség esetét kezelte Röntgen-fénynyel, és azonkivül 2 lépmegnagyobbodással járó vérszegénységi esetet.

A fehérvérűség eseteiben, az utolsónak kivételével, elég jó eredményt látott, a mennyiben a betegek súlyban gyarapodtak, erőbeli statusuk nőtt, és a rendszeresen megfigyelt vérkép is javulást mutatott quantitative. Minőségileg egy-egy pathologiai sejtformát még a leukopeniás esetben is látott. 4. esetében a vérkép lényegesen nem változott; beteg súlyegyenlegben van a 3 hónapi Röntgen-kezelés után. Egyik esetében 1½ meternyi távolságból látott lényeges javulást. A leukopeniás vérképpel járó lépmegnagyobbodási formák közül csak az egyik esetben látta a lép részbeni megkisebbedését. A másik esetben a fehérvérsejtek száma is némileg csökkent. Egyik első esetében erős Röntgendermatitis lépett fel, mely igen makacsul még jelenleg is fennáll, úgy hogy a fekély befedése transplantatiót igényel.

Hozzászólt: *Torday Árpád.*

Vándor Dezső: A fango-kezelésről. A csúzos és köszvényes esetek megfigyelése és a nálunk végzett vizelet- és vérvizsgálat azt mutatta, hogy a rheum. chron. diagnosissal vizsgálat alá került 519 esetben a húgysav és a húgysavas sók megszaporodtak.

Ezen vizsgálatokat a fango-gyógymód alkalmazása közben a gyógyulási folyamat alatt végezte, s ekkor azon tapasztalatot is szerezte, hogy a javulás előrehaladottabb állapotában ezen abnormis termékek a vizeletben mindinkább kevesbedtek, s a gyógyultan távozóknál azok jelenléte nem volt már kimutatható.

Az emlitett kóresetekben alkalmazandó hőgyógyeljárással elérendő gyógyulási czélt oly anyaggal való borogatások szolgálják legjobban, mely anyag főtulajdonságai, hogy

a) mennél rosszabb hővezető,
b) mennél sűrűbb,
c) mennél nagyobb a tapadási képessége
d) mennél lágyabb, porosusabb és simulékonyabb, s végül
e) mennél nagyobb a resorptioképessége.

Ezen tulajdonságokat megtaláljuk a Battagliából hozatott fangoban.

A kezelési mód a következő: kellő hőmérsékű szobában a teljesen levetközött beteg az *a*) gyapjútakaróval, *b*) gummilepedővel és *c*) vászonlepedővel letakart ágyra fekszik. A beteg testrész alatt a lepedőre, majd a beteg tesztrészre 3—4 ujnyi vastagságban rakjuk az iszapot, ezután a 3 takaróval begöngyöljük a beteget, a mely állapotban 35—45 perczig marad. Ezt tisztító fürdő követi, a mely után 10—15-ig tartó száraz begöngyölést kap az egyén. A fango hőfoka változik a beteg kora és erőbeli állapota és a kór minősége és foka szerint és pedig 35° R.-től 41° R.-ig. A tisztító fürdő 5—8° R.-ral alacsonyabb hőmérsékű.

Az eljárás oly egyszerű, hogy házilag is alkalmazható, s az eredmény, mint azt a mult évi kimutatás is bizonyitja, felette biztató.

III. ülés augusztus 29.-én d. e.

Elnök: *Hainiss Géza;* jegyző: *Bernát József.*

1. *Donath Gyula: Az arczideghüdéseknél mutatkozó érzészavarokról* (Egész terjedelemben közölni fogjuk.)

2. *Grósz Gyula* előadást tart következő czimmel: *A skarlátos vesegyuladás kezeléséről.* Észleléseinek substratumát képezik egyrészt azon skarlátos nephritis-esetek, a melyeket már mint olyanokat felvettek, másrészt azok, a melyek a skarlát észlelése kapcsán fejlődtek. 1897—1904. évig (bezárólag) összesen 86 esetet vettek fel a Bródy Adél-gyermekkórház vörheny-osztályára; ezen esetek közül 68 meggyógyult (76·06%), 5 javult állapotban bocsáttatott el (5·82%) és 13 meghalt (15·12%). Ezen 13 elhalt eset közül 4 haldokló állapotban hozatott be. 724 skarlát eset közül 91 esetben fejlődött vesegyuladás, vagyis az eseteknek 12·56%-ában. Ezen 91 nephritis-eset közül 73 meggyógyult (80·22%), 12 javult (13·18%) és 6 meghalt (6·6%). A kórházban fejlődött nephritis-esetek halálozási arányszáma tehát elenyésző csekély a kórházba felvett nephritisek halálozási arányszámához viszonyitva.

Előadó ezután az általa követett *prophylaktikus* eljárások fejtegetésére tér át s ennek kapcsán előadja, hogy ez év tavaszán az urotropinnal, illetve annak czitromsavas összetételével: a *helmitollal* kisérletezett. Összesen 27 esetben adott helmitolt 4—12 éves gyermekeknek, kezdve a betegség 3—7. napján 14—17 napon keresztül, naponta 1·5 gm.-nyi mennyiségben. A 27 beteg közül 5-nél (18·51%) fejlődött enyhe nephritis, mely 2—4 hétig tartott. Az irodalmi közlemények, valamint saját tapasztalatai alapján a következőket mondhatja: 1. az urotropin helyes adagolás mellett teljesen ártalmatlan és 2. a veseszövődmény fellépése hemitol használata esetén gyérülni látszik. Az urotropinnal való további kisérletezés tehát indokolt.

A vesegyuladás *therapiáját* illetőleg előadó elsősorban az általa követett *diaetáról* szól; ez az első időben csak *tej*, vagy a tejnek bármely alakja lehet. Idült esetekben könnyű húsféléket is megenged. A midőn oliguria vagy anuria lép fel lázzal, pöffedésekkel és a szivelégtelenség tüneteivel, a *digitalist* szereti adni, a melynek hatását sokszor más cardiacummal is erősíti (camphora, coffein). Ha a diuresis néhány nap mulva nem indul meg, a digitalist kalium aceticum-mal egyesiti. Sokszor ezen szerekkel czélt ért, de sokszor cserben is hagyták. Ilyenkor a *diuretin*-t alkalmazta, a melylyel számos esetben fényes eredményt ért el. Sokszor digitalis-szal vagy coffein-nal együtt nyujtotta a szert; adagja 3—12 éves gyermekeknél 1·5—3·0 gm. pro die. A 141 gyógyult eset közül 75 esetben alkalmazta a diuretint. Haematuriánál a *liquor ferri sesquichlorati*-t és az *ergotin*-t, hol az egyiket, hol a másikat alkalmazta; az eredmény nem volt mindig egyforma, sokszor gyorsan eltünt a vér, máskor meg csak több nap mulva.

Azután *az izzasztó fürdők* használatáról szólott; összesen 56 gyógyult esetében alkalmazta az izzasztó fürdőket, a melyek uraemiás görcsöket nem idéztek elő. Ezen 56 eset közül 12 esetben *pilocarpint* is alkalmazott, a mely a diaphoresist határozottan fokozta. 6 esetben azt tapasztalta, hogy az uraemiás rohamok a fürdők után csökkentek, sőt meg is szünt ek. A 177 nephritis post scarlatinam eset közül csak 19 esetben (10·73%) észlelt uraemiát; ezek közül 10 gyógyult és 9 meghalt; az utóbbiak között volt 2 haldokló állapotban behozott eset.

Az uraemia kezelésénél első sorban a szívgyengeségre van tekintettel: ilyenkor a camphort vagy a coffeint használja. A görcsök csillapitására a *chloroformot* és a *chloral*-csőréket jó eredménynyel használja. Kinzó fejfájásnál jégtömlőt és nadályokat is alkalmaz.

Jó szivműködés mellett az izzasztó fürdőket szokta megpróbálni. A konyhasó-infusiókat 12 esetben alkalmazta: kifejezett uraemiánál 7 esetben és prophylaxisképen 5 esetben. A 7 uraemiás eset közül 3 esetben eredmény nélkül használta azokat; a többi 4 uraemiás meggyógyult. Azt tartja, hogy a konyhasó-infusiók, minthogy ártalmatlanok, uraemiás esetekben, vagy a mikor az uraemia kifejlődése fenyeget, megkisérlendők.

Szana Sándor: Minthogy a tejdiaeta a vesék kimélésére való, a diuretin pedig a vesékre erősen ingerlőleg hat: kérdi, hogy a tejdiaeta és a diuretin együttes használatát illetőleg miként nyugtatja meg magát előadó?

Elfer Aladár: Hypodermoklysis helyett időnként a bélbeöntéseket is használandóknak véli.

Hainiss Géza: Uraemiás tünetekkel járó postscarlatinás nephritis eseteiben ajánlja a venaesectiót és hypodermoklysist.

Ursziny Gyula: A bő vízivást ajánlja scarlatinában, hogy a toxinok hígitva jussanak a vesékbe s igy ne gyakorolhassanak reájuk izgató hatást. (Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

4010/1905. kig. szám.

Szilágy vármegye zilahi járásában **Mocsolya** székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állást** elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket, eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmeiket hozzám, lehetőleg személyesen **1905. évi november 10.-éig** adják be.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1400 korona.

2. Fuvarátalány 600 korona.
3. Természetbeni lakás, megfelelő gazdasági épületekkel és kerttel.
4. Szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak.
5. Az engedélyezendő kézi gyógytár jövedelme.

A megállapitott fuvarátalány terhére a közegészségügyi kör községei rendesen havonként csak egyszer látogatandók meg.

A körorvos a nyugdijalapnak tagja.

Zilah, október hó 1.-én.

Tarpai Miklós, főszolgabiró.

2005/905. sz.

A munkácsi állami gyermekm nh lynél az 1200 korona évi fizetéssel, fűtéssel, világitással és első osztályú élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állás** megüresedvén:

felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyitványaiknak hitelesitett másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a nagyméltóságú m. kir. Belügyminister Urhoz czimzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **folyó évi október hó 15.-ig** küldjék be.

Munkács, 1905. évi szeptember hó 20.-án.

csatári Nuszer Lajos dr.
az állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság Délmagyarországon Krassó-Szörénymegyében fekvő bányái, hutái és uradalmainál **Stájerlakon** egy **orvosi állás** üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából ezennel pályázatot hirdetünk, megjegyezvén, miszerint az állás a kinevezés megtörténte után mielőbb, lehetőleg azonnal elfoglalandó.

A szóban forgó orvosi állás javadalmazása évi kettőezernyolczszáz (2800) korona tiszteletdij, évi hatszáz (600) korona utazási átalány és természetbeni szabad lakás Stájerlakon.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények legkésőbben **1905. évi október hó 10-éig** az alulirt igazgatósághoz (Budapest, IV., Egyetem-utcza 1) terjesztendők be és azokban azon időpont is jelzendő, melyben a pályázó kineveztetése esetén az állást elfoglalhatná.

Budapest, 1905. évi szeptember havában.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság magyar bányai, hutái és uradalmainak igazgatósága:

2—2 *Martinek* s. k.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézet. Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. Alapittatott 1863. Folyó év szeptember havában 1.164,500 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 982,100 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 78,988 k. 56 f. fizettetett ki. 1905. január 1.-töl szeptember 31-ig bezárólag 11.406,900 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be.

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.

200 évnél több, hogy a rohitschi Styria-forrást akut és idült

Enteritis catarrhalisnál

általánosan és kiváló sikerrel rendelik.

Hotel PANHANS Semmering Wien mellett.

Nagy modern elsőrangú szálloda.

Magaslati gyógyhely 1025 méter a tenger szine fölött.

Kitünően berendezve és hosszabb téli tartózkodásnak igen alkalmas.

Téli kúrák és téli sport.

Bővebbet a prospektusokban és a „Semmering als Winterstation" czimű brosurákban, Braunmüller kiadása, Wien.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készitményt rendelni: Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis eseteinel,

SYR. FERR. **POLYBROM.** CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. K Na amon. brom. és 0·005 arsent), mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Kellemes izénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

Készíti és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben valamint minden gyógytárban. Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

Készpénzért magas áron veszszük:

Mihalkovics **Emberboncztan** 1888-iki kiadását

MAI HENRIK és FIA orvosi szakkereskedők

Budapest, IV., Muzeum-körút 31.

SANATOGEN

Javalva VÉRSZEGÉNYSÉG, ANGOLKÓR, IDEGGYENGESÉG, vérbomlás és kimerültségi állapotok minden fajánál mint leghathatósabb erősitőszer és megbizható idegzsongitó. — Teljesen inger nélküli, kifogástalan izű, betegek szivesen veszik be. Orvos uraknak kisérleti anyagot és irodalmat kivánatra ingyen és bérmentve küld

BAUER & CIE.

Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.

Többszörösen kipróbálva! **Számtalan elismerőlevél!**

„NERVINOL“ BARABÁS

Tartalmazza a Ferrum, Calcium, Bromum, Natrium glycerophosphat sóit. Rendkivül gyors felszivódó képességénél fogva a legjobban ajánlható glycerophosphat-készitmény.

Előkelő ideg- és belgyógyászok fényes eredménynyel rendelik mindennemű ideges bántalmaknál, úgymint:

neurastheniánál, hysteriánál,
ideges gyomor- és bélbajoknál,
idegességből és vérszegénységből
eredő főfájásoknál, álmatlanságnál.

Az étvágyat nagy mértékben fokozza. * Reconvalescenseknél mint erősitő. Jó sikerrel alkalmazzák tabesnél, férfigyengeségeknél.

Számtalan elismerőlevél orvosaink legjobbjaitól, melyek meggyőződés czéljából az érdeklődő orvos urak által bármikor megtekinthetők.

Adagolás módja: Naponta 3 evőkanállal egy negyed pohár vízben vagy ásványvízben; gyermekeknél kávéskanalanként.

Egy üveg ára 2.50 korona, egy nagy üveg ára 5.— korona.

445 Készíti és szétküldi:

Lipótvárosi „Szent István“ gyógyszertára

Alapítva 1803. évben. **Budapest, V., Nádor-utcza 3. szám.** *Telefon 37—87. szám.*

Idegbetegek családias jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

Sanatorium és Vizgyógyintézet

Budapesten, VII., Aréna-út 82.

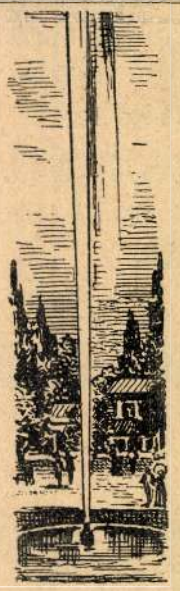
Alapittatott 1859-ben.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vízgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamozás (galvan-, faradikus- és Franklin-áram). **Massage** (diaeteticus és orvosi). **Vibratiós és rotatiós massage. Svédgymnastika. Hizlaló- és soványitó gyógymódok.** Kitünő ellátás mérsékelt árak mellett. Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló tisztaság.

Vizgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Telefon 15—35. Kivánatra prospektus.

Dr. Trajtler István, igazgató-főorvos.



Málnási

„SICULIA“

gyógyforrás

bikarbonatokban és konyhasóban, a kontinens legdúsabb **természetes, alkalikus, sós, savanyúvize.** Sziklarétegeken átfúrt **artézi forrás.** Páratlan étvágygerjesztő és nyálkaoldó. **A gyomorégést azonnal megszünteti. Korányi, Kétly, Rigler, Vámossy, Hirschler, Irsai, Onodi, Tauszk, Polatsek budapesti egyetemi tanárok és specialisták gége-, légcső-, tüdő-, gyomor-, bél-, vese- máj- és hólyagbántalmaknál a málnási**

„SICULIA“ gyógyforrás

természetes alkalikus **sós savanyúvizet minden eddig ismert savanyúviznél jobbnak minősitették.** Kezelő tulajdonos „**SICULIA**“ r.-t. **Málnásfürdő,** (Háromszékmegye).

Főraktár: Budapesten, 532

LUX MIHÁLY drogéria-üzlete,

IV., Muzeum-körut 7. Telefon 672. Azonkivül kapható minden gyógyszertárban, drogéria- és fűszerkereskedésben és vidéken minden nagyobb városban.

Tessék a „SICULIA“ névre figyelni.

THIOCOL

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kisérletek bizonyitják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyitószere.

A Liquor thiocoli com. sec. Eibach, melynek fő hatóanyaga a thiocol, kombinálva igen hatásos erősitőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyagcseréjét s igy tökéletesen pótolja, némely tekintetben felülmulja a külföldi készitményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyuladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő. **Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.**

Készítője: **EIBACH ÖDÖN** gyógyszerész

Budapest, VI., Andrássy-út 55.

ALSOL

Aluminium acetico-tartaricum Athenstaedt.

Tekintélyek által ajánlott **nem mérgező antisepticum, desinficiens, adstringens.** A chlorsavas kali, carbolsav, lysol, eczetsavas aluminium és sublimat pótszere. Prof. Fritsch, a **nőgyógyászati gyakorlatban specificumnak** jelzi. Csak az 50%-os oldat—**Liquor Alsoli 50%** — rendelendő. Eredeti 80 gr.-os üvegek, mérő-scalával = 1 kor. 20 fill. 13. b.

Szíveskedjék irodalmat és ingyenmintákat kérni:

Athenstaedt & Redeker

Hemelingen, Bremen mellett.

Kapható a legtöbb gyógytárban.

Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A., gyógyszertára a „Csillag“-hoz Budapesten.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 42. szám. *Budapest, 1905. október 15.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET 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:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Elfer Aladár Közlemény a kolozsvári belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Fehérvérűség sajátos esete. 724. lap.

Chudovszky Móricz: Az idült könyökizületi hátulsó ficzamodás beigazitása inképléssel kapcsolatban. 727. lap.

Steiner Pál: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre. 728. lap.

Tárcza. Behring tanár új tuberculosis-ellenes szere. 730. lap. — Róth-Schulz Vilmos: Uti jegyzetek. 731. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Steiner Pál:* Az appendicitis korai műtétének kérdése. 733. lap. — *Könyvismertetés. H. Sachs:* Gehirn und Sprache. (Kollarits Jenő.) 734. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Dunbar:* A cholera gyors bakteriologiai felismerése. (Picker Rezső.) — *Orthopaedia. James Fränkel:* A chinai nő lába. (Kopits Jenő.) — *Max Klar:* A hallux valgus eredete. (Kopits Jenő.) — *Idegbajok. Frankl-Hochwart:* A tetaniáról. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. P. Daser:* Osteitis deformans (Paget) esete. (Gergő.) — *Clubbe:* Intussusceptio miatt 100 esetben végzett laparotomia. (Pólya.) — *Legg:* Oesophaguscarcinománál gastrotomia. (Pólya.) — *Th. G. Lyon:* Empyema sikeres kezelése pneumococcus-serummal. (Pólya.) — *Húgyszervi betegségek. A. Heymann:* Cystitis trigoni vesicae. (P. R.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Brodyki:* A csukamájolaj pótlószere. — *Burchard:* Szívneurosisok gyógyítása. — *Gallois:* Pityriasis versicolor. — *Magyar orvosi irodalom.* 735—737. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kitüntetés. — Kinevezés. — Jubileum. — Választás. — Jósa András. — Alapitvány. — Laehne Ernő dr. emlékezete. — A kötelező kórházi gyakorlat. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — Behring tuberculosis-ellenes gyógyszeréről. — A cholera-járvány. — Ipari betegségek nemzetközi congressusa. — A budapesti egyetemi II. számú női klinika. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

Melléklet. Szemészet. 3—4. szám. Szerkeszti: *Grósz Emil.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Fehérvérűség sajátos esete.

Közli: *Elfer Aladár* dr.

1903. julius havában oly beteg került észlelésünk alá, kinél a klinikai megfigyelés, majd a kórboncztani és kórszövettani vizsgálati eredmények összessége a fehérvérűségnek oly esetét mutatta, mely a részletesebb ismertetést feltétlenül indokolttá teszi.

K. D.-né, 40 éves földmívesné, nagydobokai illetőségü, felvétetett 1903. évi julius 30-án. A subintelligens betegtől kevés kórelőzményi adatot nyerhetünk. Szüleiről nem tudja, hogy miféle bajban haltak el; testvérei nincsenek. Férje szegényes körülmények között él és egészséges. Egy fia katonáskodik. Beteg soha nem volt; hideg nem lelte. Ez évben, pünkösdkor — tehát 2½ hó előtt — lett beteg, azóta folyton gyengül.

A kis termetü czigányasszony feltünően halvány; látható nyálkahártyák hasonlóképen halványak. Bokák körül mérsékelt vizenyő. A csontok nyomásra nem fájdalmasak, a sternum sem. Mirigyek feltünőbb megnagyobbodást nem mutatnak. Olyan gyenge, hogy járni is alig tud. Idegrendszer részéről a fejfájáson kivül semmi feltünőbb eltérés. Nyakon tág venák futnak le. Mellkasi szervek felett kopogtatási eltérések annyiban mutathatók ki, hogy mellül a bal csúcs felett valamivel üresebb a kopogtatási hang. Mellül valamivel magasabban végződő tüdőhatárok; hátul mindkét oldalt 2 haránt ujjal magasabban végződő tüdőhatárok. Mindenütt érdes légzés. Néha egyet-egyet köhög, köpetet nem ürit. Szívcsúcslökés az 5. bordaközben, majdnem a mellső hónaljban, jól tapintható; határai felfelé a 3. borda felső széle, befelé a sternumra nem terjed reá, kifelé a szívcsúcslökés helye, aláfelé pedig a májtompulatba olvad. Szívhangok a csúcson kissé elmosódottak, a nagy edények felett gyengék, de tiszták. Apáczazörej nem hallható. Pulsus kis hullámú, könnyen elnyomható, perczenként átlagos száma 100 körül van. Has felső része előmborodó, benne az erősen megnagyobbodott máj és lép tapintható. Máj nagy és ellentálló, alsó széle a köldök felett 1 harántujjnyira tapintható; sima felületü, kissé érzékeny. Lép nagy, egy tenyérnyire tapintható a bal bordaív alatt, kemény, élesszélü, behúzódások nélkül. Vizelet átlagos napi mennyisége 1000 cm³, átlagos fajsúlya 1012, világos, tiszta, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

A kórlefolyásból a következő adatokat emelem ki: A bejövetelkor megejtett vérvizsgálat mutatja, hogy az ujjhegyből kiserkedő vér világosabb színü, elég könnyen megalvad; a nativ készitményben kifejezett anisocytosis; makro- és mikrocyták, magvas pirosvértestek; a pirosvértestek általában halványabbak. Elég jól megtartott pénztekercsképződés. Fehérvérsejtek megszaporodottak és igy is feltünő a számos nagy egymagvú fehérvérsejt jelenléte, melyek a pirosvértesteknél átlag 2—3-szorta nagyobbak és vékony szegélyü protoplasmájukban szemcsézettséget nem látunk.

Beteg 15 napig áll észlelésünk alatt, a mely idő alatt fokozatosan gyengül, naponként remittáló, sőt néha intermittáló hőmenet (36·6—39·4° C). Alkalmazott therapia vas és chininum sulf. 1903. augusztus hó 13.-án délelőtt 8 órakor exitus.

1903. augusztus hó 14.-én délelőtt 10 órakor sectio. (A bonczolást Buday tanár végezte.) A bonczolási jegyzőkönyvből a következőket emeljük ki. Alacsony termetü, erősebben lesoványodott női hulla; háton hullafoltok csak igen kis számúak, halványak. Ajkak igen halványak; nyak venái elég teltek; has ellapult; a májszél a köldök magasságában érezhető. Bokák körül csekély vizenyő.

Koponya belfelülete érdes, diploë igen vérszegény, agyburkok hasonlóképen; a venákban szokottnál hígabb vér. Agyalapi ütőerek üresek; agyállomány tömött, igen vérszegény, edényfonatok teljesen vértelenek. Hasfal zsirszövete sorvadt, sötétebb sárga. A máj lejebb van tolva; a bal mellürben mintegy

200 gm. tiszta savó. A szívburokban mintegy 300 gm. tiszta savó. Szív tág, üreiben kevés híg vér és részben vizenyős, kocsonyás rostonyából, részben a rendesnél világosabb vérből álló alvadék; kifejezett genyszerű, sárgás-zöldes véralvadékok teljesen hiányzanak. Jobb gyomrocs tág, fala petyhüdt; vérszegény. A bal gyomrocs szintén tágabb, csúcs legömbölyített; szívizomzat barnás, halvány apró hájas foltokkal a szemölcsizmokban.

A bal tüdő felső lebenyének alsó része tömöttebb; általában fekete pigmentben gazdagabb; a hilus-tájon egy kis diónyi szemcsés, szürkés-rózsaszínű gócz, melynek közepe sequesterszerűen szétmállott. A tüdő általában vizenyős. A jobb tüdő mellső részével odanőtt, általában az is szívósabb a rendesnél, azonban mindenütt serczegő metszlapja igen vérszegény, vizenyős. Az art. pulm. mindkét tüdőben többhelyt laza hengerded alvadékokkal van eldugaszolva.

A lép minden átmérőjében nagyobb (16 × 10·5 × 5·5 cm.). Burok nincs megvastagodva, sima. A lép súlya 680 gm. A burok alatt a lép állománya halvány-szürkés rózsaszínben tünik át, egyes sötét-kékes pettyekkel tarkítva. Ezenkivül néhány karélyos szélü világosabb sárgás-szürke tömöttebb gócz is látszik a burkon keresztül, melyek bemetszve ékalakban folytatódnak befelé. A meglehetős vérszegény metszlapon halvány sárgás-vörös alapról szürkés rózsaszínü szemcsék emelkednek ki, melyek a metszéslapot egyenetlenné teszik, s látszólag a megnagyobbodott folliculusoknak felelnek meg. A lép állománya általában tömött.

Vesék középnagyok, tömöttek; kéreg meglehetősen széles; burok nehezebben válik le; a felület homályosan szemcsés; a szemcsék világosabb színüek, míg a behúzódások elég vérteltek; egy pár durvább behúzódás is látható a vese felületén. Garat igen halvány; tonsillák kicsinyek, tömöttek. Gége, légcső nyákhártyája halvány, pajzsmirigy kicsiny, halvány. Sem a hörgök körüli, sem a nyaki, sem a bélfodri, hashártyamögötti és lágyéki nyirokmirigyek feltünően megnagyobbodva nincsenek.

A vékonybelek nyálkahártyája, különösen az alsó részen, kissé belövelt, de sem a Peyer-csomók, sem a magányos tüszők megduzzadva nincsenek.

A csontok közül felfürészeltettek a szegycsont, az ágyéki és alsó háti csigolyák, a két czombcsont és a bal felkarcsont. A szegycsont és csigolyák csontvelőjének alapszíne halvány-rózsaszínü, a rendesnél vérszegényebb, benne szürkés-fehér áttetsző halvány góczocskák vannak, melyek kölesnyi-lencsényiek, meglehetősen élesen határoltak, területükben a csontvelő majdnem teljesen hiányzik. A két czombcsont sagittalis fürészelési lapja teljesen egyforma képet nyujt, a mennyiben az alsó fele a diaphysisnek és az alsó epiphysis majdnem teljesen sárgás, halvány, mindenben a zsíros csontvelő jellegével bir; míg a felső fele a diaphysisnek és a felső epiphysis halvány-piros, a már leirt szürkés-fehér góczocskákkal telt, a melyek különösen a trochanterben nagyszámúak. Nagyjában hasonló képet mutat a bal felkarcsont is.

A máj nagyobb; a burok alatt vérdús, a mélyben halvány, meglehetős tarka, a mennyiben szürkés alapon vérdúsabb és halványabb, barnás-szürkés és sötétvörös részek minden szabály nélkül váltakoznak, úgy hogy a lebenykés rajzolat eltünt.

Diagnosis: Leukaemia medullae ossium. Intumescentia leukaemica lienis et hepatis. Infarctus anaemici lienis. Nephritis interstitialis granulosa. Dilatatio totius cordis; degeneratio adiposa myocardii ventriculi sinistri. Embolia ramorum arteriae pulmonalis. Nekrosis infarctiformis a. pulmonalis dextrae. Hydrops et anaemia universalis.

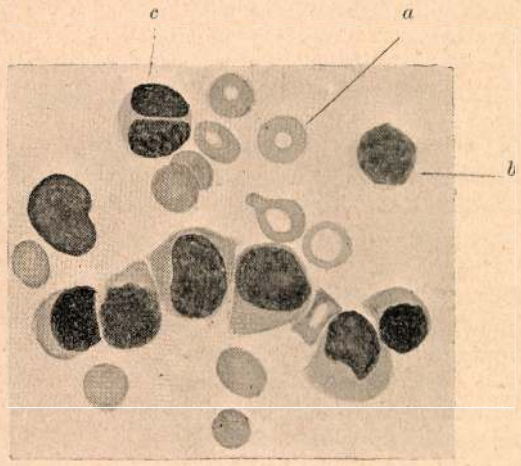
Ezeknek előrebocsátása után áttérhetünk az élőben megejtett vérvizsgálatra. A 15 napi észlelés folyamán három izben vizsgáltuk a vért és azonkivül közvetlenül az exitus után. Mint már előzőleg említettük, a nativ vérkép a rendestől teljesen elütő volt, a mennyiben feltünő volt a halványabb pirosvértestek kifejezett formai különbözősége és a magvas pirosvérsejteknek nagy számban való jelenléte; a magvas pirosvérsejtek nem voltak átlag nagyobbak a rendes nagyságú pirosvértesteknél. A jelentékenyen megszaporodott fehérvérsejtek is a rendes vérképben elő nem forduló alakokat mutattak; a fehérvérsejtek zömét a nagy egymagvúak képezik, a melyek vékony szegélyű, szemcse nélküli protoplasmával ellátottak és magjuk átlagosan kerekformájú.

Vizsgálati adatainkat a következő táblázat tünteti fel.

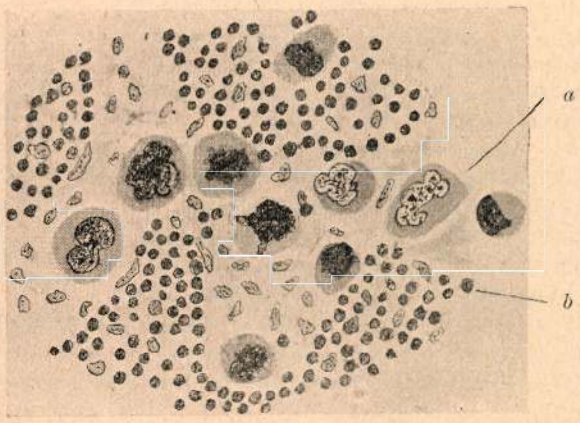
Idő	Haemoglobin	Pirosvértestek száma	Fehérvérsejtek száma	Arány a piros és fehérvérsejtszám közt	Többmagvú fehérvérsejt			Szemcsézett egymagvú fehérvérsejt			Szemcsézetlen egymagvú		Átmeneti	Magvas pirosvérsejt	Vérlemezke
					Neutrophil	Eosinophil	Basophil	Neutrophil	Eosinophil	Basophil	Nagy	Kis			
1903. VII/31.				39 : 1	2·2%	0·28%	—	—	—	—	68·45%	16·8%	0·83%	11·2%	
											85·25%				sok
	25% Fleischl	1.240,000	31,500	—	16	2	—	—	—	—	488	120	6	81	
VIII/2.					1·78%	0·19%	—	0·19%	—	0·19%	70·09%	21·38%	0·69%	5·44%	
											91·47%				„
	—	—	—	—	18	2	—	2	—	2	708	216	7	55	
VIII/13.				27·2 : 1	2·51%	—	—	0·09%	—	—	66·9%	25·4%	1·1%	3·8%	
											92·3%				„
	25%	1.078,000	39,500	—	27	—	—	1	—	—	720	274	11	41	
					3·18%	0·2%	—	0·1%	—	—	73·5%	18·7%	0·89%	2·9%	
Exitus után 5 percz	—	—	—	—	25	2	—	1	—	—	92·6% 580	147	7	22	„

A festésre használt fedőlemez-készítményeket részint hő mellett, részint pedig absolut alkoholban fixáltuk. Festő folyadékaink az *Ehrlich*-féle triacid, az eosin-haematoxylin és a Romanowsky különböző módosításai (Giemsa), az eosin-methylenkék és alkoholos dahlia-oldatok voltak. Az egyes fehérvérsejtek közti számarány meghatározása különböző készítmények összeállítása mellett történt és mint a táblázat mutatja, egy alkalommal legkevesebb 713 sejtet számoltunk össze. A különböző időkből származó készítményeinkről, miután festési sajátságaik tekintetében nagyobb mértékü különbségeket nem mutatnak, a leirást egyben adjuk. Készítményeinken jól látható az anisocytosis, mérsékelt polychromatophilia, különösen a magvas pirosvérsejtekben; a magvas pirosvérsejtek a későbbi időszakban gyérebb számban láthatók, és erősen festődő magjuk sem mutatja a kezdetben elég nagy számmal észlelt változatos formákat. Szemcsés pirosvértesteket nem láttam. A magvas pirosvérsejtek átlag a rendes pirosvértest nagyságát mutatják. Igen sok vérlemezke. A mi a fehérvérsejtek festődési viszonyait illeti, azok különösen a Romanowsky szerint festett készítményeken tanulmányozhatók jól. Ugy a nagy, mint a kis egymagvú sejtek erős magfestést mutatnak, utóbbiak lényegesen kifejezettebben; a magformák meglehetősen egyenletes kerek alakúak és a fehérvérsejtnek csaknem legnagyobb részét kitöltők.

Protoplasmájuk világoskék színü, elég egyenletes festést mutat; a nagy egymagvúak vékony szegélyü protoplasmája erősebben festődő. Granulatiókat sehol nem találtam ezen sejtekben, pedig igen sok készítményt néztem át lelkiismeretes szorgossággal. A nagy egymagvúak különböző nagyságot mutatnak; vannak extrem nagy alakok, melyek a rendes pirosvértesteknek négyszeresét is meghaladják, és találhatók a pirosvértestekkel majdnem egyforma nagyságú alakok, melyek csakis festési sajátságaik révén, továbbá mert plasmájuk könnyebben roncsolódó, különböztethetők meg a kis egymagvú fehérvérsejtektől. Ezen felszaporodott fehérvérsejtek még a rendkivül óvatossággal felkent, igen vékony fedőlemezeken is itt-ott roncsolt képet adnak. Elég gyakran találkoztunk oly formákkal, melyek az előbbiek alapján a nagy fehérvérsejtek csupaszon álló magvainak bizonyultak; azonkivül meg nem határozható sejtroncsok is láthatók. Kevés számban oszló fehérvérsejtek Triaciddal festett készítményeink nem voltak eléggé tanúságosak,



I. *Vérkép*: *a*) pirosvértest, *b*) lymphoid-sejt, *c*) oszló fehérvérsejt. Reichert-górcső. Hom. immers. 1/12. VI. Oculár.)



II. *Inguinalis mirigy*: *a*) kis lymphocyták, *b*) myeloplaxumok. (Formalin-fixálás. Eosin-haemotoxylinfestés. Reichert-górcső. II. Ocul. 5. Objectiv.)

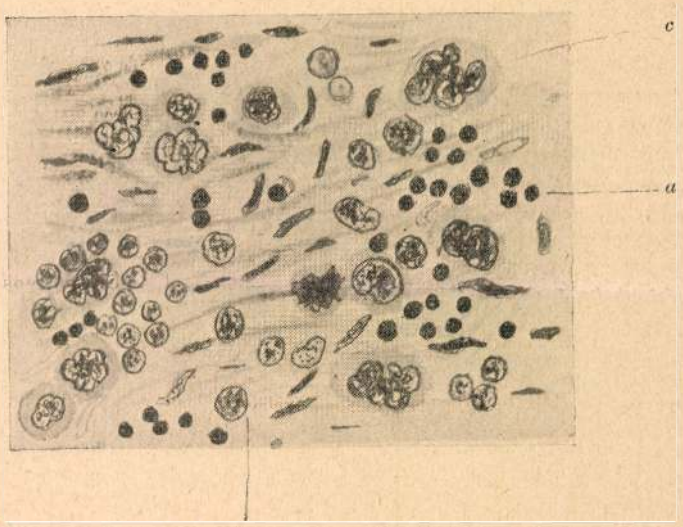
mert különösen a felszaporodott fehérvérsejtformák alig hogy megfestődő magot mutattak. Granulatiókat bennük ezen festéssel sem nyerhettünk; nagy mértékben megfogyott a többmagvú neutrophil fehérvérsejt alak, egymagvú szemcsézett fehérvérsejtek elenyésző számban. Eosinophil velősejtet sohasem láttam.

A sectio után az inguinalis mirigyekből, a lépből és a czombcsontvelőből nyert kaparékokat tárgylemezre felkentük és úgy kezeltük, mint az élő vért szokás.

A *mirigynedvben* (Romanowsky-festés) elég nagy számmal látunk főleg nagy egymagvú sejteket, melyek körülbelül az élő vérnél leirtakkal megegyeznek, bár némileg gyengébb a magfestésük. Igen sok a sejtroncs. A gyéren látható magvas pirosvérsejtek is gyengébb magfestést mutatnak. Azonkivül láthatunk halványan festődő változatos formájú, igen nagy — az előbbieknél jóval nagyobb —, protoplasma nélküli, csupaszon fekvő magvakat, melyek közül egyik-másiknál azonban pontos beállítás mellett halványkék protoplasmarészlet is látható.

A lépnedvben (Romanowsky és triacid-festés) szintén különböző nagyságú egymagvú sejteket láttunk. Egyéb sejtformákat nem tudtam biztosan felismerni.

A velőnedvben (Romanowsky és triacid-festés) legnagyobbrészt kis és nagy egymagvú fehérvérsejtek láthatók, elég jól festődő magvakkal. Ezenkivül láthatunk a mirigynedvben már leirt magalakú sejteket, melyek egyik-másika elég intensive festődik. Ezen nagy, változatos, kanyargós szegélyü magvakat tartalmazó fehérvérsejtek nek a protoplasmája halványkékre festődő, itt-ott alig látható; ezeknél azonban a mag intensivebben festődik. A hol a csaknem csupaszon álló magvak ily intensive festődnek, ott sötétebben festődő ibolyás-vörös chromatin hálózatot is láthatunk. Ezen nagy sejtek magvai a legváltozatosabb képet mutatják; egyik-másik a sejtnek legnagyobb részét elfoglalja, meglehetősen éles határral, a midőn csak a középen láthatni csekély behúzódást, vagy pedig csavarszerü formát mutat, a mely ferdén elnyúlva, hosszúkás vonalban halad és egy-egy részletét csak különböző beállítás mellett láthatjuk élesen. Feltünnek oly magalakok is, melyek a központból sugarasan indulnak ki és körkörösen bunkószerü megvastagodásban végződnek. A pirosvértestek halványan festődők, a rendes nagyságú magvas pirosvérsejtek elég nagy számban láthatók. Többmagvú fehérvérsejteket neutrophil granulatiókkal gyér számban láttam.



III. *Czombcsontvelő*: *a*) lymphocyta, *b*) lymphoid-sejt, *c*) myeloplaxum. (Formalin-fixálás. Eosin-haematoxylinfestés. 5. Objectiv. II. Oculár.)

Szövettani vizsgálat czéljából felhasználtattak: az agyvelő, máj, vese, pankreas, tüdő, inguinalis mirigyek, lép és a czombcsontvelők egyes részletei. A készítményeket a kórboncztani intézet igen tisztelt vezetősége volt szives rendelkezésemre bocsátani, miért is nagy köszönettel tartozom neki.

Az agyvelő, máj, pankreas, tüdő, lép formalin-rögzítés, a mirigy és csontvelő pedig formalin- és sublimat-rögzítés után a szokott kezelés mellett celloidinba beágyazottan került feldolgozás alá. Festés eosin-haematoxylinnal történt.

A leirásban csakis a kérdéshez tartozó részleteket adom.

Agyvelő: semmi feltünőbb sejtbeszüremkedés; az edények átmetszetén a megváltozott vérkép látható.

Tüdő: az alveolusok legnagyobbrészt fibrinnel teltek; az interalveolaris területen mérsékelt sejtbeszüremkedés; egyes területeken az edények körül kifejezett sejtcsoportok láthatók, melyek legnagyobbrészt kis és nagy egymagvú sejtekből állanak számos átmenettel. Egy-egy ily góczocskában egy-két óriásmagvú sejtet is lehet látni.

Máj: lebenyek között átlag mérsékelt sejtbeszürödés, azonban elszórtan körülirtabb és feltünőbb sejtcsoportokat láthatunk kis és nagy egymagvú sejtekkel. A sejtsorok közötti capillarisban jól feltünik a megváltozott vérkép; általában a májsejtsorok sorvadtabbak, a capillarisok tágabbak. Egy-egy ilyen tágabb capillarisban óriásmagvú fehérvérsejteket is lehet látni.

Vese: kifejezettebb sejtbeszüremkedés nem látható; véredényekben a megváltozott vérkép mellett egy-egy óriásmagvú fehérvérsejt.

Pankreas: a capillarisokban helyenként óriásmagvú fehérvérsejtek.

Lép: kifejezettebb interstitialis váz; kötőszövetes túltengés. Az ilyen körülirtabb kötőszövetes váz mellett sejtfelhalmozódásokat láthatunk, melyek nagyobbára kis és nagy egymagvú fehérvérsejtekből állanak. A capillarisokban a megváltozott vérkép. A tok alatt a lép sejtállománya dúsabb; a folliculusok azonban általában sejtszegényebbek. A pirosvértestek mellett rendes nagyságú magvas pirosvérsejtek is előfordulnak, de jelentékenyen háttérbe szorulnak az egyébfajta sejtelemek mellett. Pigmentrögök elég nagy számban. A nagyobb egymagvú sejtekben a mitosis különböző alakjai, bár nem nagy számban. Az edényfalon belül a fehérvérsejtek mitosisos formái is észlelhetők, azonkivül óriásmagvú sejtek is láthatók ugyanit', melyek elég jól megtartott protoplasmát mutatnak és formájukban teljesen megegyeznek a lép gyurmasejtjei között található óriásmagvú sejtekkel. Ezen utóbbi óriásmagvú sejtek különböző nagyságúak és a kisebbekben intensivebb a magfestődés. Egyes területeken ezen óriásmagvú sejtek nagyobb számban fordulnak elő.

Mirigy: tok kevéssé megvastagodott és itt-ott szétszórtan kis kereksejtű beszüremkedés. Általában a rendes mirigyszerkezet megtartott; egyes területeken azonban sejtszegényebb, más helyeken pedig a felhalmozódott fehérvérsejtek miatt a csiraközpontok elmosódott határúak. Tágult nyirokhézagok, melyekben feltünő heves a fehérvérsejtforma; ezen hézagokat feltünő nagy számban töltik ki a legváltozatosabb nagyságot és alakot mutató óriásmagvú sejtek. Ezen sejtek magvai itt-ott halványan festődnek, míg más területeken igen intensive veszik fel a magfestéket.

A sejtmag alakja is igen változatos, a mennyiben hol az egész sejtet kitöltő, kissé hullámzatos felületü gömböt képez, hol pedig a legváltozatosabb alakban összezsugorodó és igen intensive festődik. Azon óriásmagvú sejtekben, a hol a mag metszése harántirányban történt, igen jól látható, hogy pl. az öt vagy kevesebb gömbszerű kitüremkedés mint függ össze egymással a központban. Ezen kitüremkedő bunkócskák legkiállóbb pontjai a központtól meglehetős egyenlő távolságra fekszenek. A legtöbb óriásmagvú sejt elég jól megtartott és elég jól festődő protoplasmát mutat, de vannak olyanok is, a melyeknek vékony szegélyü protoplasmájuk van és ez egyik-másik sejtben alig látható Ezen óriásmagvú sejtek átlagos nagysága 9—30 μ között ingadozik.

Csontvelő: általában igen sejtszegény és vastag kötőszöveti kötegektől áthidalt. Ezen kötőszövet-kötegek hol szigetszerüleg összefolynak és helyet adnak az aránylag szük területre szoritkozó zsiros szövetnek, melyeknek elemei készitményeinken természetesen nem láthatók; hol pedig egymáshoz simulók és a köztük levő keskeny hézagokat különböző sejtformák töltik ki: szétszórtan kis körülirt sejtfelhalmozódások. A csontvelő ezen durvább typusa valamennyi készitményen szembeötlő. A csontvelő sejtes alakelemei a rendestől eltérő képet mutatnak.

(Folytatása következik.)

Az idült könyökizületi hátulsó ficzamodás beigazitása inképléssel kapcsolatban.

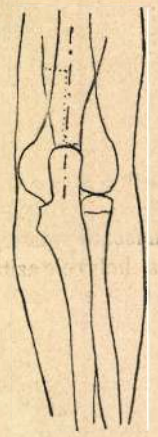
Közli: *Chudovszky Móricz* dr. közkórházi igazgató.

Sebészek régen tudják azt, hogy a könyökizület idült ficzamodásainak beigazitása véres mütét útján mindig sok akadályba ütközik. Röntgennek korszakot alkotó felfedezése előtt mi csak a mütét alkalmával ismerhettük fel azon nehézséget okozó akadályt, a mely miatt egyik-másik esetben szivesebben másképen végeztük volna mütétünket. A midőn az izületet megnyitottuk, bizonyosodott be csupán, hogy helyesen vagy helytelenül jártunk-e el, a midőn az izület megnyitását czélzó eljárások valamelyikét igénybe vettük.

Ma már Röntgen-kép alapján győződünk meg arról, hogy az izület véres beigazitásakor mennyire kell számba vennünk az egyik vagy másik bütyök, vagy a forgolya egy részének, vagy a hollóorr nyulványának letörését. E hibásan gyógyult törések különböző alakjai az idült könyökizületi ficzamodásoknak úgyszólván állandó kisérői. Ezen adatok ismerete alapján a mütéti beigazitás alkalmából helyesen járhatunk el, a mi a csontos akadályokat illeti; de részben ismeretlenek maradnak azon akadályok, a melyeket a ficzamodás idült jellege mellett a tok és segitő szalagok hegei, azok hibás helyzete, s az egyes izomcsoportok összehúzódása okoznak.

Sok évi tapasztalat alapján a hátulsó könyökizületi ficzamodások idült alakjainak a beigazitásakor lényeges akadálynak találtam a háromfejü izomnak tétlenségi összehúzódásából származó ellenállását. A miért is ily ficzamodás esetében megkisérlettem, hogy mi módon lehetne ezen akadály elhárítását elérni az izület megnyitása alkalmával. Az izület megnyitása czéljából ajánlott eljárások sokfélesége bizonyitja legjobban, hogy a sebészek nem tudtak s nem is fognak tudni megegyezni arra nézve, hogy egy határozott módszer szerint járjanak el a hátulsó könyökizületi ficzamodások véres beigazitása alkalmával. A sokféle módszer oka abban rejlik, hogy egy-egy nevesebb sebész több izben oly módon mütett ily és más hasonló eljárást igénylő esetben s eljárását módszerré kivánta fejleszteni.

Igy ismeretes Liston fektetett T-alakú metszése, a midőn a könyökizület hátulsó felszinén, a felkar belső bütyke felett kezdődő, 8—10 cm. hosszú, lefelé haladó metszéssel hatol az izületbe s a harántmetszéssel a felkarorsóizületig ér. Langenbeck szerint az izületet 10—12 cm. hosszú metszéssel kell megnyitni, a mely valamivel jobban a középvonalban halad, mint Liston hosszanti metszése. Hueter kétoldali metszést ajánlott e czélra, a metszések közül a felkar belső bütykein haladó 2 cm.-nyi, a külső bütykén fekvő 6—8 cm. hosszú legyen s a végtag hosszanti tengelyével párhuzamosan haladjon. Ollier szuronyalakú metszési módszerénél a metszés a felkar külső felszinén a külbütyök legkiemelkedöbb pontja felett 6 cm.-nyire kezdödik, innen tompa szögben a könyökcsúcsot éri s a singcsont hátulsó felszinén 4—5 cm-nyire lefelé halad párhuzamosan az alkar hosszanti tengelyével. Nélaton módszere szerint a metszés első része megfelelel az Ollier-féle metszés első részének, csakhogy leér egészen az orsófejecsig s innen L alakban folytatódik a singcsont középvonaláig. Kocher a Nélaton-féle L-alakú metszést ív alakban képezi ki. Én magam az idült könyökizületi ficzamodás helyreállítása czéljából a visszaigazitást gátló összes akadályok könnyü leküzdésére oly metszést választottam, a mely a felkar alsó harmadán, annak hátulsó felszinén, a középvonalban haladó irányban 4—5 cm.-re ér a könyökcsúcs alá. A bőrt és a bőnyét feltárom, szétkampóztatom. Ezután a háromfejü izmot tapadásáig tompa emelövel felemelem, az izmon egy Z-alakú metszéssel két részt szabok, egy belső rövidebb részt, a mely a könyökcsúcshoz tapad s fedi a singideget, s egy külső részt, a mely az izomhhassal van összefüggésben. Ezen utóbbi részletnek a félrehúzása után az izület tokszalagját hátul feltárjuk, az erősen tartó, részben heges, részben álszalagos tokszalagösszenövéseket keskeny szikével átmetszszük, s ha tört csontrész van az izületben, azt könnyedén kiszabadithatjuk. Az izületet ilyenkor a lényeges beigazitási akadályok megszüntetése után könnyedén beigazithatjuk. A könyököt derékszögü állásba hozzuk, a háromfejü izom két képlő részét a bőnyével együtt egyesitjük. A bőrszéleket összevarrjuk. A könyököt 7—10 napra kötéssel középállásban rögzitjük. A varratok kiszedése után 2—3. napra megkezdjük az izület mozgatását, fürösztését és mozgóvá tételét.



Könyökizület hátulról, a háromfejü izom inával
—.— = bőrmetszés
..... = ínmetszés

Ily módon mütett két esetem rövid ismertetését a következőkben adom.

I. H. M. 16 éves fiú (I/20—III/30). Egy év előtt lóról leesett s jobb könyöke megsérült. A jobb könyök 20—30 foknyi mozgási kitérést enged. Alkarját a könyökben kissé behajtva tartja. A könyökcsúcs az orsófejecsccsel együtt a felkar hátulsó felszinén tapintható, elül a felkar alsó izületi végét érezzük. Röntgen-fel-

vétel szerint hátulsó alkarficzamodáson kivül a külső bütyök gyógyult törése is látható. Mütét I/23.-án morph.-chloroformbódításban. A felkar hátulsó felszinének középvonalában a sinkampó csúcsa felett kiinduló 12 cm-es metszéssel a bört és a bőnyét átmetszszük. A háromfejü izmot Z-alakú metszéssel egy alsó belső s az izülettől leválasztott metszéssel átmetszszük. Az izületet hátul feltárjuk, inmetszővel átmetszszük az orsócsont fejecse körül támadt szálagos tokszálagi összenövéseket. Az izületi részeket ily módon könnyen visszahelyezzük. Az ekkép meghosszabbított háromfejü izom két csonkját egyesitjük. Bőrvarrás. A könyököt gyengén tompaszögben rögzitjük. Elülső gyps-sin. Elsődleges gyógyulás. Kilenczedik naptól kezdve a végtagot mozgatjuk, fürösztjük. Teljesen munkaképesen távozott. Röntgen-képen a rendes könyökizület képe látható.

II N. M. 43 éves nő (IV/9—V/9.) Nyolcz hó előtt szekérrel felborult, miközben bal alkarja megsérült. Röntgen felvétel szerint az alkar hátrafelé ficzamodott s a hollóorrnyúlvány letört. Az alkar 20—30 foknyi mozgásra képes a könyökizületben, a mely kissé tompaszögü állásban van. Mütét IV/15.-én morph.-chloroform-bódításban ugyanolyan módon, mint az előbbi betegnél, csakhogy a tört hollóorrnyúlványt még azonkivül el kellett távolitani. Gyógyulás elsődleges. Kisfokú ischaemikus bénulása villamozásra hamar megszünik. Röntgen-képen rendes könyökizület látható.

Sajnálom, hogy eljárásommal eddig még csak két ily esetben próbálkozhattam meg, de minthogy a beigazitott könyökizület működése teljesen beállott, kartársaim szives figyelmébe ajánlom ez eljárást, hogy esetleg saját tapasztalatuk alapján mondhassanak véleményt az eljárás értékes vagy értéktelen voltáról.

Nem kivántam valami új módszerről szólani, vagy új eljárást ajánlani. Hiszen a sebészek előtt eléggé ismeretesek azon kisérletek, a midőn idült izületi ficzamodások helyreigazításakor ínátmetszésekkel próbálkoztak. Mindnyájunk emlékében él Dollinger tanár előadása, a melyet a német orvosok és természetvizsgálók karlsbadi vándorgyülésén tartott, s a melyben idült vállizületi ficzamodás helyreigazitása czéljából a véres mütét alkalmával azon inak átmetszését ajánlotta, a melyek a beigazitást korlátozzák. A mit Dollinger ínátmetszésekkel kivánt elérni, azt kivánom én elérni a könyökizület idült fiazamodása véres beigazitásakor a háromfejü izom képlő mütétével.

E mütét fő előnye az, hogy az izület beigazitásakor nem kell csontot törni, porczot zúzni, szakitani a mennyiben az összes akadályokat metszés útján szüntetjük meg, s ily módon a lehető legkedvezőbb gyógyulási feltételeket kapjuk.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre.

Irta: *Steiner Pál* dr., mütőorvos.

(Folytatás.)

VI. Az emlő rákos megbetegedése.

Az emlő daganatai közt az első helyet a rák foglalja el. Nálunk az 1897. szeptember-től 1903. szeptemberig terjedő 6 évi időben 122 beteg került emlődaganat kórismével felvételre, közöttük 108 rákos volt, a mi az összes emlődaganatok 88·6%-ának felel meg. Ugyanezen idő alatt a járóbeteg-rendelésen 340 beteg jelentkezett emlődaganattal, köztük 305 emlőrákkal, vagyis a rák az emlődaganatok közt 83·8%-kal szerepel. *Billroth* statistikájában a rák az összes emlődaganatok közt 82%-kal, *Schmidt*-nél (heidelbergi klinika) 82·66, *Bryant*-nál 83·16, *Ángerer*-nél 85·5%-kal szerepel.

108 emlőrák-esetünkből a bántalom
a bal emlőben . . . . . 57 esetben ült
a jobb „ . . . . . 51 „ „

A kort, melyben az emlőrák fellépett, a következő táblázat mutatja:

23 – 26	év	közt	jelentkezett	. . .	2 beteg
30—35	„	„	„	. . .	7 „
35—40	„	„	„	. . .	11 „
40—45	„	„	„	. . .	30 „
45—50	„	„	„	. . .	15 „
50—55	„	„	„	. . .	21 „
55—60	„	„	„	. . .	11 „
60—65	„	„	„	. . .	4 „
65—70	„	„	„	. . .	5 „
70—75	„	„	„	. . .	1 „
75—77	„	„	„	. . .	1 „
			Összesen	. .	108 beteg

Tehát a legfiatalabb emlőrákos betegünk 23, a legidősebb 77 éves volt. A 40—55 év közt 66 beteg, eseteink 56·7%-a jelentkezett.

Az *anamnestikus* adatok közt a *trauma*, melyet a betegek előszeretettel említenek, eseteinkben 11-szer szerepel.

Előrement *mastitis* 2 esetben zajlott le a rák keletkezése előtt 2 illetve 3 évvel, a mastitis igen súlyos volt, hosszas genyedéssel s többszöri mütéti beavatkozást igényelt.

Paget disease-t legutóbb észleltünk a rák fejlődése előtt. Heredität eseteinkben nem találunk kiemelve.

Klinikánkon az emlőrák mütéti módszere kétféle volt: Az 1897/8—1898/9. tanévekben divott mütéti eljárás a következő volt:

1. az egész emlő eltávolitása;
2. a nagy mellizom pólyájának és felületes rétegeinek kirtása;
3. a hónalmirigyek kifejtése a zsirszövettel együtt;

1899 őszétől kezdve tökéletesebb módszer szerint operáltunk, a mennyiben ez időtől fogva a *Halsted-Kocher*-methodust alkalmaztuk. A mütét menete a következő:

1. a hónaljárok feltárása és a hónaljkúp zsiradékának kihámozása a mirigyekkel együtt.
2. az emlőnek a két mellizommal együtt in toto eltávolitása;
3. tapintható mirigyek esetén a supraclavicularis árok és a m. scalenus ant. és sterno-cleido-mast. alatti zúg kitakarítása.

A mütéti eredmény helyes megitélése czéljából a különböző mütéti methodus szerint operált eseteket külön tárgyaljuk.

I. A régebbi módszer szerint operált esetek:

A) Primaer rákok.

Ide tartozó eseteink száma 38, melyek közül ismeretes 25-nek további sorsa. Eseteinkben a rákfennállás és a klinikán való jelentkezés közti idő 2 hó—4 év közt váltakozott; eseteinknek több mint fele az első éven túl jött, tehát olyan időben, midőn a rák már nem volt helyi bántalom, hanem már a nagy mellizom is rákosan beszürődött. Ilyen esetekben tehát már a priori nem lehet kielégitő az oly módszer, mely a mellizomnak csak pólyáját s felületes rétegeit távolitja el, mert a recidiva a visszamaradt csirokból gyorsan létrejön.

Ha részletezzük az ismert 25 esetben a rákfennállás és a jelentkezés közti időt, a következő táblázatot kapjuk:

2	hó	után	jelentkezett	. .	2 beteg
3—6	„	közt	„	. .	6 „
6—9	„	„	„	. .	1 „
9—12	„	„	„	. .	1 „
1—1½	év	„	„	. .	6 „
1½—2	„	„	„	. .	4 „
2—3	„	„	„	. .	2 „
3—4	„	„	„	. .	2 „
ismeretlen			. . . . .		1 „
			Összesen	. .	25 beteg.

10 esetben, tehát az esetek 40%-ában kifekélyesedéssel találkozunk; a rák tyúktojás-férfiökölnyi, sőt gyermekfejnyi is volt, a környezettel összekapaszkodott.

Operativ mortalitásunk 2 esetben volt; egyik esetben a kifekélyesedett rák eltávolitása után sepsis, másik esetben hetednapra pleuritis cancrosa volt a halálok.

Recidivában 17 beteg halt meg. Ezeknél a recidiva, mely

részben lokalis, részben tájéki volt, 3 hó és 2½ év közti időben lépett fel, főleg az első évben, a mennyiben

3	hó után	jelentkezett . .	2	esetben
4	„ „	„ . .	2	„
5	„ „	„ . .	1	„
6	„ „	„ . .	1	„
7	„ „	„ . .	2	„
8	„ „	„ . .	2	„
10	„ „	„ . .	1	„
11	„ „	„ . .	2	„
	tehát az első évben	. .	13	esetben
14	hó után	jelentkezett . .	1	esetben
18	„ „	„ . .	1	„
2½	év „	„ . .	2	„

A halál a recidiva fellépése után átlag 6 hón belül következett be.

Intercurrens betegségben, midőn ezt értesülésünkben beigazolva is láttuk, 2 beteg halt meg. Mindkettőnél kiemelve találjuk, hogy localis recidiva nem volt jelen.

Recidivamentes 4 eset. Érdekes az egyik eset, a melyben a 45 éves nőbetegnél ezen módszer szerint amputáltuk az emlőt s a hónaljkúpot kitakarítottuk 1898. február 16-án. E beteg 1904 őszéig teljesen egészséges volt, tehát 6½ évig s ekkor lépett fel, a hegben s az ellenoldali emlőben áttétel. E betegen 1905. márciusban *Halsted-Kocher*-mütétet végeztünk és a beteg jelenleg, 1905. októberben még él. A másik 3 esetben a daganat 8 hét, 3 hó és 1 év óta állott fenn, egyik esetben táji mirigyek nem voltak tapinthatók, a másik két esetben is csak 1—2 hónaljmirigy volt kiérezhető. E betegek közül a mütét óta egynél 6 év, kettőnél 5 év mult el s orvosi vizsgálat igazolta, hogy recidiva nincs.

Eredményeink tehát a régibb eljárással a következők:

operativ mortalitás	2	eset
recidivában meghalt	17	„
intercurrens betegségben meghalt .	2	„
recidivamentes 3 éven túl . . .	4	„

Ha a számarányt százalékban fejezzük ki s az operativ, valamint intercurrens halált levonjuk s csak az ismert eseteket veszszük számba, úgy:

recidivamentes 3 éven túl . . .	19%
recidivában meghalt	81%

Ha pedig a számarányt az összes mütett esetekre állapítjuk meg s még az intercurrens betegséget is, minthogy bonczolás ezt nem igazolta, recidivának vagy metastasisnak veszszük, úgy:

recidivamentes 3 éven túl . . .	11·8%
recidivában meghalt	88·2%

Ha számításunk alapjául az 5 éven belüli recidivamentességet veszszük, úgy csak 34 eset áll rendelkezésünkre, melyekből 25 eset ismeretes. Ezekből

recidivamentes 5 év után . .	4	eset
recidivában meghalt	17	„
operativ mortalitás	2	„
intercurrens halál	2	„

Ha százalékban fejezzük ki, ugyanazon számarányt kapjuk, mint a 3 évre való számításnál, mivel a régi módszer szerint operált esetek ép azon időbe esnek, melyeknek mütéte óta az 5 év is eltelt.

Itt is azonban külön kiemelendő, hogy ama 4 eset közül, melyek az 5 évet recidivamentesen érték meg, az egyik a mütét után 6½ évre úgynevezett késői recidivát kapott.

B) Recidiv rákok.

Recidiv rákot 9 esetben operáltunk a régibb módszer szerint. A recidiva 8 esetben másutt, 1 esetben a klinikán végzett mütét után jelentkezett. Ismeretes 2 betegnek további sorsa. Egyik esetben csak tájéki, másik esetben tájéki és localis recidivával volt dolgunk, az első esetben az elsődleges mütét 6 hó, a második esetben 1 év előtt történt. Az elsődleges mütétkor a rák 6 hó illetőleg 1½ év óta állott fenn. E 2 esetben a mütét óta 6 év, illetőleg 5 év telt el és így ezek a definitiv gyógyulások közé sorolhatók.

Ha az ismeretlen 7 esetet mint recidivában elhaltat veszszük is, úgy

recidivamentes 5 éven túl . . 22·2%.

II. Halsted-Kocher szerint operált esetek.

A) Primaer rákok.

3 évi recidivamentesség megitélése czéljából számításba 22 operált eset jöhet, melyek közül 17-nek további sorsa ismeretes.

Operativ halálozásunk 1 esetben volt, midőn a halál ok a bronchopneumonia volt.

Recidivában 7 beteg halt meg, midőn is localis és tájéki recidivával volt dolgunk. A recidivák jelentkezésének ideje: 2, 6, 8, 10 hó, 1¼, 1½, 2½ év volt s a halál a recidiva jelentkezése után 3—6 hón belül állott be. Ez esetekben a rák fennállási ideje a mütétkor:

5 hó telt el	1	esetben
6 „ „ „	1	„
9 „ „ „	1	„
1 év „ „	2	„
2 „ „ „	1	„
4 „ „ „	1	„
Összesen . . .	7	esetben.

Metastasisban localis recidiva nélkül meghalt 2 beteg. Egyik esetben 1½ év után a csontokban, egy másik esetben 3 hó mulva a gyomorban jelentkezett a metastasis s rövidesen halálhoz vezetett.

Recidivamentes 3 éven túl 7 beteg. Ez esetekben a rák fennállása és a jelentkezés közt 3½ hó—3 év telt el a következő elosztással:

3½	hó	telt el	1	esetben
6	„	„	1	„
9	„	„	1	„
1	év	„	3	„
3	„	„	1	„
Összesen . .			7	esetben.

Hogy ez esetek tényleg recidivamentesek, arról több esetben személyesen is meggyőződhettünk. Egyik betegről *Dollinger* tanár a következő leletet vette fel: A mütéti seb helyén fehér, puha, mozgatható heg; a kar minden irányban úgy aktive, mint passive szabadon mozgatható; beszürődött mirigy sehol sem tapintható. Erőbeli állapota kitünő. Egy másik esetben a beteg válaszában kiemelte, hogy karját teljesen szabadon és jól használhatja. Ez esetek is igazolják a klinika ama tapasztalatát, hogy a Halsted-Kocher mütét a kar jelentékenyebb müködészavarát nem vonja maga után.

Ha eredményeinket százalékban fejezzük ki és az operativ mortalitást a végleges eredmény megitélésére levonjuk s az arányt az ismert esetekre vonatkoztatjuk, úgy

recidivamentes 3 éven túl . .	43·7%
recidivában meghalt	43·7%
metastasisban meghalt	12·6%

Ha az ismeretlen eseteket recidivának veszszük és így állapítjuk meg az eredményt, úgy

recidivamentes 3 éven túl . .	33·3%
recidivában meghalt	57·1%
metastasisban meghalt	9·6%

Ha az ugyanezen időn belül *Dollinger* tanár által személyesen operált 6 esetet veszszük számba, úgy tekintve, hogy 3 esete recidivamentes 3 éven túl, 50% végleges gyógyulásról számolhatunk be.

5 évre eseteinket nem számíthatjuk, mert a mütét óta még nem telt el 5 év.

A külföldi statistikákat áttekintve látjuk, hogy *Billroth* a Winiwarter-féle statistika szerint az eseteknek csak 4·7%-ában tud 3 évnél hosszabb recidivamentességről beszámolni. *Esmarch* 11·7%, *Gussenbauer* 16·7%, *Eiselsberg* 18%, *Ehrich* a rostocki klinikáról (Trendelenburg, Madelung, Garré) 21—21·5%, *Czerny* (1897) 21%, *Küster* 21·5%, *Warren* 26%, *Helferich* 28·5%, *Bergmann* 28·79%, *Braun* (göttingeni klinika) 28·32%, *Mayo Robson* 32·2% definitiv gyógyulást, illetőleg 3 évi recidivamentességet értek el.

Halsted 3 évnél hosszabb recidivamentességet véve alapul,

40·1% definitiv gyógyulást észlelt azon műtét után, melyet ő inaugurált s a melyet a legtöbb esetben önmaga végzett s így a mi eredményeink sem maradnak a külföldi statistikákban feltüntetett eredmények mögött.

B) Recidiv rákok.

Recidiv ráknak csak 1 esetében végeztünk azon idő alatt *Halsted-Kocher* műtétet. Ezen eset egy 48 éves nőre vonatkozik, kinek primaer daganatát a klinikán kivül már kétszer operálták. A rák a második műtét óta gyermeknökölnyire növekedett és kifekélyesedett. Ekkor a 10 hó óta fennálló daganatot a régebb módszer szerint operáltuk. A recidiva ezen műtét után a 10. hóban mutatkozott és a beteg jelentkezésekor úgy localis recidiva, mint tájéki áttétel volt jelen, mire *Halsted-Kocher* műtétet végeztünk. E beteg jelenleg, 4 évvel a műtét után, jól van, recidivamentes.

VII. A gyomor rákos megbetegedése.

A gyomor rákos megbetegedésével 59 beteg került felvételre.

Kor szerint

23 éves	1	beteg
30—40 év közt	10	„
40—50 „ „	26	„
50—60 „ „	18	„
60—70 „ „	4	„
Összesen	59	beteg

Tehát a mi eseteinkben a 41—60 év közti időre 73·3% esett. *Nem* szerint volt 33 férfi és 26 nő.

A mi a *heréditást illeti:* egy esetben a betegtől hallottuk, hogy anyja is gyomorrákban halt el.

Az anamnestikus adatok közt 47 esetben találjuk a hosszabb idő óta fennálló *gyomorzavarokat*. Igy volt betegünk, a ki 22 év óta szenvedett heves gyomorfájdalmakban, étvágytalanságban, és olyan, a ki 10—12 évre vezeti vissza gyomorbeli zavarait. Másfelől egyes esetekben a betegek a baj keletkezése előtt hosszabb ideig fennállott véres hányásról panaszkodtak, midőn is valószinűleg előrement ulcus hegében fejlödött a rák; egy esetünkben a bonczolat is valószinüvé tette, hogy az antrum pyloricumban székelő rák ulcusból fejlődött.

A mi a rák *székhelyét* illeti, eseteinkben

a kis görbületen	2	esetben
a nagy „	4	„
diffuse az egész gyomorfalon	7	„
a pyloruson	19	„

ült a rák.

Ezen számok csak azon esetekre vonatkoznak, melyekben műtéttel győződhettünk meg a rák kiindulási helyéről. E szerint az esetek 59·4%-ában volt pylorusrákkal dolgunk.

A betegek a klinikát a baj észrevevésétől számított különböző idő mulva keresik fel. A következő összeállitás, a mely nem a régi gyomorzavarokat, melyekről fentebb szóltunk, veszi számba, hanem vagy a baj első észrevevését, vagy a baj súlyosbodását veszi alapul, mutatja, hogy mily későn jelentkeznek a betegek a sebésznél:

1 hó után jelentkezett	1	beteg
2 „ „ „	1	„
3 „ „ „	5	„
4 „ „ „	5	„
5 „ „ „	2	„
6 „ „ „	7	„
7 „ „ „	4	„
8 „ „ „	1	„
9 „ „ „	2	„
10 „ „ „	2	„
1 év „ „	17	„
1½ „ „ „	1	„
2 „ „ „	5	„
3 „ „ „	1	„
4 „ „ „	1	„
5 „ „ „	1	„
több „ „	3	„
Összesen	59	beteg.

Tehát 1 éven belül 30 beteg, 1 év után 29 beteg jelentkezett, a betegek tehát a baj észrevevése után átlag a *8. hóban* jönnek a sebészhez. *Krönlein*-től tudjuk, hogy a gyomorrák műtét nélkül átlag egy év alatt válik halálossá s ha most tekintetbe veszszük, hogy a betegek betegségüknek átlag 8. havában, vagyis midőn betegségük tartamának már ²/₃-a letelt, fordulnak a sebészhez, úgy természetesnek fogjuk találni, hogy aránylag csak ritkán végezhetünk radikalis műtétet (lásd *C)* pont alatt). Ennek pathologiai oka a rák propagálásában rejlik, a mely rohamosan történik és a környezetet a rákos burjánzás körébe vonja. Hogy mily kiterjedésben szürődtek be rákosan a szomszédság és a tájéki mirigyek, azt műtett eseteink alapján a következő táblázatban láthatjuk. Beszürödöttek

a gyomor körüli mirigyek	10	esetben
a mesenterialis mirigyek	5	„
a kis cseplesz	3	„
a nagy cseplesz	1	„
a hashártya diffuse	1	„
a nyombél	2	„
a vékonybél	1	„
a vastagbél	2	„
a pankreas	5	„
a máj	5	„
teljesen szabad, mozgatható daganat, áttétel nélkül	4	„

Ezen bevezető rész után tekintsük egyenként operativ beavatkozásainkat.

Műtéti beavatkozásainkat 3 csoportban tárgyaljuk:

A) Próbalaparotomia.

19 műtett esetből 4 esetben végeztünk csak próbalaparotomiát, mert az esetek radikalis beavatkozásra alkalmatlanok voltak; palliativ műtét sem volt javalva, mert pangási tünetek, súlyos mechanikus insufficientia nem voltak jelen. Ha ezen 4 esethez hozzá számítjuk még ama 8 esetet, melyben a nagyfokú cachexia miatt egyáltalában semmi beavatkozás nem történhetett, látjuk, hogy eseteink 30%-a már inoperabilis szakban jön a klinikára. *Krönlein* is 264 esetből 73 próbalaparotomiát végzett és 53 esete (20·1%) a priori inoperabilis volt.

Próbalaparotomiás gyomorrákos betegeink közül 1 halt meg a klinikán a műtét után 1 hóra lassan előhaladó cachexiában, 3 beteg gyógyult hassebbel hagyta el a klinikát s otthon 30—130 nap közti időben, átlag 73 nap alatt, kimerülés folytán haltak el.

(Folytatása következik.)

Tárcza.

Behring tanár új tuberculosis-ellenes szere.

Az épen most lezajlott párisi tuberculosis-congressus legkimagaslóbb mozzanata Behring tanár előadása volt, melyben a híres tudós a tuberculosis leküzdésére egy új szert helyez kilátásba. Behring előadását a congressus ünnepélyes záró-ülésén, október 7. én tartotta, a hallgatóság nagy érdeklődése mellett. A külső körülmények igen emlékeztetnek arra a nevezetes záróülésre, melyen Koch az 1891.-i berlini nemzetközi orvos-congressus alkalmával tuberculinjáról tett először közlést.

Behring előadása a következő.

„A két utolsó évben egy új gyógyitóelvnek jöttem a nyomára, mely gyökeresen különbözik a tőlem 15 év előtt leirt antitoxin-eljárástól. Ez az új gyógyitóelv viszi a főszerepet „Bovovaccin"-omnál is, mely azon négy év alatt, a mióta állatorvosok használják, kitünően bevált mint immunizáló szer.

Ez az elv abban áll, hogy a szervezet élő sejtjeibe bizonyos anyagot viszünk be, mely a gümőkór virusából származik, de azzal nem azonos. Ezt az anyagot egyelőre TC-nek nevezem. Ha ez a TC a sejtek s a szervezet alkotórészévé vált, s a sejtek útján átváltozáson esett át, TX formulával jelölöm.

A TC alkotórésze a bacillusoknak; ez az ő formativ anyaguk, mely e mellett még fermentativ (különösen katalytikus) hatással is bir.

Ez az anyag azzal a különös sajátsággal van felruházva, hogy puszta érintkezés útján elektiv módon fixálni tud más anyagokat; ezt a tulajdonságát „adsorptio"-nak nevezem. E mellett még bizonyos körülmények között assimiláló tulajdonságai is vannak. Szóval: ez alkotja a bacillusoknak úgyszólván vitalis principiumát.

Felfogásom szerint a szarvasmarhának gümőkór ellen való immunizálása alkalmával a bacillusok TC-je tisztán, járulékos alkotórészek nélkül szerepel; symbiotikus hatást fejt ki a sejtekben, különösen a nyiroksejtekben. A TC jelenléte magyarázza meg a tuberculin-reactiót, s ez teszi a sejteket immunissá a tuberculosis ellen.

Kerülő úton jutottam csak, sok nehézség leküzdésével, a jelzett immunizáló eljárás eszméjéhez. Eszmém tehát teljesen különböző az antitoxikus humoral immunitás elvétől, s a cellularis immunitás elvének nevezhető. Kijelentem, hogy felfedezésemre nem jutottam volna Metschnikoffnak a phagocytosissal foglalkozó dolgozatai nélkül, melyeket igen behatóan tanulmányoztam.

Nézeteim helyességének a bebizonyítása órákat venne igénybe. A bizonyítékokat megtalálhatják egy nagyobb müvemben, melynek első füzete nemsokára napvilágot fog látni.

Ezúttal csak arra szorítkozom, hogy röviden vázoljam gyógyeljárásomat s hatásmódját, a mennyire azt a tuberculosisról folytatott tudományos vizsgálataim alapján megállapíthattam.

Uj módszerem meggyőződésem szerint alkalmas arra, hogy az embereket megvédje a gümőkóros fertőzés káros hatása ellen.

* * *

Feltételezem, hogy ismerik a szarvasmarháknál alkalmazott tuberculosis-ellenes vaccinatiós módszeremet. Alig kell mondanom, hogy mindent megkisérlettem, hogy ezt a módszert az emberen is eredménynyel lehessen alkalmazni. De igyekezetem eredménytelen volt s tapasztalataim alapján végleg le kellett arról mondanom, hogy valaha is lehessen virulens tuberculosis-bacillusokat gyógyító czélból az emberi szervezetbe bevinni.

Az emberi gümőkór eredményes gyógyítása meggyőződésem szerint azzal a perczczel kezdődik, midőn új szeremet felfedeztem.

A fentebb vázlatszerüen elmondottak után minden további részletezés nélkül is érthető, hogy legfőbb igyekezetem az volt, hogy a szervezetet megkiméljem a TC anyagnak hosszadalmas és mindig veszedelmes termelésétől. Sikerült ezt elérnem „in vitro"-kisérletek útján. Az aktiv immunisatiót, Ehrlich szavaival élve, passivvá változtattam át. Mondhatom, hogy életemben alig éreztem nagyobb örömet, mint azokban a napokban, hetekben és hónapokban, a mikor számtalan állatkisérlet alapján sikerült mind határozottabban az ok és okozati kapcsolatot megtalálnom a vaccinatio és az immunitás között; a diphtheritis-ellenes serum hatásmódját illetőleg is egyik rejtvény a másik után megoldást nyert.

Vizsgálataim eredményeit a következőkben foglalhatom röviden össze. A feladat abban áll, hogy a TC-anyagot megszabadítsuk a gyógyító hatását gátló mellékanyagoktól. Ez utóbbiakból a tuberculosis-bacillusokban háromféle van: 1. Egy csak vízben oldékony anyag, mely bizonyos fermentativ és katalytikus hatással bir. Ez az anyag fejti ki a Koch-féle tuberculinban az ismert mérgező hatást. Chromophiliája, physikai és vegyi tulajdonságai révén teljesen azonos azzal az anyaggal, a melyet Meyer Arthur marburgi botanikus irt le nemrég „Volutin" néven. Ezt az anyagot TV-nek nevezem. 2. Egy globulin-fajta anyag, mely csak 10%-os konyhasó-oldatban oldható; nevezzük ezt TGL-nek; szintén mérgező hatású, ép úgy, mint a Koch-féle tuberculin. 3. Több nem mérges hatású anyag, a mely csak alkoholban, aetherben, chloroformban stb. oldódik.

Ha a tuberculosis-bacillust megszabadítjuk ezektől az anyagoktól, csak egy test marad még benne vissza: a „*maradék-bacillus*" (Restbacillus).

Ez a maradék-bacillus morphologiai és festésbeli tulajdonságai szerint teljesen megegyezik a teljes tuberculosis-bacillussal, de bizonyos eljárásokkal amorph anyaggá alakítható át, a mely már most alkalmas a közvetlen felszívódásra a tengerimalacz, házinyúl, ürü, kecske, marha és ló fehérvérsejtjei részéről.

Ezek a sejtek az amorph anyagot feldolgozzák és átalakítják, miközben a sejtek maguk oxyphilok és eosinophilok lesznek. A sejtek ezen átváltozásával lépést tart a szervezetnek a TC-anyag behatására kifejlődő tuberculosis-immunitása.

Alapvető tény, hogy a TC, bár maga nem tud tovább szaporodni, gümő fejlődését okozza. *De az ilyen módon keletkezett gümő nem sajtosodik el s nem lágyul el.* Pontosan megfelel a „Laënnec-féle gümős granulatio"-nak. Bizonyos körülmények között a Laënnec-féle „szürke beszürődés" vagy „gelatinosus beszürődés" képét tüntetheti elő. A legkülönbözőbb emlős állatokon végzett kisérleteim alapján megállapíthattam, hogy a tuberculosis-bacillusokból ezt a TC-alkotórészt „in vitro" is elő lehet állítani, *még pedig oly formában, hogy bátran adható az embernek is.* Müvem therapeutikai része csak akkor fog megjelenni, ha gyógyszerem hasznát és ártalmatlanságát kipróbálták a klinikusok is, a kik nálam jártasabbak a tüdőgümőkór egyéni változataiban és prognosisában.

De másrészről kivánatosnak tartom, hogy új gyógyszeremmel állatokon más laboratoriumokban is kisérletezzenek, hogy így mások is meggyőződhessenek arról, hogy nagy hatású gyógyító agensről van szó, mely eddig ismeretlen volt.

Ismeretes, hogy a tuberculosis praeventiv és gyógyító kezelésére újabban sok szert ajánlottak, ilyenek a Koch-féle tuberculin és ugyanezen tudós új tuberculinja (TK), ilyenek Maragliano és Marmorek serumai; de ismeretes az is, hogy mások e szerekkel nem értek el oly kedvező eredményeket, mint feltalálóik.

Én azt remélem, hogy szerencsésebb leszek, s hogy azok a tudósok, a kiknek majd kisérletezés czéljából rendelkezésére bocsátom új szeremet, laboratoriumaikban ép oly jó vagy még jobb gyógyeredményeket fognak vele elérni, mint én.

Méltóztassanak visszaemlékezni arra, hogy mai közlésem feltünően hasonlít ahhoz, a melyet „Uj gyógyszer a diphtheria ellen" czímen 1890-ben tettem. Akkori kijelentésemet, hogy felfedezésem sarkalatos fontosságú, az azóta eltelt tizenöt év fényesen beigazolta. De felfedezésem közlése után 4 évnek kellett eltelnie, míg a gyakorló orvosok bizalommal kezdettek viseltetni iránta s gyakorlatukban alkalmazták. Talán még tovább kellett volna várnom felfedezésem szabatosságának és fontosságának az elismerésére, ha nagy barátom, Roux Emil a budapesti congressuson velem együtt szót nem emelt volna a gyermekpusztító diphtheria leküzdésére!

Meddig fog vajjon tartani, míg új tuberculosis-ellenes szerem részesévé lesz az általános elismerésnek s megtalálja útját az orvosi gyakorlatba? Nem tudom.

Sok tényező együtthatásától várom a sikert. Ezek: munkakedvem és munkaerőm, taktikai ügyességem és last not least, olyan embernek a támogatása e küzdelemben, mint Roux-é, kinek diadalmas energiája, bátorsága és önzetlensége minden kétségen felül áll! S így szavaimat annak a reménynek a kifejezésével zárom be, hogy a jövő congressuson a tuberculosis-elleni küzdelemben jelentékeny haladásokról fogunk beszámolhatni."

Uti jegyzetek.

(Folytatás.)

Az intézmény eszméje *Becher* és *Lennhof* berlini orvosoktól ered, s az előbbitől, a ki egy jelentékeny s termékeny társadalmi alkotás megteremtőjének saját müve iránti nagy szeretetével mutatta be nekem a schönholzi erdei telepet, nyertem annak szervezéséről részletes felvilágositást. *Becher* és *Lennhof* poliklinikai s pénztári betegek lakásviszonyainak tanulmányozásából merítették azt a meggyőződést, hogy a tuberculosis leküzdése érdekében első, legsürgősebb követelés a munkaképtelen, odahaza s utczaszerte lézengő betegekről egészségi állapotuknak megfelelő, tehát tiszta erdei levegőben való tömeges, olcsó nappali elhelyezés útján gondoskodni. Erre vonatkozólag a berlini tuberculosiscongressus elé terjesztették azt a propsitiojukat, hogy állami erdőségekben kiköl-csönzött Dökker-barakkok segélyével állíttassanak fel a nappali ellátásról is lehető egyszerű módon gondoskodó telepek, a melyeket a közlekedési vállalatok kedvezményes menetjegyek engedélyezése által tegyenek a szegénysorsú néposztályoknak könnyen elérhetőkké. Az ideát a vörös-kereszt valósította meg, a mely most már Berlin közvetlen közelében hat üdülőhelyet (kettőt-kettőt férfiak

s nők s kettőt gyermekek számára) tart fen. Ezenkivül egy sor német város követte a példát. A csak nyár folyamán működő erdei üdülőhelyek épen csak egy bekerített erdőterületen emelt gazdasági barakkból s egy a rossz időjárás ellen védő, egyszerű fekvő csarnokból állanak, a melyekhez felszerelésképen a kellő számú fekvőszék és étkezőasztal járul. A vezetés egy testvérre van bizva. Ha a Döcker-barakk kölcsön kapható, 150 beteget befogadó üdülőhely már 4000—5000 M. árán emelhető, s az ellátás költségei személyenként napi 50—80 fillérrel fedezhetők. Igazat kellett adnom *Becher*-nek, hogy épen olyan országokban vannak hivatva az üdülőhelyek hézagpótló tevékenységre, a hol munkásbiztosítás hijján a sanatoriumi mozgalom csak lassú előrehaladásra számíthat. A leginkább latba eső ellenvetés, a mely ellenük felmerülhet, az, hogy működésük a nyárra korlátozódik. Ez a korlátozás azonban facultativ, s a lefolyt évben a berlini üdülőhelyek egyike — az eichkampi — a tél folyamán is nyitva maradt ápoltjai számára s csakúgy hozzájárult azok állapotának megjavításához, mint nyáron. Persze a téli kúrához egy külön épület emelése (étkezőterem, iroda, konyha, testvér- s alkalmazottak hálószobái) volt szükséges mintegy 13.000 M. árán. A téli tartózkodás lényegesen emeli az üdülőhelyek jelentőségét. A programm kibővítése mindenesetre felér az eichkampi csinos házacska költségeivel.

Az intézmény tevékeny előharczosai egyike által az épület ünnepélyes felavatása alkalmával idézett Goethe-verset:

„Freund lass dir gefallen dieses kleine Haus,
Gröss're kann man bauen,
Mehr kommt nicht heraus"

kétségtelenül sokan voltak hajlandók oda interpretálni, hogy ezen szerény keretü, olcsó, könnyen megvalósítható intézmény hasonló gyógyítási eredményeket szolgáltat majd, mint a nagy áldozatok árán emelt sanatoriumok. Az ilyen reménység csak ünnepi hangulatból s nem higgadt megfontolásból fakadhat. Ha az üdülő helyek azon szerény eszközökhöz képest, a melyeket ápoltjaik javára fordítanak, igen jó eredményeket érnek is el (l. az orvosi jelentéseket), viszont ezen eredmények az eszközök hézagossága folytán eleve korlátoltak. Orvosi szempontból az orvosi kezelés, felügyelet s gyógyeszközök hiánya (csak a gyermek-üdülőhelyek vannak állandó s szorgos orvosi ellenőrzés alatt) pótolhatlan hátrány s mindenképen nagy restrictio a hygienikus életmódnak, a jó levegőnek a nappali tartózkodásra való korlátozása s végre az esetek bizonyos számában az oda- és visszaszállítás is nagyon megcsappantja a kúra értékét Ezen hátrányok a dolog természetéből folynak. A példaszó: „chacun a les défauts de ses vertus" csakúgy alkalmazható személyekre, mint intézkedésekre. Az üdülőhelyek minden fogyatékossága nagy előnyükből, olcsóságukból származik s anyagi eszközök gyarapodásával az üdülő helyekből fokozatosan tetszésszerinti tökéletességü intézetek fejleszthetők. A *monsi* üdülőhely (Belgium) például nagy lépést tett előre, a midőn ápoltjait kórházi barakkokban az éj folyamára is elhelyezte. Az üdülőhelyek eszméje nyilvánvalóan olyan gyakorlati, életképes idea, a mely a legkülönbözőbb variatiókban fog beválani.

Különösen nagy jelentőséget tulajdonítunk a gyermeküdülőhelyeknek. Joggal utalt *Becher* propagáló irataiban arra, hogy a tuberculosis az iskolás gyermekek körében jóval gyakoribb, mintsem azt régebben hitték. Mostani pathologiai tudásunk az empirián alapuló, régóta uralkodó orvosi közfelfogással összhangzólag mulhatlanul azt követeli, hogy az infectiora különösen hajlamos zsenge korú egyéneket lehetőleg óvjuk a fertőzés veszélyétől. S ezen szempontból elkerülhetlen szükségesség, hogy nyilt, fertőzőképes gümőkórban szenvedő gyermekek mindazon helyektől, a hol a fertőzést gyermektársaik körében terjeszthetnék, tehát iskolától, óvodától, szünidei gyermekteleptől távol tartassanak. Épen, a midőn ezen sorokat irom, kerül kezembe *Bexheft* dr. jelentése az Orvosi Hetilap egyik számában a belügyministeriumban tartott iskolaorvosi értekezletről, a melynek egybehivására a belügyministeriumhoz egy másik ministerium részéről intézett azon kérdés adott alkalmat, vajjon a tuberculosisban szenvedő tanulók kitiltandók s kitilthatók-e az iskolából? Az értekezlet általános iskolaegészségügyi rendszabályok alkotását javasolta s a részletes tárgyalás alapjául szolgáló előterjesztés kidolgozására szükebb körü bizottságot küldött ki. Biztosan remélhető, hogy ezen előterjesztés a tuberculosis elleni védekezésre vonatkozólag fontos intézkedéseket fog proponálni. Bizonyos azonban, hogy a legradikalisabb eszköz a fertőzőképes gyermekeknek az iskolából való kitiltása egy évekig elhúzódó betegségnél csak azon esetben volna alkalmazható, ha ezen gyermekekről — elhelyezésükről, gyógyításukról, oktatásukról — egyéb módon gondoskodunk. A ki a tuberculosis elleni óvóintézkedések hatásos voltának feltételeit behatóbb tanulmány tárgyává teszi, abban mulhatlanul megérlelődik az a meggyőződés, hogy praeventiv rendszabályoktól eredményt csak akkor várhatunk, ha azok a betegekről való gondoskodással karöltve járnak. Ez a gondoskodás minden praeventiónak integráló része. A szóban forgó esetben az iskolaorvosi intézmény továbbfejlesztésével s az administrativ rendszabályokkal legalább egyenrangú fontosságú a gümőkóros gyermekek elhelyezése S itt a berlini üdülőhelyek, a melyekben a beteg, főleg gümős s görvélyes gyermekek százai jutnak elhelyezésre, követendő s csekély anyagi befektetést igénylő voltuk miatt számunkra is elérhető példaként állanak előttünk. Hogy a beteg gyermekeknek az iskolából való kivonása s egészségüknek megfelelő elhelyezése mellett továbboktatásukról is lehet gondoskodni: azt a *charlottenburgi erdei iskola* illustrálja, a melynek szervezését illetőleg a *Kuthy* és *Tauszk* szerkesztette „Tuberkulózis"-ban megjelent ismertetésre utalunk.

A vörös-kereszt népsanatorium-egyesületnek az eddigiekben ismertetett három osztályán kivül (grabowseei sanatorium, családgondoskodás, üdülőhelyek) még további három működik a tuberculosis elleni küzdelemben, u. m. munkásközvetítő, gyermeksanatorium és vidéki kolonia osztálya. Az első feladatául azt tűzte, hogy a grabowseei ápoltaknak az intézet elhagyása után egészségi állapotuknak megfelelő foglalkozást szerezzen. Az idealis szempont, a mely kezdetben ezen osztály vezetői előtt lebegett, az volt, hogy, a volt ápoltak lehetőleg vidéken a gazdaság körébe vágó foglalkozáshoz jussanak. Ez a törekvés azonban kevés sikerrel járt: részben azért, mert fogyatékos munkaerejü s a gazdasági szakmákban járatlan munkásoknak állást szerezni nagyon nehéz; másrészről, mert a munkások sem hajlandók jövedelmezőbb városi foglalkozásukat elhagyni. Általában a helyreállott munkaképességü betegeknek hivatásváltoztatása nagy akadályokba ütközik, hiszen korlátoltabb munkabirásuknál fogva tulajdonképeni munkakörükben is nehezen jutnak foglalkozáshoz. Ehhez képest a munkaközvetítő osztály, a mely működésében mindeddig csak szerény eredményeket képes felmutatni, irányelvül azt fogadta el, hogy „a gümőkóros betegeknek a sanatorium elhagyása után való hivatásváltoztatása ugyan sok esetben kivánatos, a fődolog azonban az, hogy az illető egyáltalán munkát kapjon, bárminőt is". A gyermeksanatoriumok osztálya, a mely működését ugyancsak szerény módon néhány Dökker-barakkból álló teleppel kezdte, Hochenlychenben 50 ágyas, mintaszerüen berendezett intézetet emelt. Az utóbbival vidéki kolonia van összeköttetésben, a melyben az intézet helyreállott egészségü ápoltjai (a kolonia lakóháza 12 gyermek befogadására épült) könnyü kerti s földmivelési munkával foglalkoznak. Végre a vörös-kereszt előrehaladott tüdővészesek számára való menhely alapítását is tervbe vette.

Ezen rövid áttekintés eléggé demonstrálja a vörös-kereszt azon nagyon méltánylandó tendentiáját, hogy a maga ápoltjai kisebb körében a betegekről való gondoskodást s az egészségesek megóvását czélzó feladatainak teljes mértékben megfeleljen. A kitüzött programm olyan kimerítő, hogy teljes beváltása esetén ideális mértékben oldja meg a tuberculosis-ellenes mozgalom feladatait. A szükebb körben való minden követelést felölelő tevékenység például szolgálhat arra, hogy milyen módon volna a tuberculosis leküzdése szélesebb körökben szervezendő. Persze nagyon nehéz feladat a szélesebb körü tevékenységet ilyen minden részletre kiterjedő intensitással folytatni. A főfeltétel, hogy az ilyen czélra alapított gondoskodó állomások jelentékeny anyagi segélyforrásokra s igénybevehető intézményekre támaszkodjanak. Ez a főfeltétel épen Berlinben párját ritkító mértékben van megadva. A mentő actionak legfőbb alapját itt is, csakúgy mint egész Németországban, a rokkant- és betegbiztosítás szolgáltatja. Ehhez újabban még egy nagyjelentőségü hivatalos tényező járult. A „Bundesamt für Heimatswesen", a Németbirodalom municipiumai

közjóléti tevékenységének legfőbb felebbezési foruma egy konkrét eset alkalmából azt az elvi határozatot hozta, hogy nyilvános segélyezésre igényt tartó tüdőbajosoknak sanatoriumokba való elhelyezése — a mennyiben ez az egyetlen számba jövő gyógyeredményt igérő gyógyeszköz — a nyilvános szegényügy kötelességei közé tartozik. Ezen határozat alapján nagy anyagi erő szegődik a tuberculosis elleni mozgalom szolgálatába: nemcsak a hivatalos szegénypénztár, a melynek igénybevételét a választói jognak a segélyezéssel járó elvesztése eleve korlátozza, de a municipiumok kezelte jótékony alapok is, a melyeknek a tuberculosis leküzdésére való igénybevétele ezen határozat alapján már a szegényalap lehető kímélésének szempontjából is a közhatóságok érdekévé vált. Ezen hivatalos tényezőkön kivül a jótékony egyesületek s a magánúton kezelt alapítványok egész sora áll rendelkezésre, a melyeknek igénybevétele s kiaknázása persze ezen a téren való nagy szakismeretet és szervezett összeköttetéseket követel.

Róth-Schulz Vilmos dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az appendicitis korai műtétének kérdése.

Közli: **Steiner Pál** dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

Kümmell szerint az appendicitis lefolyására nézve biztos prognosist nem nyujthatunk, a perforatio mindig fenyeget s a beteg további sorsa ekkor már csak attól függ, hogy az átfúródás a szabad hasürbe, vagy az összenövések által létesült körülirt helyre történik-e. Tapasztalata 1000 operált eseten épült fel. Ezek közül a *rohammentes szakban* 695 esetet operált 4 halálozással, a mi $^1/_{20}$%-nak felel meg; az acut lobos szakban *az első 48 órán belül* 49 esetet 3 halálozással, a mi 6% mortalitással egyenlő; *körültokolt tályoggal* 178 esetet 18 halálozással, tehát 10% mortalitással; *diffus peritonitissel* 82 esetet 73 halálozással = 89%.

Míg *Kümmell* régebben a könnyebb eseteket exspectative kezelte, igyekezett öket az à froid szakba átvinni, addig mult évi tapasztalatai alapján a korai műtét híve lett. Ekkor ugyanis 246 műtétet végzett, melyek közül 165 az intervallumra esik 1 halálozással (pneumonia), a többi 81 esetből 51 esetben körülirt vagy már áttört tályoggal volt dolga. Ezen 51 esetből meghalt 24. Óriási halálozás! Míg így a rossz eredmény a korai műtét végzésére indította, addig a korai operatio jogosultságának bizonyítékát azon súlyos anatomiai elváltozásokban találta meg, a melyek eseteiben eléje tárultak. 49 esetből 15 esetben appendicitis phlegmonosa vagy ulcerosa, 5 esetben empyema vagy körülirt rostonyás peritonitis, 6 esetben gangraena átfúródás nélkül, 14 esetben átfuródás volt jelen. Tehát 20 esetben volt gangraena vagy perforatio jelen, ezek közül meghalt 3, csekély szám, ha tekintetbe veszszük, hogy ez esetekben csakhamar beállott volna diffus peritonitis. Igy tehát a korai műtét lehetővé teszi a súlyos, phlegmonéval, gangraenával, perforatioval, kezdődő peritonitissel szövődött esetek megmentését.

Kümmell a *3. napon túl* várakozó álláspontot foglal el, nem híve a minden szakban való műtétnek, bevárja a tályogképződést, azt megnyitja és csak 6 hét után, a genyedés megszüntével távolítja el a férgnyujtványt. A féregnyujtványt az összes lobos tünetek lezajlása előtt eltávolítani nem szabad, mert a varrat kevésbé tart s gyakori a sipolyképződés. Érdekes, hogy ugyanezen indokolással a féregnyújtvány rögtöni, egy szakaszban való eltávolítása mellett foglal állást a *Czerny*-klinika elég energiával, az adhaesiók bolygatásának árán is. A tudomány jelen állása mellett mindenesetre *Kümmell* eljárása a helyesebb.

Összegezve *Kümmell* álláspontját, ez a következő:

1. minden kifejezett appendicitis azonnal operálandó; minél korábban történik a műtét, annál jobb az eredmény;

2. 48 órán túl, hacsak az eset súlyossága azonnali műtétet nem indikál, exspektative járjunk el;

3. tályog esetén a beavatkozás azonnal annnak megnyitásában álljon; a féregnyújtványt a lobos jelenségek lezajlása után távolítsuk el;

4. mindenki, kinek appendicularis rohama volt, a recidiva elkerülése végett operálandó;

5. az appendicitis chronikus alakja, ha teljesen fájdalommentes szak be nem áll, vagy az egyes rohamok bizonyos időn belül meg nem szünnek, operálandó.

Körte elismeri, hogy az acut perityphlitises rohamok a szokásos belső kezelés mellett is gyógyulhatnak, de a gyógyulás csak temporaer jellegü, mert mindig fenyeget a recidiva. Az esetek 40%-ában beáll a recidiva, melynek lefolyását előre megmondani nem lehet. A legnagyobb veszély, mely a beteget az acut perityphlitises rohamban fenyegeti, a diffus vagy progrediáló peritonitis. 1791 perityphlitis-esetből, még pedig leginkább az acut rohamhoz társulva, 341 esetben volt peritonitis jelen, mely szövődménynek komoly jelentőségét mutatja az, hogy 60% ban, mütét nélkül és mütéttel kapcsolatban együttvéve, beállott a halál. Minthogy nem tudjuk kórismézni azon eseteket, a melyekben acut peritonitis fenyeget, vagy a melyekben az fejlődésben van, nem tudunk határt sem vonni az operativ és exspectativ therapia között sem. Nem ismerjük a roham elején a féregnyújtvány pathologiai elváltozásának mineműségét, nem ismerjük a hashártya fennálló izgalmának vagy gyuladásának fokát, nem tudjuk a peritoneum veszedelmes infectiojának kezdetét a peritoneum nem infectiosus izgalmától megkülönböztetni, de tudjuk azt, hogy a betegek sorsa az első 24 órában dől el, ezért kellően indokolt a korai beavatkozás.

A korai szakban, az első 3 napon belül 137 esetet operált, ezek közül 57 esetben (41%) volt már genyedés jelen a szabad hasürben. Az első 48 órában operált féregnyújtványgyuladáshoz társult peritonitis-esetek közül (27 eset) meghalt az esetek 18·8%-a, a 3. napon operált 30 esetből meghalt 36·6%, tehát az előbbi arányszám kétszerese. 80 esetben nem volt az 1—3. napon belül a hasür infectioja jelen, ezekből mütét következtében egy sem halt meg. Ezen számok eléggé bizonyítók a korai mütét jogosultsága mellett.

A 3. napon túl: lokalizált gyuladás esetén vár, míg tályog képződik. 378 esetben végzett csakis tályognyitást 5·3% halálozással, míg az intermediaer szakban végzett radikalis operatioval, vagyis a tályognyitással egyidőben végzett féregnyújtvány-kiirtással 76 esetből 15%-ot veszített el. Ezért nem híve az egyszakaszban való radikalis mütétnek, hanem csak a tályognyitásra szorítkozik, mert így a bélsársipolyok is ritkábban jelentkeznek.

Az intervallumban 600 esetet operált 1% halálozással. A mütétet az összes lobos tünetek lezajlása után, körülbelül 6 hét után, végzi.

Ezen észlelések alapján tapasztalatait a következőkben foglalja össze:

1. minden acut appendicitis, mely élénk fájdalommal, peritonealis izgalommal és a hasfal feszültségével jár, operálandó, lehetőleg 1—2 napon belül;

2. azon eseteket, melyekben a hasür nincs inficiálva, mütéttel a legnagyobb valószinüséggel meggyógyítjuk, míg a peritonitissel társult esetek közül is nagy részt meg tudunk menteni az első 48 órában;

3. a 3. napon az acut appendicitis azon eseteiben, melyekben a hasür infectioja nincs jelen, mütéttel még kedvező eredményt ad, míg a peritonitissel társult esetekben már kevesebb a kilátás a gyógyulásra;

4. az intermediaer szakban, vagy a 3. napon túl csak az abscessus megnyitása s utólag a szabad intervallumban a féregnyujtvány eltávolítása végzendő. Csak kiválóan kedvező esetekben operáljunk egy szakaszban radikalisan;

5. a féregnyujtvány gyuladásához társult peritonitis bénulási szakában kedvezőtlen a mütét;

6. intervallumoperatio minden esetben ajánlandó, ha roham már előrement.

Klemm, a rigai városi kórház sebészfőorvosa szerint is az egyedüli helyes modus procedendi a korai mütét. Nem helyesli az appendicitisnél az ubi pus, ibi vacua jelszó alkalmazását, hanem ezt oda módosítja, hogy a hol perforatio fenyeget, ott operatio végzendő, tehát minden esetben javalt a korai mütét. Igaz, hogy

így oly esetek is operáltatnak, melyek műtét nélkül is gyógyulnak, de ez esetekben is csak használunk, mert a műtét nem veszedelmes és a beteg a recidiva veszedelmét is egy csapásra elkerüli. Csak azt nem tartja helyesnek, hogy a korai műtétet meghatározott időponthoz, 24—36—48 órához kötik; korai a műtét szerinte addig, míg a folyamat a féregnyujtvány faláról a peritoneumra át nem terjedt.

Ugyanezen nézetének ad kifejezést *Riedel* is, a ki a „Frühoperation" helyett a „Rechtoperation"-t ajánlja; ezen kifejezéssel azon szakot illeti, melyben a genyedés sem per diapedesin, sem perforatio útján a hashártyára még át nem terjedt, függetlenül az idő korlátozásától.

Hagen, a nürnbergi városi kórház sebészeti osztályáról, szintén hive a korai beavatkozásnak. 184 esetből 47 esetben az intervallumban, 137 esetben a roham alatt avatkozott be. Ezen 137 esetből 26 esetben az első 48 órán belül folyt le a műtét. Az összes 184 esetből gyógyult 148 eset, meghalt 36, vagyis az esetek 19·56%-a.

Az első 48 órában 26 esetet operált, mind gyógyult. Eseteiben 6-szor appendicitis perforativa, 7 esetben appendicitis gangraenosa volt jelen; minthogy pedig nem az anatomiai elváltozások uralják a kórképet, kötelességünk minden esetben rögtön beavatkozni.

Az első 48 órán túl kezdődnek a nehézségek: a legtöbb halálozás a 3—9. nap között végzett műtéteknél van, az ez időn belül operáltaknak 42%-a meghalt.

111 operatiót végzett az intermediaer szakban, ebből gyógyult 78, meghalt 33, vagyis az esetek 29·72%-a.

A rohammentes szakban végzett 47 műtétből gyógyult 44, meghalt 3, a mi 6%-nak felel meg. *Egy* előrement roham is indikálja az intervallumban való beavatkozást.

Általános peritonitist 30 esetben, tehát az esetek 15·3%-ában talált a műtétkor; az esetek közül gyógyult 12, vagyis 40%. Hogy mennyire jogosult és indokolt ez esetekben is a korai műtét, azt az bizonyítja, hogy az első napon operált 7 esetből egy sem halt meg, a második napon operált 4 esetből 3 halt meg, a harmadik napon túl operált esetek mind meghaltak. Tehát az első 2 napon belül műtéttel megmenthető az esetek 63·63%-a, a mely szám *Trendelenburg* 62·5%-ával eléggé egybevág.

Tapasztalatait ezek alapján a következőkben foglalja össze:

1. intervallumban végzendő a műtét, ha *egy* roham biztosan előrement;

2. acut rohamban indikált a műtét, ha az eset az első 48 órán belül kerül hozzánk;

3. a harmadik naptól kezdve a nem progrediáló esetekben a várakozó álláspont a helyes, de gondoskodjunk, hogy a betegek sebészi megfigyelés alá kerüljenek;

4. progrediáló tendentiával biró, vagy általános septikus jelenségeket mutató esetekben még az első 48 órán túl is minél előbb avatkozzunk be;

5. általános peritonitis keletkezése vagy jelenléte esetén azonnali műtét indikált az appendix eltávolításával.

6. korai operatiókor a gyógytartam 24 nap, későbbi műtétkor 66 nap, intervallum-operatio után 20 nap.

Moore szerint az első 48 órán belül végzett műtét alig 1% mortalitással jár; ezért minden esetben javalt a korai műtét. A 3. napon túl várakozzunk, mert különben beavatkozásunk ép a természet védekezése ellen irányul s a betegre nézve végzetessé válhatik. Általános peritonitis esetén a radikalis műtét elvetendő (100% mortalitás), conservativ kezelés javalt. Intervallum-műtét *egy* előrement roham után javalt, mert a műtét teljesen veszélytelen.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

H. Sachs: Gehirn und Sprache. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden, Bergmann, 1905. 128 l.

A munka tartalma röviden a következő. Sachs szerint nincs szükség a beszéd felfogásához érző beszédközpontra a hallásközponton kivül, mely minden hangot felfog. Az olvasás központja a látás központjával, a beszéd központja a hangadó szervek, az irás központja a kézizmok központjával csik össze. Fogalomközpontra szükség nincs, mert a fogalmat az associatio adja meg, mely a különböző emlékképeket összeköti.

A mikor a rózsa képe és szaga a látó, illetve szagló központba jut, a két központot összekötő associatiós pályák is működésbe jutnak, az érzéki benyomás megszüntével a központ képe eltünik, az más behatás számára áll készen, de az associatiós pályákban feszültség marad. Ha ugyanazon inger egyike ismétlődik, az associatiós pálya révén az első egész érzéki benyomást felkelti, gyakori ismétléskor nő a feszültség, az ismétlődés elmaradásakor csökken. Ez associatiók miatt szakadatlanul idéződnek fel egymás után az emlékképek. Sachs az emlékképeket és az érzéki észrevevést egymástól elkülöníteni és az elsőket az utóbbitól különválasztott sejtcsoportokhoz kötni nem akarja. Felveti a kérdést, hogy egy ember képe, mely közelsége, távolsága, ruházata, kora, egészségi állapota szerint változik, egy sejtbe kerül-e, és hogy egy sejt fogja-e fel az egész látott táj képét, vagy annak minden alkatrésze más más sejtbe jut? Sachs azt hiszi, hogy a kérdésre megfelelt azzal, hogy az associatiós rostokban levő feszültség az érzésbenyomás eltünése után megmarad, a megváltozott érzéki benyomáskor annak ereje vagy nagysága módosul, de részben ugyanaz marad, és ezen azonos rész alapján megismerjük a képet változott alakjában is. A nagyon erős benyomást, ha ismétlődéskor megváltozva jelentkezik is, sokszor nem találjuk megváltozottnak, pl. a sajtóhibákat nem veszszük észre. Az észrevételkor nem látjuk a kép összes részeit, ezért a hasonló dolgokat összetévesztjük, a különbségeket többszörös ismétlődéskor látjuk meg. A hasonló dolgok emlékképei nem mechanikailag összekapcsolt, egymás mellett álló képek, hanem közös részükben azonosak.

Az associatio vagy egymáshoz hasonló képeket köt össze, vagy különböző, de egyidőben észlelés alá került képeket. A látásban a színérzés mellett az alaklátásnak is van központja, ugyanis az alak vonalait a szemünk mozgásával itéljük meg, tehát a szemmozgások központja lesz az alaklátás központja (optikai mozgató központ). Minthogy az alakérzés mozgáson alapszik, élénkebb a színérzésnél. Ezzel analog a tapintásérzés és a végtagmozgás érzése.

A rajzolás, a látás-, alak- és végtagmozgás érzés associatiójával történik, a rajzolásban az alakérzést azon központban kell felvennünk, a melylyel a rajz történik, tehát a jobb kéz központjában. A hallásban a hang hallása és több hang összerendezése dallammá analog az alaklátás és rajz közötti viszonynyal. (Storch szerint a melodia érzése nem annyira a hallás, mint a reproductio dolga.)

A beszéd tulajdonságairól azt olvassuk, hogy a szókép és tárgykép az egyidőben ismétlés által kapcsolódik. A szó kapcsolja össze az egy tárgy különféle megjelenésalakjait, pl. az eleven csirkét és a sült csirkét. Egy általános kifejezés alatt értődő egyes alakok, pl. ragadozó szó alatt: farkas, oroszlán, nem közvetlenül egymáshoz kapcsoltak, az associatio útja a farkas fogalomtól a ragadozó fogalmához és onnét az oroszlán fogalmához vezet. Az egyes szó jelentősége és tartalma minden egyes ember számára más; az egyik ember számára az illető fogalom összes tulajdonságait jelenti, a másik ugyanazt a szót használhatja, mikor a jelzett fogalomról jóformán semmit sem tud. Ha beszélni hallunk, nem fogjuk fel külön az egyes szókat, hanem csak egy egész gondolatot vagy mondatot, a szó teljes értelmét csak a mondatban kapja meg, a beszéd nem szókból, hanem mondatokból áll. „Der Satz ist das elementare Gebilde der Sprache." Az érzéki észrevevés sem egy tárgy egyszerü felfogása, azzal együtt jár a tárgy helyzete és annak vonatkozásai, pl. ha a gyermek (szopó) az üveg szót kiejti, nem az üvegre gondol, hanem az üvegben levő tej megivására, tehát egy mondatnak megfelelő gondolat ébred fel benne. A szó, mint a mondat vagy a mondatban kifejezhető gondolat alkotórésze nem is jut öntudatunkba, pl. ha a kulcsot kezembe veszem, hogy a kaput kinyissam, nem a kulcsra és nem a házra (Hausschlüssel) gondolok, hanem arra, hogy a házba bemegyek. A mondatban való gondolkozásnak megfelel, hogy a mondatot akkor is helyesen megérthetjük, ha annak egy szava el van ferditve. Azt tartják sokan, hogy nem lehet gondolkozni a nélkül, hogy a szókat magunkban ne mondanók, ez Sachs szerint nem áll, mert előbb gondolkozunk, és csak azután

keressük meg a gondolatunkhoz legjobban illő szókat, gondolataink eddig előttünk ismeretlen fogalmakhoz vezettek és ilyenkor előbb ezen ismeretlen fogalmat megalkotjuk és csak később találunk reá szót. Azonban könnyebb szókkal gondolkozni, ha már meglevő emlékképekkel gondolkozunk, mert a szó a gondolatot pontosabban fixálja, és az associatiót élénkíti.

A mondottakkal megegyezőleg nem az elemi érzések és érzéki észrevételek összerakásából készül egy képzet vagy fogalom, hanem előbb egy összes benyomást kapunk, melynek egyes tulajdonságait és alkatrészeit csak lassanként ismerjük meg, ki többet, ki kevesebbet. Az agy Sachs szerint mindig egészben működésben van, ha fénypont esik a retinára, nem egy, hanem valamennyi látórost, nem egy sejt, hanem az egész látóközéppont és az ahhoz kapcsolt associatiós rostok, és ezek révén a hozzákötött többi centrum is együttes ingerületbe jön, melynek foka és minősége különböző. Sachs az emlékképeket a felfogó központban elhelyezett, annak egyes elemeit összekötő associatiós pályákhoz köti.

Az aphasiában Sachs fontosnak tartja, hogy működéskiesés mellett részleges sérüléskor működésgyengülés áll be, így pl. a roncsolás nem teljes volta az oka, ha a beteg spontan nem beszél, de ismételni tud, ez csak javulás közben mutatkozó átmeneti állapot. Az agrammatismus abban találja magyarázatát, hogy a beteg nehezen beszél és örül, ha csak valahogyan is jelezni tudja, a mit mondani akar. Pótló begyakorlás a másik féltekében csak a gyermekkorban lehet, felnőttön pótlólag begyakorolható a nem teljesen roncsolt centrum épen maradt része, és legfeljebb talán a beszédre való izmok túloldali középpontja. Ha teljesen roncsolt egy középpont, nincs javulás, ez csak részleges sérüléskor lehetséges.

Az aphasia részleteire vonatkozólag az eredeti munkára utalok. Megjegyzem, hogy az associatiós pályákban megmaradt feszültség a központban levő kép eltünése után nem érthető meg. Az agrammatismus azon magyarázata, hogy a beteg a nem okvetlen szükséges dolgokkal nem törődik, nem fogadható el, mert az ilyen beteg legnagyobb erőltetéssel sem tud nyelvtanilag helyesen beszélni, tehát valóságos kiesés van. *Kollarits Jenő* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A cholera gyors bakteriologiai felismerése címmel *Dunbar*, a hamburgi állami egészségtani intézet vezetője a következő eljárást közli, melyet *direct agglutinatiós kisérletnek* nevez, s melynek segítségével a gyanús székletétben 5 percz alatt felismerhető a choleravibrio. Két fedőlemez közepére platinkacs segítségével 1—1 kis csepp peptonoldatot teszünk. A choleragyanús székletétből kihevített platinhoroggal lehetőleg kicsiny nyálkaczafatot veszünk ki úgy, hogy az edény falán végighúzzuk s ezután a 2 peptonoldat-cseppben eldörzsöljük. Ennek megtörténte után az egyik csepphez egy csepp 1 : 50 arányban higított ép házinyúlvérsavót vegyítünk, a másikhoz egy ugyanakkora 1 : 500 arányban higított cseppet magas immunisatiós értékü házinyúlcholera-immunserumból. A fedőlemezeket már most vájt tárgyüvegre téve, megvizsgáljuk a cseppeket. Ha choleravibriók vannak az ürülékben, illetve a kivett nyálkaczafatban, ezeknek nagy része a normalis serummal készült függőcseppben mozgást enged felismerni, míg a choleraimmunserummal készültben már rövid idővel a függőcsepp elkészítése után mozgó vibrio nem látszik. A három utoljára beküldött choleragyanús székletét vizsgálatakor ezen módszer pontosan bevált. Ugyanilyen pontos volt az eredmény 27 ellenőrző kisérletben. Ha ilyen két függőcsepp költőkemenczébe kerül, már ½ óra mulva a normalserumban a vibriók erősen szaporodtak és mozgásuk igen élénk volt, míg az immunserumban mozgó vibriót egyáltalában nem sikerült találni. A költőkemenczében való több órai időzés után az immunserumkészítményben a csomóképződés mindinkább kifejezettebb lett, míg ilyesmit a normalserumkészítményben nem lehetett felismerni.

Még könnyebben végezhető e kisérlet 3 órás peptonvíztenyészettel, a melylyel már a makroskopi agglutinatio is sikerül, a mennyiben az immunserumos csövecskék a czafat- és csapadék-képződést sokkal nagyobb mértékben mutatják, mint a normalserumosak.

Míg a rendes úton, melynek betartása mellett az agartenyészetet használtuk az agglutinatiós kisérlethez, 12—20 óra a legrövidebb idő, mely alatt a cholera bakteriologice felismerhető, addig ez úton néhány percz alatt olyan értékes positiv tájékoztató adatok birtokába jutunk, melyek úgy az óvóintézkedések gyors megtehetése, mint a további vizsgálás tekintetében egyaránt fontosak.

E mellett azonban a choleravibrio azonosságának végleges bebizonyítására szerző az eddig is elismert eljárások használatát (peptontenyészet, agarlemez és gelatinatenyészet) is követeli. (Berliner klinische Wochenschrift 1905. 39. sz.)

Picker Rezső dr.

Orthopaedia.

A chinai nő lábát ismerteti *James Fränkel* Hoffa tanár klinikájáról. Tanulmányát Röntgen-photographiákon végezte, melyeket egy Berlinben szereplő chinai bűvészcsoport női tagjainak a lábairól, nagy nehézségek árán, készített. Miután a felvételek egy 10 éves leány, egy 24 éves és egy 32 éves asszony lábairól készültek, érdekesen mutatják különböző stadiumban, miként jön létre fokozatosan a láb eltorzulása. Az eddigi ismertetések, melyek Vollbrecht, Haberer, Perthes, Virchow és Percy-Browntól származnak, bizonyos pontokban homlokegyenest ellenkeznek egymással és sok fontos kérdést nem oldanak meg. E nézeteltérések oka részben a megvizsgált lábak különféleségében rejlik, mert nagyon sok függ a kortól, melyben a bandage használata kezdődik, a bandage alkalmazásának módjától, az illető ügyességétől és talán a társadalmi osztálytól is, melyben helyet foglal. Mind a három vizsgált nőnél a bandage alkalmazása az ötödik életévben kezdődött. Állítólag a legidősebb nő lábát el is törték, a mi alatt bizonyára azt érti, hogy időnként a lábát erősebben összenyomták. Vollbrecht és a többi szerző is, épen mint a chinai eljárásra jellegzőt, kiemeli, hogy ez egy évtizeden át tartó idomítás alatt soha erőszakos eljárást nem alkalmaznak és csupán a faji sajátságukat képező nagyfokú türelemmel és szívóssággal végzett kötözés eredménye a láb alakváltozása.

Fränkel képei azért is nagyon értékesek, mert a felvétel alatt a lábbeli a lábon volt és ez által a láb és czipő közti viszonyról is nyert felvilágosítást. A lábbeli alakja az eddig leirtakétól különbözik. A többi észlelők nagy sarokbetétekkel és különböző hajlású talppal ellátott czipőkről irnak, a minek köszönheti szerintük a láb eltorzult alakjában maradását, valamint a czipő ez alakja teszi lehetségessé egyáltalán a járást is. A Fränkel által vizsgált nők a legegyszerűbb czipőket hordták. A czipőjük talpa teljesen egyenes, csak előrefelé hajlik fel kissé, de sokkal rövidebb, mint a láb maga, ez utóbbi a czipő talpán directe a rendkivül vastag sarokpárnával és I. metatarso-phalangealis izületével nyugszik. A czipő felső része és orra puha anyagból készült. Ez a czipő természetesen legkevésbé sem befolyásolhatja a láb állását, csak a láb befedésére és arra szolgál, hogy vele raffinált módon a lábat látszólag még kisebbé tegyék.

A chinai nő lábának a kicsiny volta részben a csontok növési visszamaradásában rejlik, de főként a csontok helyzetváltozása okozza azt, végül látszólag fokoztatik a czipővel. A láb eltorzítása pólyázással történik. A pólyamenetek nyolczas tourokban a sarokcsont és a láb mellső vége körül futnak, leszorítva az ujjakat a talp felé, a mi által a sarokcsont és a lábközépcsontok közeledve egymáshoz, mindinkább függélyes helyzetbe jönnek s a láb boltozata magasabbá és keskenyebbé válik. A pólyázás hatása az Achilles-inon is látszik, mely erősen megnyúlik s szorosan a sarokcsonthoz és az alszárcsontok bokaizületi végéhez simul. A II—IV. lábközépcsont erős varus állásba kerül, a mi által a láb keskenyvé válik, csak az öregujj marad egyenes helyzetben. A sarokcsont szenvedi a legnagyobb helyzetváltozást, t. i. teljesen függélyes helyzetbe kerül s a tub. calcanei erős sarokpárnájával képezi a talajdonképeni támaszkodási felületet, úgy mint azt Pirogoff-műtét után látjuk. A láb elejének szögbetörése lefelé leginkább a Chopart-féle izületben jő létre. Legeltérőbbek a nézetek a láb bokaizületbeni állását illetőleg. Egyesek lóláb állást találtak, mások inkább a láb dorsal-flexiójának tartják a láb helyzetét. Fränkel képei szerint az alszárcsontok villája az ugrócsont hátulsó felületével egyáltalán nem érintkezik, a mi a láb dorsal-flexioja mellett dönt, ezenkivül azonban a láb

eleje a Chopart-izületben plantar-flexio irányban lefelé van törve. (Zeitschrift für orthop. Chirurgie, XIV. kötet, 2. füzet.)

Kopits Jenő dr.

A hallux valgus eredetének ismeretéhez szolgáltat új adatot *Max Klar* Vulpius heidelbergi intézetéből. Míg a tankönyvek e deformitás létrejöttét kizárólag hegyesorrú rossz czipők hordozásának tulajdonítják, melyhez gyakran az izületet elpusztító gyuladás is járul, addig Klar esetében a deformitás mindkét lábon, három generatión át, mint öröklött baj jelentkezett. Hogy a deformitás létrejöttének oka hibás csirafejlődés, méhbeli nyomás, csak hajlam vagy másféle foetalis zavar-e, az nem volt eldönthető. Annyiban különbözött a szerzett hallux valgustól, hogy ezeknél a ferde öregujj rendesen a többi ujj felett fekszik, keresztezve azokat, Klar esetében pedig a többi ujj is párhuzamosan a ferde öregujjal abductioban állott. (Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie, XIV. kötet, 2. füzet.) *Kopits Jenő* dr.

Idegkórtan.

A tetaniáról *Frankl-Hochwart* irt közleményt, melyből csak a kórjelzésre, kórjóslatra és gyógyításra vonatkozó adatokat emeljük ki.

A *kórjelzésben* csupán a hysteriával való összetévesztés jöhet tekintetbe, mert ez a neurosis a tetaniát is utánozhatja. Curschmann szerint ezen esetekben a Trousseau-féle tünet (a végtag összenyomásakor támadó jellemző görcsös tartás) nem támad olyan lassan mint a tetaniában, hanem azonnal a nyomás pillanatában, a görcsös tartás is sokszor elüt egy kissé a tetaniás irótolltartástól, suggerálásra, pl. ovariumnyomásra sokszor megszünik. Legfontosabb tünet kétes esetekben az, hogy a tetaniában meglevő villamos túlingerlékenység a hysteriában nincs meg. Könnyü a megitélés, ha más hysteriás tünet van jelen, csakhogy a stigmák elég gyakran hiányoznak a hysteriában. A tetania csonka alakjainak felismerésében a fokozott mechanikai és villamos ingerlékenység a legfontosabb.

A *kórjóslatra* vonatkozólag tudni kell, hogy néha görcs csak egyszer, rövid időre támad. Néha a baj hetekig eltart, naponként 1—2 órán át tartó rohamokkal, a közbeeső időkben paraesthesiákkal. Visszaesések hónapok mulva is gyakoriak. Kevés eset gyógyul meg egészen, többnyire idült lesz a baj. Szerzőnek anyasági tetaniában szenvedő két betege meghalt a roham alatt. Még rosszabb a gyomortágulásos tetania kórjóslata, a rohamok hevesek, többnyire 1—2 nap alatt, ritkán egynehány hét alatt lesznek halálosak, ritka beteg gyógyul meg. A golyvakiirtásos tetania többnyire halálos.

A *gyógyulásban* a kór megelőzésének szerepe van, a mennyiben golyva-kiirtáskor a teljes kiirtást kerülni kell és az epitheltestek tájékát kimélni.

Asszonyokat, a kik már szenvedtek tetaniában terhességük alatt, kiméljünk meg az újabb teherbe eséstől. Minthogy tapasztalat szerint a tetania egyes helyeken gyakoribb, az ilyen terhesek jól teszik, ha más helyre költöznek. Ezt a tanácsot adhatjuk a mesteremberekneknek is, a kiknek baja többször kiújul. A kinek már volt tetaniája, az tartsa rendben gyomrát és beleit. Gyomortetaniában gyomormosás hasznos, a szoptató asszony válaszsza el gyermekét, sokszor müvi elvetélésre kell gondolnunk. A pajzsmirigykezelés eddig eredménytelen volt. A morphium, brom és chloralhydrat többnyire szükségesek. A fájdalmakat salicyl, pyramidon, antipyrin, a farádos ecset csillapítja, protrahált langyos fürdők vagy hüvös permetezések, éjjelre vizes bepakolások igen jók. Pihenés sokszor hamar segít, a súlyos eset ágyba való. (Deutsche Klinik 1905. Abth. f. Nervenkrankheiten.) *Kollarits Jenő.*

Sebészet.

Osteitis deformans (Paget) esetét közli *P. Daser* (London). 50 éves asszonynál észlelte a bántalmat; a beteg vagy 16 évig panaszkodott háttáji és végtagfájdalmakról, körülbelül 8 éve vastagszik és görbül mindkét czombja. Jelenleg az erősen megvastagodott czombcsontok görbülete oly mérvü, hogy kifelé domború erős ívet alkotnak, mindkét láb térden alul egymást keresztezi, állni és járni a beteg nem bir. A czombcsontok nyomásra nagyon érzékenyek; röntgenographiai felvételen feltünő a corticalis erős megvastagodása és az, hogy a velőcsatorna helyenként tágult, másutt meg szükült. A test egyéb csontjain és többi szervein lényegesebb eltérés nincsen.

A kórkép teljesen megegyezik a Paget által 1877-ben és 1882-ben felállított kórképpel. Rhachitis, osteomalacia, akromegalia, leontiasis ossea, sőt a Recklinghausen-féle ostemalacia chronica deformans is, szerző szerint, esetében bizton kizárható.

A betegség lényege mindeddig kérdéses; okát sem tudjuk, bár franczia szerzők (Lancereaux, Schiff) idegbántalmat, mások meg, tekintve, hogy a baj Angliában relative leggyakoribb, húgysavas diathesist említenek kórokként. Therapiánk teljesen eredménytelen; higany, jodkalium, arsen, pajzsmirigykivonatok stb. alkalmazása semmiféle haszonnal sem járt, a lábak correctioja osteotomia segélyével pedig nem kecsegtet sikerrel. Sőt D. szerint inkább rontanánk a mütéttel a betegnek állapotán, semhogy használnánk, mivel egyéb veszélyeken kivül csontfájdalmai miatt még kiegyenesített végtagjaira sem nehezedhetnék reá a beteg. (München. medizin. Wochenschr. 1905. 34. sz.) *Gergő.*

Intussusceptio miatt 100 esetben végzett gyermekeknél laparotomiát *Clubbe*; 63 beteg gyógyult, 37 meghalt; az utolsó $3^1/_2$ évben, a melyre a végzett mütétek fele esik, 38 beteg gyógyult és 12 halt meg, míg az első 50-es seriesben a gyógyulás és halálozás arányszáma egyenlő: 25—25 volt. Ezt szerző annak tulajdonítja, hogy utóbbi időben hamarább kerültek a betegek kezelése alá, mint annak előtte. Az esetek túlnyomó többségében ileocoecalis volt az invaginatio (64 eset), míg tiszta vékonybél-invaginatioval csak 1 esetben találkozott. A diagnosis biztosítására a chloroformnarcosist igen fontos segédeszköznek tartja; a nagy beöntést az intussusceptio visszahelyezésére mindig narcosisban s csak akkor végzi, ha a mütétre minden elő van készítve. Ha a beöntés csak valamennyire megkisebbíti is az invaginatiót, az már lényeges segítség a mütéthez. A bélresectio igen rossz prognosissal jár, 7 esete közül csak 1 maradt meg. Az utókezelésben fontosnak tartja a táplálék megszorítását; a csecsemőket 36 óra hosszat nem engedi szopni, csak kevés mesterséges táplálékot ad nekik. (The British med. Journ. 1905. 2320. sz.) *Pólya.*

Oesophaguscarcinománál gastrotomiával elért eredményeit vázolja *Legg*. 15 betege közül 5 röviddel a mütét után elhalt, túlnyomólag pneumoniában, a többi kilencz 2—7 hónapig élt a mütét után, soknál a nyelési képesség, sőt a munkaképesség is egy időre helyreállt. Azért mint palliativ mütét melegen ajánlható. Az általa követett methodus a *Frank*-féléhez hasonló; a sipoly continentiájára nézve fontosnak tartja, hogy a katheter csak az étkezések alatt vezettessék be. (The Lancet, 1905. 4269. szám.) *Pólya.*

Empyemát sikerrel kezelt pneumococcus serummal *Th. G. Lyon*. A 24 éves betegnél bordaresectio már történt, de ennek sebe nem akart behegedni; a sebből kapott geny tiszta pneumococcusculturát adott. A *Wright*-féle pneumococcus-serumkezelést 9 héttel a mütét után kezdték meg, mire a patiens állapota rohamosan javult; a seb 2 hét alatt teljesen begyógyult. (The Lancet, 1905. 4269. sz.) *Pólya.*

Húgyszervi betegségek.

A cystitis trigoni vesicae *A. Heymann* szerint nőknél rendkivül gyakran fordul elő, a hólyagzavarokról panaszkodó nők majd felénél tudta a fenti kórismét felállítani. A bántalom tünetei: igen gyakori vizelési inger nemcsak nappal, hanem éjjel is, égetés és inger a vizelés végén, e mellett a vizelet vagy teljesen zavaros, vagy szabad szemmel normalisnak látszik, úgy hogy benne lobra utaló alkotórészek csakis górcsövi vizsgálat útján találhatók. A pontos kórismét csakis a cystoskopia segitségével lehet felállítani, mely ily esetekben rendesen a hólyagzáróizom duzzadt voltát, kivétel nélkül azonban a trigonum vesicae nyálkahártyája hurutjának valamely alakját, a heveny lobosodástól az idült hurut szemcsés alakjáig, a nyálkahártya megvastagodását, oedemás daganatát stb. mutatja. A kezelés igen egyszerű: Oberländer-féle egyenes tubust (mint a milyen az Oberländer-féle húgycsőtükrözésnél használatos) obturatorával ellátva az üres hólyagba viszünk. Az obturator eltávolítása után az esetleg fel-

gyülemlett vizelet nyeles törlökkel felszivandó. Ezután a Playfair-féle pálczikák mintájára készült vattázott rudacskát 1%-os argent. nitr.-oldatba mártva a tubuson át a hólyagba viszünk, a minek megtörténte után az obturatort kihúzván, a gyógyszerbe bőven áztatott vatta az összehúzódott hólyag trigonumával közvetlenül érintkezik; a pálczika gyors kihúzásakor azután a vattán tapadó gyógyszer a kivánt helyen kiürül. Ha a vatta elég jól volt felcsavarva, leválásától vagy bentmaradásától nem kell félni.

Ezen igen egyszerű eljárást szükség szerint ismételve, minden esetben igen kielégítő eredmény mutatkozott, a mint azt a közölt kórtörténetek is mutatják. (Centralblatt f. Krankh. d. Harn- und Sexual-Organe, 1905. 8. füzet.) *P. R.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A csukamájolaj pótlószereként ajánlja *Brodyki* a Dieterich helfenbergi czég által előállított mesterséges csukamájolajat és a pezsgő csukamájolajat. Előbbi 80% jodozott sesam olajból és 20 százalék csukamájolajból áll. Ebből készül szénsavval impraegnálás útján a pezsgő csukamájolaj. Előbbit különösen olcsósága, utóbbit pedig könnyü felszivódása, jól eltarthatósága és kellemesebb íze teszi ajánlatossá. (Fortschritte der Medizin, 1905. 5. szám.)

Szívneurosisok ellen *Burchard* nagyon hatásosnak találta a pyrenolt, mint a mely a subjectiv tüneteket megszünteti, a pulsusra és a vérnyomásra pedig semmi hatása nincsen. A ½ grammos pyrenol-tablettáktól naponként 2—3, legfeljebb 4—6 adandó. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 22. szám.)

Pityriasis vericolor ellen *Gallois* az oxygenes vizet ajánlja, mint a mely egyrészt jó desinficiens, másrészt pedig hatásos szintelenitő szer is. Az eljárás nagyon egyszerü: a kóros helyeket oxygenes vízzel átitatott vattával meg kell érinteni. A gyógyulás 10—14 nap alatt következik be és tartós. Újabban még kedvezőbb, illetve gyorsabb eredményeket ért el natrium boracicumot tartalmazó oxygenes víz alkalmazásával; 12 volumenszázalék oxygent tartalmazó víz 200 cm³-éhez 4 gramm natrium boracicumot ad. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 28. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1905. 9. füzet. *Torday Árpád:* Adatok a leukaemia kérdéséhez. *Ursziny Gyula:* Mik az okai a mai nap oly gyakori légutak hurutjának és mit lehetne ellene tenni?

Gyógyászat, 1905. 40. szám. *Mohr Mihály:* A gyermekek szemsérülései. *Porosz Mór:* A húgycsőszükületekről. 41. szám. *Lévai József:* A malum perforans pedis aetiologiája. *Mohr Mihály:* A gyermekek szemsérülései.

Orvosok lapja, 1905. 40. szám. *Rottenbiller Ödön:* Tonsillitis és polyarthritis rheumatica. *Plesch János:* Adat a fekvőcsarnokok történetéhez. 41. szám. *Barabás József:* Adatok a lupus statistikájához.

Budapesti orvosi újság, 1905. 40. szám *Löbl Vilmos:* Bromoformmérgezések. *Ráthonyi Reusz Frigyes:* Alkoholkérdés és orvosok. „Urologia" melléklet 4. szám. *Bauer Lajos:* Adhaesio cellularis praeputii mint constipatio előidézője gyermekeknél. *Weisz Artur:* Idegen test az urethrában a húgycső egy részének sequestratiojával. *Hajós Lajos:* Sexualis ideggyengék házasságáról. *Balassa Tivadar:* Prostata-kő és aspermatismus esete. *Rosenák Miksa:* Néhány szó a circumcisioról. 41. szám. *Pfann József:* A hernia cruralis praevascularis műtéte. *Tolnai Bernát:* A honthin a gyermekgyakorlatban. „Sebészet" melléklet, 3. szám. *Herczel Manó:* Az epityphlitis műtevésével elért eredményeim.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. október 12.

< **Kitüntetés.** A király *Tauszk Ferencz* dr. egyetemi magántanárnak, a budapesti jobbparti szegények háza rendelő főorvosának és *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr. egyetemi magántanárnak, az Erzsébet királyné-sanatorium igazgató-főorvosának az orvosi tudomány és az egészségügy terén szerzett érdemeik elismeréseül a királyi tanácsosi czimet adományozta.

∨ **Kinevezés.** A belügyminister *Biró György* dr.-t a szegedi állami gyermekmenedékhelyhez másodorvossá nevezte ki. — Ungmegye főispánja *Gulácsy Árpád* dr. pereesenyi járásorvost és *Hackel Sándor* dr. ungvári orvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — Az igazságügyminister *Posgay István* dr.-t az aradi törvényszékhez orvossá, *Austerweil László* dr.-t pedig az aradi törvényszéki fogházhoz fogházorvossá nevezte ki.

= **Jubileum:** *Deutsch Ignácz* dr. székesfővárosi gyakorló orvos, Pestmegye és Czegléd város tiszteletbeli orvosa e hó 23.-án éri meg orvosdoktorrá felavatásának 50. évfordulóját.

◎ **Választás.** *Adler Károly* dr.-t mórágyi körorvossá választották.

⊕ **Jósa András** dr., Szabolcsmegye tiszti főorvosa a napokban töltötte be közszolgálatának 40. évét, a mely alkalomból a megye és nagyszámú tisztelője részéről élénk ovatiókban részesült.

× **Alapítvány.** *Singer Mátyás* dr., a szegedi kórház volt igazgató-főorvosa két ötezer koronás alapítványt tett. Az egyik alapítvány üdülő betegek segélyezésére fog szolgálni, a másik alapítvány kamataiból pedig ösztöndíj lesz adandó szegedi születésű orvostanhallgatónak.

— **Laehne Ernő dr. emlékezete.** Az országos orvos-szövetség mosonmegyei fiókja a napokban leplezte le az emléktáblát, melyet a mult évben elhunyt megyei főorvos, Laehne Ernő dr. emlékének megörökitésére a magyaróvári Karola-közkórház aulájában helyeztek el, mint a mely kórház újjászervezése Laehne nevéhez fűződik. Az ünnepi beszédet Koch Béla dr. tiszti főorvos mondta.

⊕ **A kötelező kórházi gyakorlat eltöltésére** az 1905/6—1907/8. tanévek tartamára a következő kórházakat illetve gyógyintézeteket jogosították fel: 1. Aradi vármegyei közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 2—2 gyakornok). 2. Budapesti balparti közkórházak (belgyógyászati osztályokon 33, sebészetieken 20, szülészeti és nőgyógyászatin 2, szemészetin 2, heveny fertőzőn 10, bőr- és bujakórosakon 15, idegbetegosztályon 2, fülészetin és gégészetin 2 gyakornok). 3. Budapesti jobbparti közkórházak (belgyógyászati osztályokon 8, sebészetin 3, szülészeti és nőgyógyászatin 3, szemészetin 1, bőr- és bujakóroson 4, gyermekgyógyászatin 4, elmebetegosztályon 3 gyakornok). 4. Budapesti egyetemi klinikák (belgyógyászati klinikákon 6, sebészetieken 9, szülészeti és nőgyógyászatiakon 10, szemészetin 2, idegbetegklinikán 1 gyakornok). 5. Budapesti bábaképezde (2 gyakornok). 6. Budapesti lipótmezei állami elmegyógyintézet (7 gyakornok). 7. Budapesti angyalföldi állami elmegyógyintézet (3 gyakornok). 8. Budapesti „Stefánia"-gyermekkórház (4 gyakornok). 9. Budapesti izr. hitközség kórháza (belgyógyászati és sebészeti osztályon 2—2, nőgyógyászati és szemészeti osztályon 1—1 gyakornok). 10. Budapesti „Bródy Adél"-gyermekkórház (4 gyakornok). 11. Bajai városi közkórház (sebészeti osztályon 1 gyakornok). 12. Debreczeni bábaképezde (1 gyakornok). 13. Esztergomi városi közkórház (sebészeti osztályon 1 gyakornok). 14. Fiumei városi közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 2—2, szemészeti és bőrbeteg osztályon 1—1 gyakornok). 15. Győri városi alapítványi közkórház (sebészeti osztályon 1 gyakornok). 16. Gyulai vármegyei közkórház (belgyógyászati, sebészeti és elmebeteg-osztályon 3—3, bőr- és bujakóros osztályon 1 gyakornok). 17. Hódmezővásárhelyi szemkórház (2 gyakornok). 18. Kaposvári vármegyei közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 1—1, elmebetegosztályon 2 gyakornok). 19. Kolozsvári „Karolina"-közkórház (belgyógyászati, sebészeti és bőrbetegosztályon 4—4, elmebetegosztályon 5, szülészeti és nőgyógyászati osztályon 3, szemészetin 2, heveny fertőzőn 1 gyakornok). 20. Komáromi városi közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 1—1 gyakornok). 21. Marosvásárhelyi állami közkórház (belgyógyászati osztályon 2, sebészetin 3 gyakornok). 22. Mármarosszigeti vármegyei közkórház (sebészeti osztályon 1 gyakornok). 23. Miskolczi vármegyei közkórház (belgyógyászati osztályon 2 gyakornok). 24. Nagykállói elmegyógyintézet (2 gyakornok). 25. Nagyszebeni városi közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 4—4 gyakornok). 26. Nagyszebeni állami elmegyógyintézet (3 gyakornok). 27. Nagyváradi vármegyei közkórház (sebészeti és elmebetegosztályon 2—2 gyakornok). 28. Nagyváradi bábaképezde (2 gyakornok). 29. Nagyváradi „Staroveszky"-gyermekkórház (1 gyakornok). 30. Nyiregyházai vármegyei közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 1—1 gyakornok). 31. Nyitrai vármegyei közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 1—1 gyakornok). 32. Pécsi városi közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 4—4, elmebetegosztályon 2 gyakornok). 33. Pécsi bábaképezde (1 gyakornok). 34. Pozsonyi állami közkórház (belgyógyászati, sebészeti és elmebetegosztályon 3—3, szemészeti és bőrbetegosztályon 2—2, heveny fertőző osztályon 1 gyakornok). 35. Pozsonyi bábaképezde (2 gyakornok). 36. Pozsonyi „Ferencz József"-gyermekkórház (1 gyakornok). 37. Sátoraljaújhelyi vármegyei közkórház (sebészeti osztályon 1 gyakornok). 38. Segesvári vármegyei közkórház (sebészeti osztályon 4 gyakornok). 39. Szabadkai városi közkórház (sebészeti és szemészeti osztályon 2—2, belgyógyászati osztályon 1 gyakornok). 40. Szegedi városi közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 2—2 gyakornok). 41. Szegedi bábaképezde (1 gyakornok). 42. Szekszárdi vármegyei közkórház (belgyógyászati, sebészeti és elmebetegosztályon 1—1 gyakornok). 43. Székesfehérvári városi közkórház (belgyógyászati osztályon 1 gyakornok). 44. Szentesi vármegyei közkórház (belgyógyászati és sebészeti osztályon 1—1 gyakornok). 45. Szolnoki vármegyei közkórház (sebészeti osztályon 1 gyakornok). 46. Szombathelyi bábaképezde (1 gyakornok). 47. Temesvári szülőház (1 gyakornok). Elhelyezhető tehát belgyógyászati osztályon 85, sebészetin 81, szülészetin 15, szemészetin 15, heveny fertőzőn 12, bőr- és bujakóroson 27, gyermekgyógyászatin 14, elmebetegosztályon 39, fül- és gégebetegosztályon 2, összesen 305 gyakornok.

↑ **Elhunyt.** *Münster Herman* dr., a nőgyógyászat rendkivüli tanára a königsbergi egyetem, 58 éves korában.

+ **Kisebb külföldi hirek.** *Ballowitz Emil* dr.-t a münsteri egyetem újonnan alapított orvosi karán az anatomia és összehasonlító bonctan rendes tanárává nevezték ki.

— **Behring tuberculosis-ellenes gyógyszeréről.** Lapunk más helyén in extenso hozzuk Behring tanár nagy feltünést keltett előadását. A kissé ködös, homályos és mindenféle új terminus technicussal felcziczomázott czikkből a következő mag hámozható ki. Behring a bacillusokat vízzel, 10%-os konyhasóoldattal és alkohollal és aetherrel kezeli s ezzel állitólag el tudja távolitani belölük azokat az anyagokat, a melyek, veszedelmes melléktüneményeket hozva létre, az eddigi tuberculosis-serumkisérleteknél a sikert megakadályozták. Az igy kezelt bacillusokat, a melyek nyilván már nem életképesek, sajátszerű módon maradékbacillusoknak s nem bacillusmaradéknak nevezi. Ezekkel a páczolt bacillusokkal végzi Behring a beoltást, finoman szétmorzsolt állapotban.

A legsajátszerűbb dolog az, hogy a bacillusok állományának e maradványa még mindig bir azzal a képességgel, hogy maga körül gümőket fejleszszen. Csakhogy ezek a gümők nem olyanok, mint a közönségesek: nem puhulnak meg, nem sajtosodnak el s igy a szervezetre teljesen ártalmatlanok; inkább csak jelei a szervezet diadalmas védekezésének. Az történik tehát itt is, a mire minden immunizálásnál törekszünk: kiváltjuk a szervezet védekező folyamatát, a nélkül, hogy magának a szervezetnek ártanánk. Behring kiemeli, hogy új eljárása lényegében azonos a marhák immunizálásával, mely tudvalevően bacillusok beoltása útján történik, csak rövidítése az eljárásnak, a mennyiben azt a folyamatot, a melyen a beoltott bacillusok a bovovaccinmódszernél az állat sejtjeiben esnek át, itt már előzetesen, a beoltás előtt in vitro viszi véghez. Kiemeli, hogy az igy kezelt bacillusok bevitele az emberi testbe veszélytelen, mig a teljes bacillusok beoltása veszedelmes eljárás.

Ez a rövid kivonat körülbelül kimeriti azt, a mi positiv Behring előadásában. A többi csak reménység; bárcsak beváltaná a jövő ezeket a reményeket!

✳ **A cholera-járvány** Németországban és Galicziában megszüntnek tekinthető. Poroszországban október 10.-ig összesen 270 eset fordult elő 90 halálesettel. Orosz-Lengyelországban a járvány úgy látszik terjedőben van; október 3.-án 9 új eset jutott a hatóságok tudomására 3 halálesettel. Gaffky tanár a német közegészségi egyesület 30. gyülésén Mannheimban nemrég ismertető előadást tartott az idei cholera-epidemiáról, a helyszinen szerzett tapasztalatai alapján. Bizonyos szerinte, hogy a járványt Oroszországból hurczolták be Németországba, valószinüleg közvetlenül a Fekete-tenger tájékáról. Jellemző az idei járványra, hogy kizárólag bizonyos folyók tájékára szoritkozott s leginkább olyan embereket támadott meg, a kiknek a foglalkozásuk valami viszonyban áll az illető folyókkal (tutajosok, hajósok, stb.); 128 pontosan ellenőrzött eset közül 120 volt ilyen. A haladéktalanul foganatositott hatósági intézkedések kitünően beváltak s Németországnak nem kell a cholerától tartania sem e télen, sem jövő évben. Oroszországban szerinte valószinűleg jövő évben is lesz még cholera-járvány.

\+ **Ipari betegségek nemzetközi congressusát** tartják 1906. junius közepén Milanoban. Előadások legkésőbb f. évi deczember 31.-ig jelentendők be a congressus titkárjánál (Prof. Luigi Devoto, Milano, Via Montforte 14.)

× **A budapesti egyetem II. nőbeteg klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét szeptember hóban 108 esetben vették igénybe; a műtétek száma 80 volt.

○ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** szeptember hóban 720 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 486 szállitást végzett, 107 esetben teljesitett mozgóőrségi szolgálatot és 27-szer vonult ki vaklárma esetén. A szeptember havi működési főösszeg tehát 1340 volt.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 36. hetében (1905. szeptember 3.-tól szeptember 9.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elveszületett 382 gyermek, elhalt 255 egyén, a születések tehát 146-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 23·8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15·9. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 8, apoplexia cerebri 4, convulsiones 6, paralysis progress. 5, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordis 9, morbi myocardii 10, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 4, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 0, pneumonia 13, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 41, emphysema pulm. 3, pleuritis 2, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 0 éven aluli 30, 2 éven felüli 6, chlorea nostras 0, hernia incarcerata 0, alii ocl. intestini 2, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 4, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 2, nephritis 10, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 5, carcinoma ventric. 1, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasma 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 2, scarlatina 5, pertussis 2, croup-diphth. 0, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 4, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 10, suicidium 4, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3188 beteg, szaporodás 816, csökkenés 717, maradt e hét végén 3228 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 26 (31), vörheny 33 (30), álh. gége- és roncsoló toroklob 24 (15), hökhurut 20 (18), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 42 (43), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 7 (4), vérhas 0 (0), járv agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv fültőmirigylob 3 (1), trachoma 0 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Dr. Promitz Hugó Schönhausenben tengeri nyulakon kisérleteket végzett a gyakorlatban leginkább használt fertőtlenitő szerekkel, mérgező hatásukat illetőleg és azon eredményre jutott, hogy nagy higitást felt ételezve, **egy kilogramm testsúlyra** legkisebb letalis dosis: 0·015 gm. sublimat, 0·268 gm. acid. carbolic., 1·1 gm. creolin, 2·37 gm. bacillol, 2·45 gm. lysol, 3·26 gm. septoform, 6·5 lysoform. **A lysoform** tehát relativ igen csekély mérgező hatása által tünik ki.

„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.

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapitó, vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősitő, lobellenes** hatóanyaga. **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, gynaekologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél mint vértelenitő szer. **Belsőleg:** mint cardiacum és haemostaticum. **Nagy üveg** = 30·0 gr. **Kis üveg** = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere **a kóros** ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók.

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Dr. Widder Bertalan operateur **testegyenesítő** (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.

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

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.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészet utóbantalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése. 739. l.

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

(Folytatás.)

3. *Müller Vilmos: A tuberculosis és az alföldi lakásviszonyok; a vidéki kórházak szerepe a tüdővész leküzdésében.* A szegény néposztály, a melyben a legnagyobb a tüdőbetegség okozta halálozás, rendesen rossz lakásviszonyok között él. A falun, tanyán alacsony, kis ablakú, földes szobában élnek a családok és közöttük a tüdőbeteg, a ki élő forrása a fertőzésnek. A városi lakások pedig túlzsúfoltak és bár hygienikusabb a városi lakás építkezése, de mert a szegény néposztály egy szobás lakást tud csak tartani, itt sem lehet szó a tüdőbeteg elkülönitéséről.

A nagy népbetegség elleni küzdelemnek nagyarányúnak és gyorsnak kell lenni. Ezért, főleg, hogy a szegény néposztálynál a tüdőbeteg elkülönitését egyrészt, másrészt a beteg gyógyitását lehetővé tegyük, a közkórházakban legyen elkülönített pavillon a tüdőbetegek részére, úgy a mint az a fővárosi szt. István és szt. János közkórházakban van. Itt azután a sanatoriumi kezelés keresztül is vihető és minden olyan kezelési eljárás, a mely a modern phthiseotherapiában elterjedt.

Idevágó statistikai adatok azt bizonyitják, hogy a kórházak tuberculotikus pavillonjában kezelt betegek gyógyulási számaránya nem sokban marad vissza a sanatoriumokban elért eredményeknél és ezért, mert minden nagyobb vidéki góczponton van kórház, a tüdőbetegek kórházi elkülönített pavillonban való kezelésével az ország számos pontján megindulhatna a hathatós küzdelem a tüdővész ellen.

4. *Deutsch Ernő* és *Székely Salamon: A Székely-féle gyermektejről.* (Az előadásokat lapunk külön mellékletben egész terjedelemben közölte volt.)

Hozzászólt: *Szana Sándor.*

IV. ülés augusztus 29.-én d. u.

Elnök: *Jankovich Pál.* Jegyzők: *Bernát József és Szántó József.*

1. *Forbat Leó*: *Epidurális injectiók enuresis eseteiben.* Az epidurális injectiókkal kezelésnek történetét vázolva, rámutat Hallion tanulmányára: hogy a cocain nem annyira a gerinczvelőre, mint inkább a gerinczvelőből eredő ideggyökerekre hat; mely körülmény tekintetbevételével Cathelin az epidurális űrt találta a cocain bevitelére alkalmasnak. Kimutatta, hogy az epiduralisan befecskendezett festék az epidurális tért egész a nyakregioig megfesti, míg az alatta levő arachnoideát stb. nem, tehát a befecskendezés, mely a hiatus sacralisban történik, éri a cauda equina gyökereit, a nélkül, hogy a durát megsértené, illetőleg a dural-tömlőt megnyitná. Az epidurális űr anatomiájának ismertetése után felhozza azon esetek sorozatát, melyeknél Cathelin, Albarran, Straus stb. alkalmazták az eljárást és pedig fájdalmas állapotoknál úgy az altestben, mint az alsó végtagokban. Általános hatást próbáltak elérni medicamentosus befecskendezésekkel tuberculosisnál, epilepsiánál, uraemiánál, collapsusnál és luesnél, de nevezetesebb siker nélkül. A vizelési szervekre való hatását az epiduralisationak Cathelin egy asszonynál véletlenségből állapította meg; a beteg asszony állandó fájdalmas vizelési ingerben szenvedett és epiduralis injectio után totális retentiót kapott. Ezen esetből kiindulva mindenütt alkalmazták, a hol sürű vizelési inger állott fenn, hólyag- és húgycsőgyuladásos állapotoknál, sőt neoplasmáknál is alkalmazták, valamint a legtöbb sexuális bántalomnál is, mindezeknél azonban kevés vagy semmi eredménynyel.

Hatást és pedig sokszorosan kitapasztalt hatást csak enuresisben és pedig a tulajdonképeni enuresis esetekben kaptak, melyekben az enuresis tehát nem valami alapbántalom tünete.

Az enuresis aetiologiájának és therapiájának leirása és kritikája után az epidurális injectiók technikáját, hatását, az injiciált folyadék minőségét és mennyiségét ismerteti. Végül pedig a jelen nézetek egybevetésével az epiduralisatio hatását magyarázza.

2. *Ürszíny Gyula: Mik az okai a légutak hurutjának és mit lehet ellene tenni?* A légutak gyakori hurutos állapotának okai a lakásban, a ruházkodásban és a foglalkozásban keresendők. A lakást egészségtelenné teszi a mostani fűtésmód, a padló illetve a szoba földje. A mai ruházkodás egészségtelen, mert alul meleg, felül pedig könnyű. A tricoting viselése is káros. A foglalkozást illetőleg pedig az ipari foglalkozások azok, melyek veszélyt rejtenek magukban. A küzdésmódok tekintetében első dolognak tartja a nép oktatását.

3. *Vosinszki István: Az epilepsia gyógykezelése intézetekben.* Fenti baj véleménye szerint csakis e czélra berendezett intézetekben gyógyitható.

Gyógyítható az alkoholhol, syphilis, traumák által feltételezett epilepsia, továbbá a masturbatio és a reflectorius úton keletkezett, főleg a fülbajok következtében támadt eskór.

Az intézetekben gyógykezelt betegeknek 13—14 százaléka teljesen gyógyulni szokott.

Véleménye szerint a brómból általában túlságos nagy adagokat rendelnek az orvosok, sokkal czélszerűbb nem 4—6 gm. bromot rendelni pro die, hanem 1·0—1·5 gm.-ot egy csepp belladonna-tincturával.

Rendkivül nagy szerepet játszik a hystero-epilepsia kezelésében a suggestiv-therapia meleg Gärtner-féle villamos fürdőkkel. Igen sok esetben tetemes javulást, sőt gyógyulást látott bekövetkezni.

4. *Hollaender Hugó: A vér kimutatásának új módszere és egyéb orvos-laboratoriumi eredmények.* Szerző a vizelet, gyomortartalom és más egyéb élettani és kóros váladékok és ürülékek vértartalmának kimutatására a következő igen érzékeny eljárást alkalmazza. A kémcsőbe töltött kémlelendő folyadékhoz a hivatalos guajacgyantának egyket cseppjét adja, majd a kivált gyantát tömény borszesz hozzáadása által újból feloldja. Eme oldathoz 15%-os hydrogenium-hyperoxydatum oldatnak egy pár cseppje adandó, mire — vér jelenléte esetén — kék színeződés áll elő, mely enyhe melegítés és chloroformmal összerázás által még intensivebbé tehető.

A vizelet indican-tartalmának kimutatása az eddig alkalmazásban volt eljárásoknál sokkalta czélszerűbben történik a szerző ajánlotta módszer segedelmével, a mely szerint az indicannak kék színű indigóvá való élenyitése tömény sósav és egyetlen csepp perhydrat hozzáadása által végezhető.

Hasonló módon mutatható ki a jod jelenléte is a vizeletben, mely az említett kémszerekre kiválik és chloroformmal piros színnel kioldható. Az igy nyert szines oldat egy darabka alkénessavas natrium-kristálykával melegítve elszintelenithető.

5. *Weyner Emil: Legújabb vívmányok a kosmetika terén.* Ezek a következők: arczhajaknál a combinált kezelés, mely a Kromayer-féle „vésés“ és az azt követő elektrolytikus érintésből áll. A hajhullás legjobb megszüntetői az ultraviolett sugarak; az akne gyógyitásában elhagyta az eredménytelen hámlasztást és helyette a „vésést“ alkalmazza. Teljesen kopasz területen hajbeültetést kisérelt meg; egy esetben hat hónap mulva is meg voltak a beültetett hajak. Referál azon amerikai kisérletről, a melynek czélja kiesiny embert magasabbra növeszteni. Vörös orroknál a Lassar-féle scarificatióról, egyéb kosmetikai bajoknál a legújabb kosmetikai vivmányokról referál.

Sebészeti szakosztály.

I. ülés augusztus 28.-án.

Elnök: *Tauffer Vilmos*, később *Báron Jónás*; jegyző: *Berger Mór.*

1. *Böke Gyula: A fülgyógyászat fontossága az orvosi gyakorlatban.* Az orvosi gyakorlat sokoldalúságát és a betegekkel szemben kivánatos alaposságot az orvos csak akkor teljesitheti, ha mindenekelőtt a betegségeket felismerni tudja.

A helyes diagnosis, a fülbetegségek pontos felismerése okvetlenül szükséges az orvosi gyakorlatban; ennek hiánya csak árthat a betegnek.

Lobos fülbántalmak fel nem ismerése következtében azok igen sokszor annyira terjedhetnek, hogy agytályog, csontszú és genyvérűség következtében halálos kimenet áll be.

A fülgyógyászatban járatlan orvos nem képes a test egyensúlymegzavarását kórjelezni, nem képes az arczideghűdés természetéről magának hű képet alkotni.

Törvényszéki véleményadás fülsérültekről a fülgyógyászat tudása nélkül lehetetlen; ha az orvos nem tudja felkeresni és felismerni a sérülés helyét, annak természetét és következményeit, a birót tévútra vezeti és majd a sérülttel, majd a vádlottal szemben igazságtalanságot fog elkövetni.

Simulánsok leleplezésében a fülgyógyászat tudása nélkül nem tud eljárni, nem képes meghatározni, vajjon a biró, a tanító vagy a vasúti alkalmazott képes-e hivatásának megfelelni, gyógyitható fülbaja van-e vagy nem. Süketséget simulálóval pedig még kevésbé fog boldogulni a járatlan orvos és megtörténik katonaköteles sekkel, hogy a valóban fülbeteg simulánsnak és a simuláns fülbetegnek lesz deklarálva.

Előadó azon következtetést vonja le, hogy valamint jó fülorvos csak az lehet, a ki az orvosi tudomány egészében járatos, úgy jó orvos csak az lehet, a ki a fülgyógyászatban is jártassággal bir.

Hozzászólt *Falta Marczel.*

2. *Herczel Manó: Az epityphlitis műtevésével elért eredmények. Összesen 394 egyénen 406 műtétet végzett epityphlitis miatt.* Korai műtétet — a roham első két napján — mindössze három izben nyilt alkalma végezni, ezek mind gyógyultak. Ide nincsenek beszámitva azon esetek, hol kifejezett diffus peritonitis indikálta a műtétet már a roham első két napján. Tályog miatt a roham alatt 110 beteget kellett operálni, ezek közül 93 (84·6 %) gyógyult, 17 (15·4 %) meghalt. A halál oka kilencz esetben a csak tökéletlenül eltokolt tályogból tovaterjedő hashártyagyuladás volt; egy esetben, hol multiplex tályogok voltak jelen, egy visszamaradt tályognak megpukkadásából indult ki a diffus peritonitis, mely 28 nappal az incisio után vezetett exitusra; egy

Negyvenkilenczedik évfolyam. 43. szám. *Budapest, 1905. október 22.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET 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:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Halász Aladár: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A czukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására. 741. lap.

Elfer Aladár Közlemény a kolozsvári belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Fehérvérűség sajátos esete. 743. lap.

Steiner Pál· Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre. 745. lap.

Tárcza. Róth-Schulz Vilmos: Uti jegyzetek. 747. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Steiner Pál:* Az appendicitis korai műtétének kérdése. 748. lap. — *Könyvismertetés. Carl Wegele:* Die Therapie der Magen- und Darmerkrankungen. (Halász Aladár.) 751. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Lépine:* Az anaphylaxisról. (Marikovszky.) — *Wolfert:* A cholera által előidézett kórboncztani elváltozások. (Marikovszky.) — *Werner:* A radiumsugarak hatása fertőzésekben. — *Hoppe:* Néhány stomachicum befolyása a gyomornedv-elválasztásra. — *Belgyógyászat. Sir W. H. Bennett:* A gyomor automatikus mosogatása hányás bizonyos eseteiben. — *Boveri:* Dohány okozta aorta-atheroma. — *Noorden:* A gyomornedv hyperaciditása. — *Barr:* Savós izzadmányok kezelése. — *Simon:* Diabetikusok acetonuriájának diaetetikus kezelése. — *Sebészet. Oehlecker, Körte:* Térdkalácstöréseknek vértelen és véres úton való gyógykezelésc. (Steiner Pál.) — *Th. Kölliker:* Coxa valga. (Gergő.) — *Schinzinger:* Az emlőrák sebészi kezelése. (Gergő.) — *Húgyszervi betegségek. W. Maximow:* Az emasculatio totalisról. (P. R.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Balzer:* Psoriasis kezelése. — *Robert:* Bronchitis foetida. — *Tansard:* Gonorrhoea kezelése collargollal. 751—754. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés. — Választás. — Új tisztiorvosok. — Egyetemi alkalmazások. — Az Országos Közegészségi Egyesület iskolaorvosi és egészségtantanári szakbizottsága. — Elhunyt. — Gyermekvédő-egyesület Angliában. — A szív anyagi értékéről. — Tuberculosis-érem. — Amerikából. — Contra barbam. — Megjelent. — A Charité kórház-egyesület. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, „Orthoformium-Novum" czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A czukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására.

Irta: *Halász Aladár* dr.

Az alábbiakban számos diabetessel nem járt pankreasmegbetegedés és 15 diabetes-eset vizsgálatáról óhajtok beszámolni; teszem ezt egyfelől azért, hogy adataimmal hozzájáruljak más vizsgálók eredményeinek megerősítéséhez, másfelől, hogy ezirányú első dolgozatomban ismertetett s azóta részben idegen szerzők vizsgálatai által is beigazolt nézeteimet újabb adatokkal támogassam.

Első közlésem (1903) óta a Langerhans-féle szigetek elváltozásai s a diabetes között levő összefüggés némi tekintetben tisztázódott ugyan, a mennyiben több, akkor még vitás dolog nyert beigazolást, de másfelől sok újabb kérdés merült fel, melyek viszont a helyett, hogy megvilágosították volna tárgyunkat, csak bonyolultabbá tették a kérdést.

A vizsgálók egész sora foglalkozik a czukorbetegség és a hasnyálmirigyben található kóros változások közötti viszony felderítésével, a nélkül, hogy a szerzők a baj lényegét illetőleg végleges megállapodásra jutottak volna. Akadnak vizsgálók, kik tagadják a Langerhans-féle szigetek *belső elválasztását* s a szigetmegbetegedések szerepét diabetesben; sőt egy nagynevű életbuvár az egész pankreas-diabetes-elméletet tévedésen alapulónak tekinti.

Mindez szükségessé teszi, hogy saját vizsgálataim ismertetése előtt röviden összefoglaljam a legutolsó két év alatt megjelent dolgozatokat, melyek tárgyunkkal vonatkozásban vannak s a szóban forgó kérdés tisztázásához hozzájárultak. A dolgozatokat megjelenésük sorrendje szerint ismertetem.

* * *

Az *arteriosclerosis és czukorbetegség* egymáshoz való viszonyával, melynek a *pankreas-diabetes* kórtanában Fleiner, Hoppe-Seyler s utóbb e sorok irója oki jelentőséget tulajdonított, foglalkozik a „Deutsche med. Wochenschrift" hasábjain *Croner.*[1] Elismeri ugyan az arteriosclerosis és a diabetes között fennálló viszonyt, de azt nem a hasnyálmirigy megbetegedésével, hanem functionalis agyi bántalom felvételével igyekszik magyarázni. Az arteriosclerosishoz társuló glycosuria okát a czukor anyagforgalmát szabályozó idegközéppont hiányos táplálásában vagy izgalmában keresi. Felvételének helyes volta mellett szól szerinte az is, hogy ily esetekben nagy az apoplexiára való hajlandóság. Az a körülmény, hogy az arteriosclerosishoz társuló diabetesben a glycosuria nem egyszer hosszabb-rövidebb időre kimarad, szerinte szintén inkább a baj középponti eredete, mint a pankreas megbetegedése mellett szól.

Az arteriosclerosishoz társuló czukorvizelés centralis okai mellett bizonyít még Croner szerint a pankreas-készítmények therapeutikus alkalmazásának sikertelen volta is.

Croner nézetét azonban nem oszthatjuk: egyfelől ugyanis nagyon is általánosságban ir s felfogását kevésszámú klinikai észleletre alapítva, azt obductiók adataival egyáltalán nem támogatja, másfelől érvelését sem tarthatjuk eléggé meggyőzőnek. Apoplexiára való hajlandóság súlyos arteriosclerosis mellett mindig megvan s a glycosuria ingadozásából, sőt kimaradásából sem lehet bizton annak centralis, ideges eredetére következtetni; a czukorvizelés ugyanis még súlyos anatomiai változásokkal járó pankreas-diabetes esetében is kimaradhat rövidebb-hosszabb időre, mint azt a klinikai és kórboncztani tapasztalat bizonyítja.

Hoppe-Seyler[2] (Kiel) a XXI. belgyógyászati congressuson 16 eset vizsgálatáról számolt be, melyekben az arteriosclerosis hasnyálmirigybeli elváltozásokkal járt s a 16 közül 6 esetben *czukorvizelés* volt jelen. Érmegbetegedés, főkép arteriosclerosis következményeképp a hasnyálmirigyben kötőszöveti szaporodást s a mirigyes elemek sorvadását észlelte. A kóros folyamat a Langerhans-féle szigetekben is okoz változást, minek

lassan kifejlődő diabetes a következménye. *Eseteiben a diabetes súlyossága mindig a hasnyálmirigybeli kóros változások fokának és kiterjedésének felelt meg.*

Számos érdekes adatot szolgáltat a czukorbetegségnek a hasnyálmirigymegbetegedéshez való viszonyát illetőleg *Lazarus* munkája. Bennünket e helyt az alantiak érdekelnek:

Diabetesben elhalt egyik betegének (XIV. sz. eset: Diabetes. Hydrops cysticus duct. pancreatici) hasnyálmirigye igen sorvadt volt. A sorvos Langerhans-féle szigetekben sokhelyt egynemű, alig festődő anyagot talált, melyet a hajszálerek falának elfajulásából származtat. Betegének a diabetesen kivül súlyos arteriosclerosisa és idült interstitialis nephritise is volt.

Egy másik esetében (I. sz. eset: Diabetes. Induratio et lithiasis pancreatis) a rendkivül sorvos (8 × 2·8 × 1·5 cm.) hasnyálmirigyben Langerhans-féle szigetek *sehol sem voltak felismerhetők*. A hasnyálmirigy erein súlyos arteriosclerosis volt látható. Hasonlókép nem kapott ép szigeteket diabetessel járt pankreas kőbetegség egy másik esetében (III. sz. Diabetes, induratio et lithiasis pancreatis), míg a II. sz. esetben nem volt glycosuria s ennek megfelelőleg az egyébként nagyon sorvadt s nagyfokban sclerotikus hasnyálmirigyben *feltünő sok ép* Langerhans-féle szigetet talált.

Észleletei alapján hajlandó a Langerhans-féle szigeteknek a szénhydratok feldolgozásában fontos szerepet tulajdonitani s a diabetest a szigetváltozásokkal hozza oki összefüggésbe. A szigeteket érő változások és igy a diabetes aetiologiájában nagy szerepet játszik szerinte az érfalak megbetegedése, főkép az endoarteritis chron. deformans.

Sauerbeck[4]-nek a „Virchow-Archiv"-ban megjelent összefoglaló dolgozatában 60 nem diabetikustól származó és 17 diabetesben elhalt egyén hasnyálmirigyének vizsgálatáról van szó.

A Langerhans-féle sziget morphologiáját nem tartja egységesnek s szerinte a szigetekre még leginkább az jellemző, hogy magvaik között szembetünő nagyokat láthatni. Tagadja, hogy normalis viszonyok között a szigeteket egységes kötőszöveti tok venné körül.

A szigetek számát illetőleg 12 esetben normalis hasnyálmirigyekből származó metszeteken pontos számlálást végzett s egy-egy (körülbelül 3·2 mm² átmérőjü) látótérben 3—10 szigetet talált s igy szerinte minden mm² területre majdhogy egy sziget jut.

A hasnyálmirigy másnemü, czukorvizeléssel nem járó megbetegedéseinél a szigeteket a parenchymánál ellentállóbbaknak találta ugyan, egyes esetekben azonban a szigetekben is kapott kóros elváltozást; igy pangással járó vérkeringési zavaroknál vérzést, mamma-carcinoma egy esetében pedig a Langerhans-féle szigetekben *áttétes rákos góczokat* talált. Más esetben pedig czukorbetegségben nem szenvedett egyén hasnyálmirigyében a szigetek hajszálereinek hyalinos elfajulását észlelte.

17 diabetes-esete közül a hasnyálmirigy parenchymája teljesen ép volt; egy-egy esetben mérsékelt sclerosist és lipomatosist észlelt, 6 esetében kifejezett kötőszöveti szaporodás, 2 esetében pedig zsíros átalakulás volt szembetünő. Egy másik esetében azonban a szigeteket teljesen épeknek találta.

10 esetben a Langerhans-féle sejthalmazok száma a rendesnél kevesebb volt s rajtuk kifejezett kóros elváltozás volt észlelhető: csak nehezen ismerhetők fel, s egyes esetekben kötőszövetszaporodás, más esetekben hyalinos elfajulás észlelhető a szigetekben.

Egy esetében ép parenchyma mellett a szigetekben nem észlelhető elváltozás, számuk azonban igen csekély, a rendesnek alig egyharmada volt.

Máskor a hasnyálmirigy zsíros átalakulása vagy kötőszövetének megszaporodása mellett kapott csekélyszámú szigetet. A *szigetek hyalinos elfajulását súlyos arteriosclerosis mellett* többször (IV., XII. és XV.), összesen hat esetben találta: a hyalinos elfajulás — akár csak az általam leirt esetekben — a *capillarisok falán s azok körül* kezdődött, s innét terjedt a kötőszöveti sövényekre s a sziget többi részére. Mindamellett szerző a szigetekben észlelhető hyalinos elfajulást nem tekinti kizárólag a szigetek megbetegedésének; szerinte ily esetekben az egész hasnyálmirigy beteg, csakhogy ez *legszembetünőbben* a szigeteken észlelhető. Szerző felfogása egyébként az, hogy a *szigetelváltozások és a parenchyma megbetegedése között bizonyos fokig parallelismus áll fenn.*

Tagadja a diabetesnél található kóros változások specialis jellegét, oly értelemben, mint azt Hansemann (granular-atrophia!) és mások gondolták.

Hangsúlyozza, hogy szigetelváltozások nem minden diabetes-esetben találhatók ugyan, ily esetek magyarázatára azonban a látható anatomiai elváltozásokkal nem járó *functionalis zavar* felvételét jogosultnak tartja.

A „sziget-theoria" nem nyugszik ugyan szerinte feltétlen biztos alapon, de mégis több jogosultsága van, mint a parenchyma-megbetegedés fajlagosságának. A kérdést különben csakis további kisérleti búvárlat s kórboncztani vizsgálódás alapján tartja eldönthetőnek.

Sauerbeck, első dolgozatomban ismertetett észleleteimmel megegyezőleg, szintén arra a következtetésre jut, hogy a czukorbetegség lefolyásának súlyossága és a talált kórboncztani elváltozások foka között határozott összefüggés van.

Végül szerző a fiatalkorú és familiaris diabetesben szenvedett egyének hasnyálmirigyében esetleg található congenitalis szigetanomaliákra (agenesis, csekély szám stb.) hivja fel a vizsgálók figyelmét.

Sajátos és szembetünő, hogy Sauerbeck több diabetes-esetében a hasnyálmirigy súlya *szokatlanul nagy*, igy a XII. és XVI. számú esetében 200 gm., a XIII. számúban pedig 240 gm. volt, holott pl. a mi 30 diabetes-esetünkben a legnagyobb súlyú pankreas 90 gm.-nyi volt, s az I. sz. kórboncztani intézet boncolati jegyzőkönyveit 1896—1904 ig átnézve, csak egyetlen egy esetben* találtam a szokottnál nagyobb — 190 gm. súlyú — hasnyálmirigyről említést. Kár, hogy esetei ismertetésekor a szigetek méreteit sehol sem adja.

A pankreas-diabetes elméletét s igy alapjában véve a szigettheoriát is érintő dolgozat jelent meg Pflügertől[5] 1904 végén. E munkájában azt állitja Pflüger, hogy *„jól táplált állatnál* (kutya) *a hasnyálmirigynek egyszerre való, lehető kiméletes kiirtása nem jár diabetessel"*.

Pflüger e nézetét Lüthje állatkisérleteire alapitja. Lüthje ugyanis 6 esetben azt tapasztalta, hogy kutyánál a hasnyálmirigy teljes kiirtása után jelentkező glycosuria pár napi fennállás után, ha éheztetjük az állatot, elmarad. Ha azonban szénhydratmentes nutrosét adott a pankreasától megfosztott állatnak, újból czukorvizelés jelentkezett. Lüthje ebből azt következtette, hogy a kisérleti állat reserveszénhydrat anyagainak felhasználása után fehérjékből készit czukrot, melyet azonban szervezete felhasználni nem tud, s igy glycosuria lép fel. Ezzel szemben Pflüger igyekszik bebizonyitani, hogy fehérjékből glycogen és igy czukor sohasem keletkezik.

Pflüger a hasnyálmirigy teljes kiirtása után jelentkező diabetest a műtéttel járó idegsértés következményekép fellépő reflectorius glycosuriának tartja, mely a sebzés gyógyultával elmarad; azt pedig, hogy az állat etetésére újból glycosuria lép fel, a mesenterialis csonknak az élénkebb bélperistaltika okozta vongálásából, ugyancsak reflex úton igyekszik magyarázni.

Pflüger érvelését azonban nem fogadhatjuk el: egyfelől az idegsértést követő „reflectorius glycosuria" elmélete a Tirolloix-Hédon-féle ismert** kisérletek elfogadható magyarázatát nem adja, másfelől azt sem szabad felednünk, hogy Lüthje állatai *inanitioban* voltak*** s kimerüléssel járó állapotokban — mint azt a

* 92/40. sz. boncziegyzőkönyv (1897. II/12.). Sz. Gy.-né, 20 éves, református, vendéglős neje. Klinikai diagnosis: Belső szivhártyalob; szivbénulás. Boncolati diagnosis: Nephritis diffusa ad stad. II. vergens. Hepatitis interstitialis chron. hypertrophica. *Hypertrophia pankreatis.* A hasnyálmirigy igen nagy, méretei 5 cm. × 2·5 cm. × 2·5 cm. Súlya 190 gm. Állománya tömött, vérdús, halványvörös színü. Sajnos, hogy a górcsövi készitmények hiányzanak.

** Tirolloix és Hédon a hasnyálmirigy kiirtását 3 ülésben a következőkép végezték: I. a hasnyálmirigy szabaddá lett, de erekkel s idegekkel összefüggő részletét a has bőre alá ültették. II. Kiirtották a hasnyálmirigyet a bőr alá ültetett részlet kivételével. Ekkor nem lépett fel diabetes. III. A bőralatti pankreasrészletet is eltávolitották, mire az állat súlyos diabetest kapott.

*** A Hofmeister-féle éhezési glycosuria, mely hiányosan táplált kutyánál lép fel, a cachexia fokozódásával elmarad, s az állat nem *diabetesben*, de *cachexiában* pusztul el.

klinikai megfigyelés embernél számos esetben kimutatja — a glycosuria spontan elmaradhat, sőt szénhydrat-táplálékra sem jelentkezhetik újból czukorvizelés.* Különben is Lüthje esetében *nutrose*-táplálás mellett glycosuria jelentkezett s csak az éhező állat vizelete volt czukormentes; azt, hogy a cachexiás állatnál elmarad a czukorvizelés, már Minkowski és Hédon is tudták!

Lüthje kisérletei egyébként sem olyan teljesek, hogy belőlük ily rendkivül fontos következtetéseket lehessen vonni; hogy a hasnyálmirigy eltávolítása minő befolyással van a szervezet szénhydratcseréjére s vajjon okoz-e diabetest vagy sem, azt egyedül abból, hogy a pankreasától megfosztott *éhező* állatnál a czukorvizelés spontan elmarad, megitélni nem lehet. Adott esetben csak akkor lehetne a diabetest kizárni, ha a hasnyálmirigy eltávolítása után, hosszú időn keresztül, bő szénhydrat-táplálás mellett sem jelentkeznék újból glycosuria. Már pedig Lüthje eseteiben, melyekből Pflüger messzemenő következtetéseit vonta, szénhydrat-táplálással kisérlet egyáltalában nem történt.

Pflüger állitását, hogy fehérjékből szénhydrat nem képződik, mai ismereteink mellett szintén nem fogadhatjuk el.**

Pflüger nézeteit*** egyfelől bizonyitékainak elégtelenségénél és Lüthje kisérleti sorozatának emlitett hiányainál fogva, másfelől mások és részben saját kórszövettani vizsgálataim alapján elfogadhatóknak nem tartom. Egyébként Lüthje kisérleteit a fentebb emlitett cautelák betartása mellett érdemes volna megismételni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Fehérvérűség sajátos esete.

Közli: *Elfer Aladár* dr.

(Vége.)

A mi a szétszórt góczú kis sejtcsoportulatokat illeti, ezek az élőben látott sejtformákkal teljesen megegyeznek, a mennyiben főképen nagy és kis egymagvú sejtekből állanak. A diffusabb kötőszöveti rostkötegek közé beszorított sejtformák legnagyobbrészt óriás magvú sejtekből állanak; alak és változatosság tekintetében a mirigynál leirtakkal azonos formában. Egyik-másik területen csakis óriás magvú sejtek láthatók. A gyéren látható vékony csontléczek körüli területeken hasonlóképen sok óriássejt. A pirosvértestek halványan festődők, a magvas pirosvérsejtek a normoblastok képét mutatják s nem nagy számmal láthatók; gyéren többmagvú fehér vérsejteket, eosinophil-myelocytákat is láttunk, bár kisebb számban.

Ha esetünket röviden összefoglaljuk, láthatjuk, hogy klinikailag oly esetről van szó, melyben körülbelül 3 hó alatt nagy hőmérsékleti ingadozások mellett, fokozatos elgyengülés jelei között állott be az exitus, melyben a nagy lép- és májmegnagyobbodáson kivül felötlőbb leletet a haematologiai kép mutatott. Elég nagy fokú vérszegénység mellett felszaporodott fehérvérsejtszám a keringő vérben, a mely egészen az exitusig meglehetős egyenletes képet mutatott. A szemcsézetlen protoplasmájú egymagvú sejtek az uralkodó formák és ezek közül is a nagy egymagvúak. Semmi csontfájdalom és a mirigymegnagyobbodásokat is nélkülözzük.

A boncolásnál nyert adatok külsőleg csak megerősitették a mirigyekre vonatkozó előbbi megfigyeléseinket, de a histologiai lelet a mirigy cytologiai szerkezetét meglehetősen elváltozottnak mutatta; nevezetesen a tág nyirokhézagokban feltünő nagy számban láthatók az óriásmagvú sejtek. Sajnos, hogy vizsgálataink csakis a kétoldali inguinalis mirigyekre vonatkoznak, bár makroskopikailag nagyobb mérvű elváltozást ezeken sem észlelhettünk. A mirigyek ilyen mértékű elváltozása mellett feltünő még az egyes szervek edényhálózatában itt-ott látható óriás magvú sejtek jelenléte, melyek a lép gyurmájában már nagyobb számban láthatók. Felemlítendő végül a csontvelőnek úgy szabad szemmel, mint górcső alatt látható megváltozása. A makroskopi lelet a megváltozott velőben szürkés-fehér csomócskákat mutatott, míg a górcsövi leletnél szembeötlő volt a velőnek erősen kifejezett rostos volta, másrészt pedig annak sejtszegénysége; a látható sejtformák szokatlan alakok, hiszen a jelenlévő nagy egymagvú sejtek, valamint a másik uralkodó sejtforma, a változatos alaku óriásmagvú sejtek elnyomnak minden más velőelemet.

Már most igazán kérdés, hogy esetünket a vérképző szervek megbetegedésének mely csoportjába sorozzuk?

A haematologusok körében ma mindinkább kicsúcsosodik ama nézet, hogy a leukaemiás megbetegedéseknek a vérben nyilvánuló tünettani képénél a csontvelő bizonyos fokú megváltozásában keresendő a kiinduló pont. Csontvelőelváltozás nélkül hiányzik a leukaemiás vérlelet. A *Neumann* által először hangoztatott eme felfogás mellett az *Ehrlich* által oly magas tökélyre fejlesztett eszközökkel és eljárással munkálkodó haematologusok közül főképen *Pappenheim* buzgólkodik. Részletkérdéseket tárgyalni a fehérvérüség sajátos egy esetének leirásakor véleményem szerint felesleges; azért is az ellentétes nézetek felemlítésétől tartózkodom. Azt azonban esetünk taglalásával mégis felhozhatjuk, hogy a bántalom székhelyének a csontvelőbe való localizálásával még az ilyen, a rendes keretbe be nem illeszthető megbetegedesi formák is könnyeben értelmezhetők. Esetünkben is, mint a szövettani vizsgálat mutatta, a megbetegedés lényegét a velőbe helyezzük és igy csak természetes, hogy az élő vérben oly nagy számban keringő, változatos nagyságot mutató egymagvú fehérvérsejtek is a cytologiailag megváltozott velő tevékenységi formái. Ezeket a nagy egymagvú sejteket *Türk*-nek *Pappenheim*-mel és *Hirschfeld*-del folytatott vitatkozása alapján az egyöntetüség kedvéért lymphoid sejteknek nevezhetjük. A keringő vérben látható fehérvérsejtformák zöme tehát ily nagy egymagvú sejtalak, oly kép, a minőt a heveny leukaemiák átlag nyujtanak. A betegség lefolyásának külső képe mintha ezt igazolná is. A beteg nagyfokban elgyengült volta, a remittáló és időnként 39° C.-t meghaladó hőmérséklet stb. sokban mutatják azon képet, melyet a nem teljesen heveny lefolyású (1—2 hét) leukaemiáknál láthatunk. A lefolyás kissé elhúzódottabb volta ellenérvül fel nem hozható. Vajjon kinek jutna eszébe a hosszadalmasabb pyaemiás megbetegedéseket a rövidebb lefolyásúaktól elkülöníteni? Esetünkben csak az különös, hogy ily hosszadalmasabb lefolyás mellett sem látunk feltünőbb mirigyduzzanatot. Vagyis hasonló volna, legalább részben, a *Körmöczi, Walz, Hirschlaff és Pappenheim* által leirt esetekhez. Azonban az, a mi esetünket az előbbiektől elkülöníti — eltekintve már a lefolyástól is —, az főképen a szövetek histologiai leletében rejlik: egyrészt a már emlitett rostos volta a velőnek — átlagos sejtszegénysége —, eltekintve az éretlen velősejtek hyperplasiájától, a feltünő nagy számban jelenlevő óriássejtek, másrészt ama körülmény, hogy ezen óriásmagvú sejtek nemcsak a velőben, hanem a különböző szervek capillarisaiban is láthatók, sőt a mirigyben valóságos óriássejtü beszüremkedésről beszélhetünk; mind oly elütő képek, még a fenti szintén nem typusos leukaemiás megbetegedésektől is, hogy szükségesnek vélem, bár nagyon röviden, azon kevés esetet felemliteni, melyek, ha nem is teljesen, de legalább részben esetünkhöz hasonló képet nyujtanak.

Elsősorban a *Michaelis* által feldolgozott fehérvérüség-esetet tartjuk felemlítendőnek, a hol szintén körülbelül 3 hónap alatt vezetett exitushoz a kórfolyamat. Itt is nélkülözzük a jelentékenyebb mirigyduzzanatokat, ellenben jelen van a mérsékelt máj- és az igen nagyfokú lépmegnagyobbodás. Hőemelkedés (40° C.) csakis az exitus előtti napon jelentkezik és soporosus tünetek között másnap exitus. Előbbeni vérlelet 40% haemoglobin (Gowers), 3.450,000 pirosvértest és 16,000 fehérvérsejt. Ezen arány meglehetősen állandó is marad; a cytologiai vizsgálatnál átmenetileg magvas pirosvérsejtek, nagymértékben felszaporodott nagy egymagvú fehérvérsejtek (56%), 7% neutrophil myelocyta tünnek fel; eosinophil- és basophilsejtek csak 0·4%-ban vannak jelen.

* Naunyn: Der Diabetes mellitus. Wien, 1900. Nothnagel-féle gyüjtőmunkában. 143. l.

** V. ö. Klug: „Az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról.“ Budapest, 1904. 73. lap.

*** Később Pflüger — mint azt e dolgozat befejezése után olvastam — 11 esetben totalis pankreaskiirtást végzett s mindegyik esetében az éheztetés ellenére is diabetes lépett fel, mely az állat haláláig tartott. Igy tehát maga Pflüger rectifikálja az előző dolgozatában mondottakat. (V. ö. „Ob die Totalexstirpation des Pankreas mit Nothwendigkeit Diabetes bedingt. Pflüger's Archiv. 106. k. 5. f. 181. lap.)

Esetünktől tehát e vérkép főképen a nagyobb számú myelocyta jelenlétében különbözik.

Sectionál puha léptumor (2000 gm. súlyú) és piros csontvelő látható. A velő főképen nagy egymagvú fehérvérsejtekből és óriássejtekből áll; jóval kevesebb a velősejt. A lép ezzel azonos képet mutat. A meg nem duzzadt mirigyekben itt-ott óriásmagvú sejtek nagy számban. Tüdőben szorgos keresés után sem talált óriássejteket *Michaelis* ezen eset értelmezésénél az indifferens lymphoidsejtek felvételére támaszkodik.

Ugyanezen időből származik *Schwarz E.* közleménye is, a melyben anaemiás tünetek közt megbetegedő 47 éves nőről van szó, kinél a mirigymegnagyobbodásokat szintén nélkülözzük, de léptumor jelen van. Az élő vérben kezdetben hyperleukocytosis (40,000), a pirosvérsejtek pedig rendes számban. A rendellenes fehérvérsejtformák közül 17·9% myelocyta és 1·9% nagy egymagvú fehérvérsejt. Esetünktől tehát lényegesen elütő vérkép. *Schwarz* betegénél mérsékelten felszaporodott eosinophil sejtek is vannak jelen. Később a fehérvérsejtek száma mindinkább kevesbedik, végül pedig már normalis vérképet talált. A betegség egy szakában sajátságos formákat látott az élő vérben, melyeket a fehérvérsejtek egy csoportjába sem volt képes sorozni. A betegség körülbelül 10 hónap alatt folyt le. Sectionál hyperplastikus léptumor; itt-ott megduzzadt mirigyek, a csontvelőnek mérsékelten kifejezett hyperplasiája, a spongiosák és diaphysisek osteosclerosisa találtattak. Górcsövi vizsgálatnál a szűk területre szorítkozó velőben igen sok óriássejt, továbbbá nagy egymagvú sejtek, eosinophil sejtek, polynuclearis leukocyták, számos magvas pirosvérsejt találtattak. A hosszú csöves csontokban elég gazdagon zsíros velő. A máj és vese capillarisaiban elég sok szabadon fekvő chromatintömeg, melyek közül csak egyik-másikban látható a protoplasma. Májban typusos tuberculumok; mirigyekben az edénypályán belül kevés óriássejt, azonkivül hasonlóképen typusos tuberculumok. Lép capillarisaiban is elég számos óriássejt. *Schwarz* esetét leukaemiának tartja.

Müller H. F., Hindenburg, Aschoff, Besançon tesznek említést óriásmagvú sejteknek leukaemiás megbetegedésekben szétszórtan való előfordulásáról.

Semmi esetre sem lehet czélom az óriásmagvú sejteknek az egyes szervek capillarisaiban való megtelepedési feltételeit fejtegetnem, hiszen az erre vonatkozó vélemények még nem tisztázódtak, magam pedig kisérleteket erre vonatkozólag nem végeztem. Azon kevés tapasztalat alapján, melylyel a leukaemiás megbetegedések pathohistologiája körében rendelkezem, azt hiszem, hogy ama gyanumnak bátran adhatok *Schwarz*-czal egyetemben kifejezést, miszerint a leukaemiáknál jóval gyakrabban találkoznánk a szervezetben szétszórt óriásmagvú sejtekkel, ha erősebben ügyelnénk eme sejtformákra; hiszen még az atypusos fehérvérűségnél is találhatók olyan sejtformák, a melyek csak igen sok készítmény átvizsgálása után elvétve kerülnek a górcsövező elé, pedig a leukaemiás megbetegedések másik csoportjánál zömével kapjuk az ilyen sejtformákat.

A keringő vér sejtformáinak megitélését nagyon kis vérmennyiségből eszközöljük, s ezért nagyon könnyen jegyezhetnők be a gyérebben található sejtformák rovatába a nulla jegyet. Különben is ezen *Robin*-féle óriásmagvú sejtek csontvelősejtek; miért ne juthatnának be ezen sejtformák is a keringő vérbe, a midőn a velő egyéb oly alakjai is bejutnak, melyek rendes körülmények között onnan el nem távoznak. Más kérdés az, hogy egyes esetekben miért jutnak a peripheriára oly nagy számban, mint jelen esetünkben: miért látjuk a velőnek egyéb sejtformáit háttérbe szorulni ezen változatos képet mutató myeloplaxumokkal és lymphoidsejtekkel szemben. Ha tehát az egységes aetiologiai magyarázatot nélkülözzük, úgy kénytelenek vagyunk a különböző ingerek rejtélyesen sajátos tulajdonságaira hivatkozni, pedig e mellett kell hogy fontos szerepet tulajdonítsunk a velő egyes törzssejtformái továbbfejlődő képességének is. Hiszen a heveny leukaemiáknál a cytologiai képnek zömét a fenti indifferens nagy egymagvú sejtek képezik, míg az idült leukaemiás megbetegedéseknél nagyon gyakori a vegyessejtű haematologiai kép. Az előbbi sejtformák talán a törzssejtforma elnevezést is megérdemlik; mindenesetre nem differentiált sejtalakok; és ha ily formák jutnak a keringő vérbe, ez már a vérképző szervek jelentékeny hypofunctioját jelenti és azt hiszem, hogy épen az ilyen esetekben fogjuk az egyes szervekben megtalálni a csontvelőnek leginkább sessilis formáit, t. i. az óriásmagvú sejteket. Magam is három heveny leukemia esetében láttam ezeket a szétszórtan jelentkező óriásmagvú sejtalakokat. Ezen útóbbiakra vonatkozó tapasztalataimat *Veszprémi* dr. egyet. m. tanár úrnak köszönhetem.

A csontvelő sejttermelő képességének ad minimum redukálását láthatjuk oly esetekben, minő pl. a *Schwarz*-é; ehhez hasonló esetről referált újabban *Schmorl* is, de erről részletesebb közleményt még nem olvashattam. Hasonló ezekhez *Heuck* egy leukaemiás esete. Azon osteosclerosisok, melyeknél a leukaemiás vérleletet nélkülözzük, mint pl. a *Baumgarten*-é, esetünktől távolabb eső kórformák. Ily esetekben talán több positiv adatot kaphatnánk az óriássejteknek hyperplasiájáról, sőt esetleg az egyes szervekben való megjelenéséről is.

Visszatérve saját esetünk taglalására, úgy ismételten kiemelendőnek tartjuk a mirigyeknek óriássejtekben való dús voltát. Részemről ezeknek odajutását a csontvelőből gondolom létrejöttnek, részint a velőben nagy mértékben jelenlevő myeloplaxumok miatt, részint azon körülmény folytán, hogy az egyes szervek capillarisaiban is láthatók voltak sejtek, melyek egymással megegyező formai és festődési sajátságokat mutattak; és ezen körülmény ellene szól annak is, hogy pl. a mirigyben talált óriássejtek degenerált sejtalakok volnának. Másik feltünő körülmény a csontvelőnek nagyfokú fibrosus volta, mely mellett a velő sejtszegénysége igazán szembeötlő. Továbbá még a legerősebben megváltozott velőterületeken is láthatók górcső alatt a zsíros velőnek nyomai; a makroskopi lelet azonkivül elég jelentékenyen residuált zsíros velőt mutatott. A megváltozott csontvelő, sejtformáit tekintve, a lymphadenoid degeneratiojú velő képét adja, mely mellett jelentékeny az óriásmagvú sejtek hyperplasiája is. Esetünkben számolni kell a nagyfokú vérszegénységgel, mely körülmény a csontvelő erythroblastikus részletének lefokozott tevékenységét jelenti. Hogy nem az a chronikus inger, mely ily rossz táplálkozási és hygienés viszonyok közt élőnél tompítja az erythroblastikus velő tevékenységét, volt e az oka annak, hogy a leukoblastikus velőrész továbbfejlődési fokozatait oly váratlanul csaknem teljesen beszüntette, avagy pedig nem ezen körülirt lymphadenoid degeneratiojú csomók káros hatása mellett fejlődött-e ki az anaemiás vérkép, arra vonatkozó határozott véleménynyilvánítástól természetszerüleg tartózkodunk.

Végül legyen szabad köszönetemet kifejezni *Buday Kálmán* dr. egyetemi tanár és *Veszprémi Dezső* dr. egyetemi magántanár uraknak munkálatomban való szíves segédkezésükért.

Irodalom: *Ehrlich-Lazarus-Pinkus*: Die Anämie, Leukämie, Pseudoleukämie. 1901. — *Grawitz*: Klinische Pathologie des Blutes. 1902. — *Schwarz*: Ein Fall von Leukämie mit Riesenzellembolie und allgemeiner Osteosclerose. Zeitschr. f. Heilkunde 1901. (Ugyanitt az erre vonatkozó irodalom megtalálható.) — *Michaelis*: Über einen der Gruppe der leukämieartigen Erkrankungen zugehörigen Fall. Zeitschrift für klin. Med. 1902. XLV. kötet. — *Körmöczi*: Das hämatologische Bild der Lymphämie ohne anatomischen Befund, im Anschluss an schwere Anämie. Deutsche med. Woch. 1899. 12. sz. — *Pappenheim*: Neuere Streitfragen aus dem Gebiet der Hämatologie. Zeitschr. f. klin. Med. XLVII. kötet, 1902. — *Pappenheim*: Über Lymphämie ohne Lymphdrüsenschwellung. (Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Leukämie.) Zeitschr. f. klin. Med. XXXIX. k. 1900. — *Pappenheim*: Betrachtungen über Leukämie. Zeitschr. f. klin. Med. LII. k. 1904. — *Senator*: Über lymphadenoide und aplastische Veränderung des Knochenmarkes. Zeitschrift f. klin. Med. LIV. k. 1904. — *Banti*: Die Leukämien. Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat. 1904. 1. sz. — *Türk*: Vorlesungen über klinische Hämatologie. 1904. — *Türk*: Kritische Bemerkungen über Blutzellenbildung und Benennung. Folia Hämatol. 1905. 4. sz. — *Sternberg*: Über eine sogenante atypische Leukämie (Chloromyelosarkomatose). Verh. der deutschen pathol. Gesellsch. 1904. évf. 2. f., továbbá Ziegler's Beiträge. 1905. — *Wolff*: Über die Bedeutung der Lymphoidzelle bei der normalen Blutbildung und bei der Leukämie. Zeitschrift f. klin. Med. XLV. k. 1902. — *Hirschfeld*: Über atypische Leukämien. Folia Haematol. 1904. I. k., 3. f. — *Schmorl*: Leukämie mit Ausgang in Osteosclerose. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde zu Dresden. 1904. Jan. 30. Ref. Münch. med. Woch. 1904. 12. sz. — *Hirschlaff*: Über Leukämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1899. LXII. kötet.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre.

Irta: *Steiner Pál* dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

B) Palliativ műtétek.

A palliativ műtétek közül *Dollinger* tanár két methodust szokott alkalmazni.

1. gastro-enterostomia-t
2. jejunostomia-t.

a) Gastro-enterostomia.

Dollinger tanár a *Wölfler*-féle gastro-enterostomia antecolica antica-t szokta végezni varrattal, azon okok alapján, melyeket a kir. Orvosegyesületben 1902. novemberben kifejtett, t. i., mert a Murphy-gomb sok esetben visszaesik a gyomorba, másfelől pedig, mert az általa létesített nyilás a gyógyulási és hegesedési folyamat alatt még zsugorodik is. *Mikulicz* is nagy híve a varratnak s a Murphy-gomb hátrányát abban látja, hogy

1. relativ nagysága miatt visszaesik a gyomorba, ezt az esetek $^1/_3$-ában tapasztalta;
2. a gomb által készített nyilás kicsiny;
3. a gomb nyomási nekrosis útján peritonitishez vezethet;
4. a gomb hónapokig vesztegelhet a testben és bedugulhat.

Klinikánkon *8 esetben* végeztünk gastro-enterostomiát, *4 esetben peritonitis* volt a halálok, bár a sectio kimutatta, hogy az alkalmazott varrat sem folyadékot, sem gázt nem bocsátott át s így fel kell vennünk, hogy a fekély septikus váladéka, mely műtét alatt s közvetlenül utána érintkezik a gyomor- és bélsebbel, okozza a foudroyans sepsist.

1 esetben a beteg a műtét utáni 8. napon *bronchopneumoniában* halt meg s így 8 gastro-enterostomiás esetünkből 5 operativ halálozásunk volt.

Gyógyult hassebbel távozott *3 beteg*, kik otthon 3—6—11 hó után, tehát átlag $6^1/_2$ hó után haltak meg. Ugyanezen átlagos kort érték meg *Krönlein* gastro-enterostomiás betegei is.

Utóbb azonban javult a gyomorrák eseteiben végzett gastro-enterostomiáink statistikája. Ugyanis a betegek előkészítését sokkal erélyesebben végezzük, mint azelőtt, a mennyiben a műtét előtti 4—5 napon, a műtét előestéjén, a műtét napján erélyes gyomormosást végzünk. A fent jelzett 8 gastro-enterostomia óta újabb 8 esetben végeztük e műtétet, csak 1 esetben volt peritonitis a halálok, 2 esetben pedig nem localis complicatio okozta a halált, t. i. egyik esetben a beteg szívgyengeség tünetei közt a műtét utáni 20. órában, a másik a műtét utáni 17. napon diphtheriás bélgyuladás következtében halt meg. Tehát újabb gastro-enteorosomiáinkból 12·5% localis complicatio és 25% a műtéttel összefüggő egyéb baj következtében halt meg.

Ringel 62·2%, *Billroth* 50%, *Carle és Fantino* 40%, *Kocher* 36·3%, *Kappeler* 32·2, *Mikulicz* 31·5%, *Eiselsberg* 31%, *Roux* 28·1%, *Krönlein* 24·3% operativ halálozásról számolnak be.

b) Jejunostomia.

A mely esetek gastro-enterostomiára nem voltak alkalmasak, azokban *Dollinger* tanár jejunostomiát végez és pedig újabban jejunostomia lateralist.

Maydl-féle jejunostomiát a feldolgozás tárgyát képező időben 3 esetben végeztünk. 1 esetben műtét után a beteg peritonitisben halt el. 2 beteg növekedő erővel és súlylyal hagyta el a klinikát s otthon 1—4 hó mulva halt el, de súlyos fájdalmaik, melyek a betegeket a klinika felkeresésére indították, enyhültek maradtak mindvégig.

C) Radikalis műtétek.

Radikalis műtétet 4 esetben, tehát eseteink 21%-ában végezhettünk.

Radikalis beavatkozásunk 2 esetben pylorusresectioban, 1 esetben partialis gyomorkiirtásban, 1 esetben teljes gyomorexstirpatioban állott. *Operativ mortalitás*-unk 2 esetben volt; az egyik pylorusresectionál peritonitis volt a halálok, a partialis gyomorkiirtásnál pedig nyelési tüdőgyuladás.

A másik pylorusresectiós betegünk gyógyultan hagyta el a klinikát, de otthon 7 hó mulva recidivában meghalt.

A gyomorkiirtásos betegnél (37 é.), kit *Dollinger* tanár a kir. Orvosegyesületben 1902. januárban bemutatott, a műtét 1901. február 11.-én adenocarcinoma ventriculi miatt történt s e beteg jelenleg is, $4^1/_2$ évvel a műtét után, teljesen egészséges és rendőri szolgálatot teljesít.

A feldolgozás tárgyát képező időben csak ez az egy teljes gyomorkiirtás történt, de azóta is végzett *Dollinger* tanár teljes gyomorkiirtást, még pedig összesen 4 esetben, azelőtt pedig *Kétly* tanár klinikáján 1 esetben, tehát összesen 5 esetben. Operativ halálozás ezek között 2 esetben volt, a mi, ha a 6 műtett esetre vonatkoztatunk, 33%-nak felel meg. *Eiselsberg* 21%, a *Kocher*-klinikáról Matti 25·7%, a *Kocher*-methodus szerint operáltaknál 16%, *Czerny* 38·5%, *Mikulicz* 44% operativ halálozásról számolnak be.

Krönlein 50 gastrektomiáról számol be 14 operativ mortalitással. 22 betege halt el recidivában átlag 1 év és $5^1/_2$ hó után, 2 betege intercurrens betegségben mult ki; 12 betege él jelenleg, 10-nél még nem telt el a triennium, 2-nél már 8 illetve 4 év mult el a műtét óta.

Eiselsberg klinikájáról Clairmont 33 radikalis műtétről számol be; a műtéten átesett 26 beteg közül jelenleg 8 él, kik közül 5 haladta meg a trienniumot, 1 él 7 éve, egy 5 éve, egy 4 éve és kettő 3 éve.

A *Kocher*-klinikáról Matti legutóbb 101 radikalis gyomorrák-műtétről számol be, ezek közül jelenleg 20 él, az esetek 28·2%-a; 12 esetben még nem telt le a triennium, 8 esetben a műtét óta 3 év, 5 év (3 esetben), 6, 7, 11 és 16 év telt elt recidivamentesen, a mi 9·18% definitiv gyógyulásnak felel meg.

Czerny-nek is van betege, ki 7 éve, *Wölfler*-nek ki $5^1/_2$ éve, *Maydl*-nak, ki $8^3/_4$ éve, *Roux*-nak, ki $9^1/_2$ éve egészséges a műtét óta. Ezekhez csatlakozik *Dollinger* tanárnak a Kétly-klinikán operált betege, ki jelenleg 9 éve, egy másik, ki $4^1/_2$ éve egészséges a műtét óta.

VIII. A vékony- és vastagbél rákos megbetegedése.

Klinikánkon összesen 28 beteg feküdt bélrák kórismével: 25 esetben vastagbél-, 3 esetben vékonybélrákkal volt dolgunk.

A 25 vastagbélrák-esetben a rák székhelye:

a vakbél	14	esetben volt
a felszálló rész	3	„ „
a haránttrész	1	„ „
a leszálló rész	7	„ „
Összesen . .	25	esetben

A leszálló colon rákjának 7 esete közül

a) a léphajlaton volt a rák	1	esetben
b) az S-görbületen volt a rák	3	„
c) a colonon egyebütt volt a rák . . .	3	„

A rák különböző *kórboncztani* alakjai közül 13-szor találkoztunk carc. gelatiniforme-val.

Nem szerint való eloszlás szerint 21-szer férfinál, 7-szer nőnél volt a rák.

A *kor* szerinti eloszlás a következő:

22 év	1
25 „	1
27 „	1
30—40 „	2
40—50 „	11
50—60 „	9
60—70 „	3
Összesen . .	28

Az *anamnestikus adatok* közt a *traumát* halljuk említeni 2 esetben. Egyik esetben a daganat jelentkezése előtt 5 hóval a beteget kocsirúd hasba ütötte, egy másik esetben a vakbélrák keletkezése előtt 5 évvel a beteg kocsiról leesett, hasa jobb felét erősen megütötte s azóta állandóan kólikás fájdalmak gyötörték.

A műtéti eredmény megitélése czéljából külön tárgyaljuk a bélrendszer különböző helyein székelő rákokat.

a) Vékonybélrák.

A feldolgozás tárgyát képező időben a 3 vékonybélrák-esetből egy vékonybélrák-esetet operáltunk; ez egy 56 éves férfi, ki 6 hét óta vette észre a hasában keletkező daganatot. Műtétnél az intest. *jejunumban* ülő, kórszövetileg carc. gelatiniforme-nak bizonyult rákot távolítottunk el. E beteg gyógyultan távozott, de további sorsa ismeretten.

b) Vakbélrák.

Vakbélrák 5 esetében végeztünk műtétet. *Palliative* 3-szor avatkoztunk be. Egyszer a hasfallal összekapaszkodott s a kifelé áttört fekélyes vakbélrák sipolyát tágítottuk csak, egy másik esetben a beavatkozás próbalaparotomiában állott, mert a környi mirigyek mind be voltak rákosan szürődve. Egy esetben próbalaparotomia után 3 hó mulva bélelzáródás tünetei léptek fel, miért is anus praeternaturalist készítettünk az S romanumon; e beteg a műtét után 12-ed napra általános elgyengülés közben meghalt.

Radikalis beavatkozásunk 2 esetben a vakbél resectiojában állott. Ez esetekben *Dollinger* tanár a resectiót egy szakaszban végezte. Egyik eset 42 éves férfira vonatkozik, kinél carc. gelatiniforme miatt történt a vakbéllel együtt a 9 cm. hosszú vékony- és a 15 cm. hosszú vastagbélrészlet eltávolítása. E beteg a műtét után 3 hóval kiterjedt recidivával jelentkezett, úgy, hogy ekkor már csak entero-enteroanastomosist végezhettünk. E műtét után 2 hóval a beteg otthon meghalt.

Másik esetünkben szintén 42 éves férfinál történt a vakbél resectioja velős rák miatt, midőn is összesen 52 cm. hosszú vékony- és vastagbél-rész eltávolítása vált szükségessé. E beteg *5 évvel a műtét után jelentkezett* a klinikán teljes egészségben.

Vakbélrák miatt a fenti 2 eseten kivül azóta még 5-ször végzett resectiót *Dollinger* tanár s úgy ezen, mint tuberculosis és fibroma coeci miatt végzett eseteiben *operativ mortalitása nem volt.*

Billroth-nak (Salzer statistikája 1892) 10 eset közül 6 esetben volt operativ halálozása. *Krönlein*-nek (1900) 6 coecum-resectioja közül 3 esetben, *Hochenegg*-nek (1902) 4 esete közül 2 esetben, *Wölfler*-nek (1903) 9 esete közül 6 esetben peritonitis, gangraena, sepsis volt a halál oka.

Átlagos műtéti halálozás 48·4% s így annál inkább kiemelendő *klinikánknak e műtétnél tapasztalt teljesen jó eredménye.*

c) Vastagbélrák.

Vastagbélrák 6 esetében végeztünk műtétet, még pedig 1-szer a colon ascendens, 5-ször a colon descendens rákjánál. A colon ascendens rákja kifekélyesedett szakban volt, a fekély a hasür felé áttört, peritonitist okozott, a miről per laparotomiam győződtünk meg.

A colon descendens rákja 4 esetben ileus-sal combinálódott, 1 esetben pedig áttörés volt a szabad hasürbe. Ez utóbbi esetben csak próbalaparotomia történt.

Az ileussal combinált esetek közül 2 esetben palliative avatkoztunk be. A műtét Maydl féle colostomiában állott, e betegek a műtét után 6 illetve 14 órával meghaltak.

Az ileust, miként a bonczolás kimutatta, a vastagbélben székelő és zsugorodó carcinoma fibrosum okozta. A műtét után ily gyorsan bekövetkező halált az okozta, hogy az ileussal kapcsolatos esetekben a több nap óta fennálló elzáródás már magában is olyan septikus infectiót vont maga után, a melyet az erősen legyengült betegek kiheverni nem voltak már képesek.

2 esetben végeztünk vastagbélresectiót, egy esetben a lehágó remesén, a másikban az S-hajlaton ült a rák. E betegek a műtét utáni 10. illetve 48. órában collapsus tünetei közt meghaltak. A bonczolásnál egyik esetben a ligamentum coli mirigyei már rákosan be voltak szürődve s egyúttal két rákos áttéti gócz is volt a májban

IX. A végbél rákos megbetegedése.

A végbél rákos megbetegedésével 49 beteg került felvételre.

Kor szerint eseteink a következőképen oszlanak el:

24—28 év közt	2	beteg
30—40 „ „	8	„
40—50 „ „	15	„
50—60 „ „	18	„
60—70 „ „	6	„
Összesen	49	beteg

Nem szerint 33 férfi- és 16 nőbeteggel volt dolgunk, a mi 2·06 : 1 aránynak felel meg. Az *anamnestikus* adatokat illetőleg kiemelendő egy eset, midőn a betegnek 2 év előtt luetikus végbélfekélyei voltak, melyek helyén keletkezett rákos jellegü végbélszükülete.

Műtéti beavatkozásaink 2 csoportba osztandók, palliativ és radikalis operatiókra.

I. Palliativ műtétet a feldolgozás tárgyát képező időben 18 esetben végeztünk. Egy esetben a daganatnak csak paquelinezése történt. 17 esetben végeztünk colostomiát, melyet 10 esetben egybekötöttünk a kifekélyesedett és túlburjánzott rákos daganat kikaparásával. A colostomiát *Dollinger* tanár az S-hajlaton (coelio-colostomia) végzi. A bal spina ant. sup. felett s tőle befelé 2—3 ujjnyira vezetett ferde metszésen át hatolunk a flexura sigmoideához, annak mesenterialis tapadásán a mesenteriumban tompa eszközzel készített lyukon keresztül mandrinra húzott 15—20 cm. hosszú draincsövet húzunk, melyen a bél mintegy rajta lovagolva sülyed vissza a hasüregbe, midőn körülbelül 10 cm. hosszú darabja extraperitonealiter fekszik. A belet varratokkal a bőrhöz vagy a hashártya fali lemezéhez csak a bélelzáródással szövődött esetekben erősítjük, midőn a bél lumenét azonnal meg is nyitjuk, egyébként bevárjuk, míg a bélkacs peritoneuma és a seb szövetei közt adhaesiók fejlődnek ki (3—6 nap), melyek a hasüregnek a megnyitással egybekötött esetleges fertőzését megakadályozzák. E veszélytelen műtéttel elértük azt, hogy a bélsárpangás okozta resorptio és az evesedés csökkent, a székeléskor jelentkező tenesmus alábbhagyott, a betegek erőbeli állapota növekedett, súlyban gyarapodtak, kínzó fájdalmaik megszüntek. A betegek gyenge hashajtó adagolásával úgy szabályozták bélmüködésüket, hogy naponként egyszer ürítik a hashajtó bevétele után 2—3 órával a mesterséges nyiláson át székűket. Ezután megfürödnek, az anus praeternaturalis környékét vaselinnel az eczema keletkezésének meggátlása czéljából bekenik s azután rendes kötést alkalmaznak s így állapotuk elviselhetőbbé válik.

Betegeink a műtét után 1½—19 hó közti időben haltak meg:

1½ hó után	1	esetben
2 „ „	1	„
2½ „ „	2	„
3 „ „	3	„
4 „ „	4	„
4½ „ „	1	„
6½ „ „	1	„
7 „ „	2	„
12 „ „	1	„
19 „ „	1	„
Összesen	17	esetben

átlag tehát 5½ hó után állott be a halál.

II. Radikalis műtétet előzetes colostomiával, a colostomia utáni 10—17—29. napon *Dollinger* tanár 3, előzetes colostomia nélkül szintén 3, tehát összesen 6 esetben végzett.

A rák fennállását ez esetekben a betegek

5 hóra	2	esetben
7 „	1	„
8 „	1	„
9 „	1	„
14 „	1	„

vezették vissza.

Műtéti eljárásunk 5 esetben dorsalis, 1 esetben perinealis volt.

A dorsalis methodust végeztük:

1 esetben *Rydygier*, 2 esetben *Kocher*, 1 esetben *Quénu*, 1 esetben *Kraske* szerint.

Operativ mortalitásunk 1 esetben volt, midőn *Rydygier* szerint operáltunk s a végbél a rákos fekély helyén a környezettől való izoláláskor beszakadt. Többi betegünk mind gyógyult.

Tárcza.

Uti jegyzetek.

(Vége.)

Az ezen anyagi eszközök révén igénybe vehető intézmények részben már említve voltak. A gümökóros betegek elhelyezésére általában sanatoriumok, nappali üdülőhelyek, kórházak, rokkantházak, s a gyermekek elhelyezésére ezeken kivül tengerparti s sósfürdői „hospizek“ s gyermeksanatoriumok jönnek számba.

Sanatorium Brandenburg tartományban 12 van, mintegy 1000 ágygyal, a melyeket nagyobb részben épen Berlin városa tölt meg. Beelitz, Grabowsee, Belzig a legjelentékenyebbek; a két elsőt röviden már ismertettük, s az utóbbi, a Berlin-Brandenburger Heilstättenverein „mintaintézete“, a töle épen megvált eddigi vezetője, *Moeller* tanár irodalmi müködése révén a legáltalánosabban ismert német sanatoriumok közé tartozik, úgy hogy megbeszélésétől elállhatunk. Néhány szóval meg kell azonban emlékeznünk Berlin városának saját tüdőbetegintézeteiről, a melyek tulajdonképen nem modern értelemben vett sanatoriumok, de középhelyet foglalnak el ezek s a kórházak között. Hivatalos elnevezésük: „Heimstätten“. A három Heimstätte (*Malchow, Gütergotz, Blankenfelde*) összesen mintegy 280 ágygyal rendelkezik. Az ápolási díjakat (napi 2·20 márka, a melyekre persze a város ráfizet) nagyobbrészt a betegsegélyző pénztárak s a szegénypénztár fedezik. Ezen intézetek különösen két tekintetben figyelemre méltók. Egyrészről olcsóságuk miatt. Egy ágy összes építési s berendezési költsége Gütergotzban alig több mint 1200 márka, Malchowban, Blankenfeldeben 2400—2500 márka. Ha számba veszszük, hogy a német sanatoriumokban egy ágy átlag 5000 márka, s nem egyben 10,000 márka körül járó összegbe került, úgy ezen intézetek, a melyek jóval szerényebb áron hasonló gyógyeredményeket érnek el, közgazdasági szempontból nagyon jelentőségesek. Másik megkülönböztető characteristicumuk, hogy korántsem szorítkoznak olyan könnyű beteganyagra, mint a német népsanatoriumok általában. A megválogatásban csak az az elv irányadó, hogy teljes kórházi ápolást igénylő esetek, a melyek ellátása az orvosi s ápolószemélyzet csekély száma miatt nem volna kivihető, felvételre ne jussanak. Ez a korlátozás érthető, ha számba veszszük, hogy pl. Malchowban 104 beteget egy orvos lát el (a ki egyébként saját kijelentése szerint alaposan el van ugyan foglalva, de nincs túlterhelve) 3 testvérrel, kiknek egyikét azonban a gazdasági vezetés teljesen elfoglalja. Malchow egyébként szép parkjával s az abban lévő fekvőcsarnokaival korántsem kórház, de sanatorium benyomását teszi; belső berendezése 16—24 ágyas nagy hálótermeivel persze inkább kórházra emlékeztet. Az olcsóság s a betegek kevésbé rigorosus megválogatásának szempontjait azért tartjuk különösen fontosaknak, mert ezek azon feltételek, a melyek révén a gümökóros betegekről való gondoskodás a kórházi intézmény keretébe, s ezzel a városok, községek kötelmi és hatáskörébe volna illeszthető. Ebből a szempontból Berlin példája számunkra is fontos.

Legközelebb, a mint az ügyosztály vezetője, *Hahn* magistratusi titkár volt szíves értesíteni, megnyilik Berlin városának egészen modernül s megfelelőleg jóval nagyobb költségek árán berendezett *buchi* sanatoriuma is, férfiak számára, s komolyan számba került egy nagy rokkantház alapítása előrehaladott tüdőbajosok számára. Épen a súlyosabb betegekről való intensivebb gondoskodás égető szükség. Hogy a kicsiny lichtenbergi rokkantház, a melyet mult levelemben ismertettem, s a melynek kibővítése *Freund* dr. épen megjelent közlése szerint élénken foglalkoztatja az irányadó közegeket, s a kórházak, a melyek gümökórosak számára való külön pavillonokkal Berlinben mindeddig nem rendelkeznek, a szükségletnek megfelelni korántsem képesek, azt szinte felesleges hangsúlyozni. Hajlamos s görvélyes gyermekekről könnyü gondoskodni a számos tengerparti s sósfürdői hospiz révén, ellenben korlátolt a sanatoriumi helyek száma (Hochenlychen 50, Belzig 30 ágy). Az üdülőhelyek azok elvégre, a melyek, mint már említettük, átmenetileg vagy részleges intézkedésképen, egyéb refugium hijján nagyobbrészt könnyü szerrel igénybe vehetők.

Közelfekvő idea volt egy olyan központi állomás létesítése, a mely az előadottak szerint nagyon számbajövő ezen anyagi eszközöket és institutiókat a tüdőbajosok s az összesség, tehát a prophylaxis szempontjából egyaránt czélszerüen kiaknázza. Az első lépéseket ezen irányban a *Wolff M.* tanár vezetése alatt álló, 1900-ban megnyilt tüdőbajos-poliklinika tette (Königliche Poliklinik für Lungenleidende, Luisenstrasse 8. Az épület E. Mendelsohn-Barholdy ajándéka, fenntartója a porosz tanügyministerium), a mely összeköttetésben van a berlini s brandenburgi biztosító intézetekkel sanatoriumi kezelésre alkalmas betegek átutalása czéljából, ugyancsak betegsegélyző pénztárakkal, s kórházba való felvételeket közvetít stb. Működésének súlypontja azonban a tisztán orvosi tevékenységre esik s joggal merülhet fel az a kétség, vajjon a poliklinikai beteganyagnak a betegek öndiagnosisán alapuló szétforgácsolása kivánatos-e, holott a tüdőbajosokat bármely jól szervezett s megfelelő orvosi szakerök felett rendelkező poliklinika elláthatja.

A „gondoskodó állomások“ „Fürsorgestellen“ tevékenységének ezzel szemben nem az orvosi, de épen a társadalmi téren való gondoskodásra kell központosulnia. A mit *Samter*, a charlottenburgi kitünően berendezett gondoskodó állomás organisatora a franczia dispensaire-ekről mond, hogy működésük ott kezdődik, hol a poliklinika működése megszünik, nagyjából a német gondoskodó állomásokról is áll. A „Fürsorgestelle“ ugyan lehetőleg maga állapitja meg a szükséges gyógyító és prophylaktikus intézkedéseknek a beteg állapotából folyó indicatioit — de nem a beteg statusának, nem is az orvosi indicatióknak megállapítása a czél. A mennyiben betegek a gondoskodó állomáson orvosi vizsgálat alá jutnak: czél nem az orvosi, de a socialis téren való teendők megállapítása. Ezen szempontból a német Fürsorgestelle a dispensairenek *Calmette* által ajánlott typusával egyezik s kétségtelenül a franczia s belga mozgalom hatása alatt történt, hogy a német gondoskodó állomások a poliklinika köpésvizsgáló állomása jellegéből kivetkőzve, munkakörüket mindinkább a socialis térre viszik át és fontos socialis intézményekké fejlődtek. Specialisabb orvosi tevékenységtől való tartózkodásuk azért is fontos, mert ilyen módon nem concurrensei, de támogatói az orvosoknak s rendelő intézeteknek s ezek jóakaró közreműködésére számithatnak.

Ezen közös socialis tendentiájuktól eltekintve azonban a franczia dispensaire s a német Fürsorgestelle lényegesen különböznek egymástól. A míg az előbbi feladatának legnagyobb részét saját hatáskörében a magánjótékonyság igénybevételével kénytelen megoldani, ehhez képest a betegekről való gondoskodása eleve nagyon korlátolt s intézkedései inkább az egészségesek megóvása terén mozognak: addig az utóbbi elsősorban a biztosítási s szegényügyi intézmény nyujtotta nagy segélyforrásokat fordítja a betegekről való gondoskodás s ezen a réven a praeventiv hygiene javára, s ezen tevékenységének csak kiegészítő részét képezi a betegek lakásviszonyainak stb. az az assanálása, a melyben a franczia dispensaire müködése központosul. Hogy ezen különbség a viszonyok eltérő voltának, Németország ezen téren sokkal kedvezőbb helyzetének szükségszerü következése, azt a legerősebben *Pütter*, ezidőszerint a Charité direktora hangsúlyozta, a ki Halleben már évek előtt szervezett nagyszabású gondoskodó tevékenységet, s ottan kisebb keretben bevált ideáját Berlinben az utolsó év folyamán, főleg *Kayserling* dr. közreműködésével, nagy méretben megvalósította. Az ő kezdeményezésére alakult központi bizottság („Centralkomité der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke in Berlin und Vororten“) Berlin különböző negyedei számára három gondoskodó állomást létesített. Annak külvárosaiban (Charlottenburg, Rückert, Schöneberg) további három működik.

A charitébeli gondoskodó állomáson töltött néhány óra nagy haszonnal jár arra nézve, a ki a német tuberculosis-ellenes mozgalmat tanulmányozza. Mintegy demonstráló előadásban tárul eléje mindazon intézkedés, a mely a különböző stadiumú, korú, s socialis helyzetü tüdőbajos betegeknél azok gyógyítása s a betegség terjedésének megakasztása érdekében foganatosítható. Ha idejekorán, a rendelő óra megkezdése előtt lépünk a háromszobás gondoskodó állomás középső helyiségébe, úgy ott a testvért („Fürsorgeschwester“) már nagy tevékenységben találjuk, minden betegről kimerítő jegyzőkönyvet vesz fel. Mielőtt azonban ezen munkájához fog, minden betegtől, a ki nem orvosa utasításával jön, megkérdezi, vajjon nincs-e orvosi kezelésben. Ha igen, úgy orvosa

által aláirandó nyomtatott átutalási lapot kap. A jegyzőkönyv — „Fürsorgejournal“ — a rövid anamnesisen kivül kiterjeszkedik az illetőnek socialis, hivatásbeli, anyagi, családi és lakásviszonyaira. Kitöltése után a beteget a gondoskodó állomás egyik orvosa megvizsgálja s a leletet ugyancsak bejegyzi. Ha az ilyen módon összegyüjtött tényállás nem nyujt még kielégitő alapot a teendők végleges megállapitására, a beteg egy heti haladékot kap, miközben a testvér lakásán felkeresi, családi s lakásviszonyairól személyesen informálódik, s ezen alkalomból a beteg hozzátartozóit a követendő, a fertőzést elhárító óvó rendszabályok iránt alaposan informálja. Időközben az orvosi vizsgálat szükségesnek mutatkozó kiegészitése (köpésvizsgálat, hőmérés stb.) is megtörténik. A gondoskodó állomás orvosa a beteg hozzátartozóit is megvizsgálja. Ezen előkészitő munkálatok után a Fürsorgestelle fáradhatlan buzgalmú elnöke *Pütter*, orvosa s a testvér hadi tanácsot tartanak a teendő tárgyában, a mi persze esetről esetre nagyon különböző.

Néhány typusos eset a következő:

Nőtlen munkás, a ki úgy a rokkant-, mint a betegbiztosítás kötelékébe tartozik. Könnyü I. stadiumú eset, a sanatoriumi kezelés indicatioja kétségtelen. Az illető a berlini országos biztosító intézethez utasittatik sanatoriumba való elhelyezés végett. A biztosító intézet az ajánlást elfogadja, a beteget előjegyzi, de miután sanatoriumában üresedés nincs, azt a várakozási idő folyamára újból a Fürsorgestelle gondjaiba ajánlja. Az utóbbi a pénztári orvossal lép összeköttetésbe, s ennek közvetitésével a pénztár költségén a beteget egyelőre nappali üdülőhelyen helyezi el. A tényleges gondoskodáshoz a szokott tanácsolás járul.

Másik eset, a melynek elintézése már sokkal nehezebb. Súlyosan beteg, nős s családos kisiparos, a ki nem tartozik a rokkantbiztositáshoz, betegsegélyző pénztára részéről csekély, pl. heti 8—10 m. segélyben részesül. Felesége az orvosi vizsgálat tanúsága szerint egészséges, két 6—8 éves gyermeke súlyos scrophulosis tüneteit mutatja. A lakásviszonyok a legnyomorultabbak. A konyhából s lakószobából álló lakás szobáját két aludni járó mesterlegény birja albérletben. A négytagú család éjjel egy ágyban s egy szalmazsákon a szük konyhában húzódik meg. A beteg kórházba menni semmiképen nem akar, „oda csak meghalni megy“, azonfelül igy, a mikor jobban megy a sorsa, csak dolgozik még valamit, s a csekély keresettel, betegsegélylyel csak eltengődnek valahogy. A szegénypénztárt nem vette eddig igénybe s most is felháborodva utasitja vissza ezt az ajánlatot. Mi itt a tennivaló? Hogy a családnak a fertőzés ellen való védelme a főfeladat, az iránt nincs kétség. A punctum soliens a lakásviszonyok megjavitása. Az albérletbe adott szobát kell elsősorban a familiának visszaszerezni. Az ehhez szükséges havi 20 márkát a Fürsorgestelle a maga csekély alapjából csak egész kivételesen, égető szükség esetén volna hajlandó fedezni, különben pénzkészletének hamar végére járna. S itt a testvér tud tanácsot. Egy vaskos könyv van előtte: „Die Wohlfahrtseinrichtungen Berlins und seiner Vororte. Ein Auskunftsbuch, herausgegeben von der Auskunftsstelle der deutschen Gesellschaft für ethische Cultur.“ Gyorsan átfutja azon jótékony egyesületeket s alapokat, a melyek számba jönnek. Vezetőségüket jól ismeri, s azokkal állandóan összeköttetésben van, s némi gondolkodás után megállapitja, hogy melyiknek segélyére számithat az adott esetben. Másnap a szükséges segélyezést csakugyan kieszközli, a beteget s családját felkeresi, s számitva a jobb időket látott emberek érzékenységével, tapintatosan, óvatosan igyekszik a lakás s háztartás rendjét a hygiene követeléseinek megfelelő módon reformálni. Az asszonynyal barátságot köt, ezentúl a familiának azt gyakran felkereső bizalmas tanácsadója. Hátra van még a gyermekekről való gondoskodás. Egy a szegényigazgatóság kezelte alapból eszközölnek ki számukra szabad helyet a schönholzi üdülőhelyen, s előjegyzik őket a szünidei gyermektelepre.

Avagy: a berlini országos biztosító intézet ajánlásával jön egy a betegség II. st.-ba tartozó varróleány, a kit a biztosító intézet szigorú kiválogatási principiumai alapján sanatoriumi kezelésre nem tart többé alkalmasnak. A Fürsorgestelle orvosa azonban azt véli, hogy a sanatoriumi kezelés nagy haszonnal járna, a szegénypénztár költségén a malchowi Heimstättében kap helyet.

És igy tovább. A ki a Fürsorgestelle működéséről kimerítőbb képet akar nyerni, az lapozza át annak első félévi jelentését, a melyben megtalálható annak kimutatása, hogy mennyiben járult a F. S. S. a lakásviszonyok javitásához, hány beteget helyezett el sanatoriumban, kórházban, „Heimstättében“, üdülőhelyen, gyermeksanatoriumban, szünidei gyermektelepen stb., honnan meriti anyagi segélyforrásait, honnan sorakoznak betegei? A felhozott példák főleg annak érzékelésére szolgálnak, hogy milyen momentumok képezik a F. S. S. működésének alapját. Kétségtelenül kettő: a közjóléti socialis tényezőkkel való szoros kapcsolat, s az ezen egész specialis gondoskodó tevékenységben jártas Schwesterek. Tényleg *Pütter* a maga szervező működését oda definiálja, hogy egyrészről sikerült a munkásbiztositás intézményét (első sorban a berlini országos biztositó intézetet), a szegényigazgatóságot s egy sor jótékony egyesületet az együttműködésre rábirnia, másrészről hogy az e téren működő testvéreket — egy fél éven át a heti 6—8 órai rendelő órákon minden egyes esetet velük s az orvosokkal személyesen beszélve meg — annyira kiemelte, hogy immáron teljesen önálló működésre képesek.

A „Fürsorgestelle“ intézménye, általában a tüdőbajos betegekről való gondoskodás centralizálása Németországban épen mostan nagy érdeklődés és tevékenység tárgya. Ebben a tekintetben a tubeculosis elleni mozgalom menete egyrészről Németországban, másrészről Franciaországban s Belgiumban feltünő különbséget mutat. Az utóbbi országokban a dispensaire olyan központ, a mely a prophylaktikus s gyógyitó intézkedések autochton forrása, esetleg új s hatásosabb intézmények kiinduló pontja, mig a német gondoskodó állomás már meglevő intézmények gyüjtő, tömörítő góczpontja. A mi viszonyainkhoz természetesen a franczia dispensaire áll sokkal közelebb. Ennek daczára a német intézmény általános s számunkra is fontos tanúságot szolgáltat. Azt, hogy az arra irányuló figyelem s czéltudatos munka eddig rejtett, jelentékeny segélyforrásokat fedezhet fel s nyithat meg a közegészségügyi fejlődés javára. S ha igaz is, hogy az ilyen rejtett források bőven a közgazdasági viszonyoknak csak magasabb niveauján fakadnak, nem-e teszi a mi szegénységünk kétszeresen kötelességünkké minden segélyforrás kikutatását, s a meglevőknek teljes kiaknázását?

Róth-Schulz Vilmos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az appendicitis korai műtétének kérdése.

Közli: **Steiner Pál** dr., műtőorvos.

(Vége.)

Trendelenburg feltétlen hive a korai műtétnek, mert csak ez nyujt biztositékot súlyosabb tünetek kifejlődésével szemben. 471 esetből az acut roham 295 esetet operált, még pedig 30 esetben a féregnyujtvány resectioja, 162 esetben tályognyitás történt, 103 esetben általános peritonitis miatt történt a beavatkozás.

Az *acut rohamban* 30 eset került műtétre, még pedig a roham jelentkezésétől számitott 1—6 napon belül. Ezen esetekben peritonitis nem állott fenn, a féregnyujtványon azonban 9 esetben már perforatio, 7 esetben gangraena volt konstatálható. E 30 esetből meghalt 1 (3·3%) eset, midőn is a műtét a roham jelentkezése után 52 óra mulva történt.

Tályog miatt 162 esetben történt beavatkozás; 122 esetben a tályog *felületesen*, a hasfalhoz közel, főleg a fossa iliacában feküdt; a tályog 96 esetben 1 roham, 19-szer 2 roham, 3-szor 3 roham, 4-szer több roham után keletkezett; ezen esetek közül a tályognyitás után 6 halt meg, a mi 4·9% halálozásnak felel meg. *Mélyen elrejtve* feküdt a tályog 40 esetben; a tályog 34 esetben 1 roham, 2 esetben 2 roham, 3 esetben 3 roham után jött létre; ezen esetek közül meghalt 11, vagyis 27·5%. Tehát a tályogos esetek közül összesen 10·5% halt meg. A féregnyujtvány eltávolitását későbbi műtéttel nem végzi.

Általános peritonitis miatt 103 esetben történt műtét, 62

halálozással, vagyis a műtét az esetek $^2/_5$-ét mentette meg. A megbetegedés napján s az azt követő napon operáltak 81·2%-a, vagyis az esetek $^4/_5$-e gyógyult, a megbetegedés napján s az azt követő két napon operáltaknak már csak 64·5%-a, vagyis $^2/_3$-a volt megmenthető.

Tehát, ha az *acut roham*ban operált 295 esetet egybefoglaljuk és nem veszszük külön a pathologiai elváltozás foka szerint az eseteket, úgy 80 vagyis 27·1% halálozást kapunk. Ezen szám az összes eseteken épül fel, újabban azonban korábban kapják az eseteket s így a mortalitás leszállott 15·5%-ra, mely számot azonban még mindig elég magasnak kell tartanunk s mindig elég éles fegyver a korai műtét ellenségeinek a kezében.

Intervallum-műtétet 104 esetben végzett 3 halálozással, a mi 2·9%-nak felel meg. Egy esetben az art. epigastrica-ból eredő elvérzés, 2 esetben peritonitis volt a halálok. Indikálva látja az intervallumban való operálást: 1. az *első* roham után is, ha panaszok maradnak vissza, 2. *több* roham lezajlása után, 3. chronikusan fennálló zavarok esetén. Ha csak egy roham ment előre tályogképződéssel, úgy tályognyitás után, az intervallumban csak fennálló panaszok esetén végez műtétet.

Eiselsberg szintén a korai operálás híve, bár nem operál minden időben a roham alatt, hanem individualizál s határozott időhöz s feltételekhez köti a beavatkozást.

I. *Az első 48 órán belül* 15 esetet operált 1 halálozással; betegeinek további sorsa után tudakozódva, 12 esetben állapíthatta meg a restitutio ad integrumot.

II. *Az acut rohamban, de 48 órán túl* 95 esetet operált. Ez esetek eloszlása a következő: 1. *Egyszerű catarrhalis gyuladás* 11 esetben volt, a féregnyújtvány kiirtása után 2 esetben halál állott be. 2. *Körülirt peritonitis* 51 esetben volt jelen tályoggal vagy a nélkül. 36 esetben csak tályognyitás történt 1 halálozással; 5 esetben a tályognyitással kapcsolatban a féregnyújtvány eltávolítását is végezte, 3 esetben az appendix nem feküdt mindjárt előtérben, hanem csak keresés után lett eltávolítva, ezen 3 esetből 2 meghalt. 10 esetben tályognyitás és utólag másodlagos appendicectomia történt, ezen esetek mind gyógyultak. 3. *Diffus peritonitis* 33 esetben volt jelen, melyek közül műtéttel 8 esetben ért el gyógyulást. Diffus peritonitis-esetekben, hacsak lehetséges, egyúttal a féregnyújtvány kiirtását is végzi.

III. *Az intervallumban* 199 esetet operált, mind gyógyult. Érdekes, hogy az utolsó 96 esetben megejtett utólagos vizsgálat kor 40 esetben nagyfokú panaszok, makacs székrekedés, sőt nagyfokú fájdalmasság, kólika állottak fenn. Tekintve, hogy ezen 40 esetből 36 per primam intentionem gyógyult, arra következtet, hogy a postoperativ kellemetlen tünetek nem állanak oki összefüggésben a sebgyógyulás menetével.

IV. *Nem operált esetek*. 22 esetben nem egyeztek a betegek műtétbe, utólagos vizsgálat szerint 10 műtét nélkül teljesen egészséges.

Ezen tapasztalatok alapján álláspontját a következőkben összegezi:

1. legidealisabb gyógymód a 48 órán belüli műtét;

2. 48 órán túl exspectative „mit dem Messer in der Hand“ járjunk el;

3. 48 órán túl is a rohamban javalt a műtét, ha tályog van jelen. Ilyen esetekben a beavatkozás csak tályognyitásra szorítkozzék, az appendix csak akkor távolítandó el elsődlegesen, ha szabadon elől fekszik, különben másodlagos appendicectomia végzendő;

4. diffus peritonitis esetén tág feltárás, a hasürnek physiologiai konyhasóoldattal bőséges átmosása, az appendix eltávolítása végzendő;

5. intervallum műtét csak az összes helybeli és általános tünetek lezajlása után javalt.

Mosetig a radikalis korai operatio híve, mert nem vagyunk képesek eldönteni, vajjon egyszerű catarrhalis vagy complikált appendicitissel van e dolgunk. Az első rohamban operáltak 80%-a szövődményeket tüntetett fel, csak 20%-ban volt egyszerűen catarrhalis a folyamat. A korai operationak összmortalitása 5·2%, míg a későinek 13·8% volt. Diffus peritonitis-esetekben csak a korai műtéttel segíthetünk, ezen elvtől vezéreltetve 10% halálozása volt, míg a későbbi műtéttel 45·9% mortalitással dolgozott. Ezért, úgy mint kizárt sérvnél, azonnal radikalis műtét végzendő.

Schnitzler szintén a korai operatio híve, az első 48 órában operált 80 esetéből 2 esetben állott be halál.

Payr a korai operatiónál 4·7% halálozással dolgozott, az átlagos gyógytartam 16 nap volt.

Rehn szerint a féregnyújtvány rögtön eltávolítandó a roham fellépése után, mert nem tudjuk előre, hogy a kóros folyamat mily rombolást visz végbe. 419 esetéből 80 esetet operált a korai szakban, midőn még genyedés nem volt jelen, mind a 80 gyógyult. 203 esetben körülirt tályog illetőleg peritonitis volt jelen, ezek közül műtét után 25 halt meg; 136 esetben diffus peritonitis volt a szövődmény és ezekből meghalt 61. Az utolsó időben, mióta az eseteket korábban kapja műtéthez, 27 gyorsan progrediáló peritonitist operált 18 gyógyulással, mely kedvező eredmény csakis a korai műtétnek tudandó be.

Sprengel, a korai műtét egyik előharczosa, álláspontjának igazolására 236 esetét hozza fel, a melyeket a rohamban operált. Az első 48 órán belül operált 76 esete közül 4 halt meg, a mi 5%-nak felel meg, míg a rohamban, de később operált 160 esete közül 40 halt meg, vagyis 25%. Tekintve, hogy az összes peritonitiseknek körülbelül $^2/_3$-a a roham jelentkezésétől számított 2—4. napra esik, érthető, hogy annál kedvezőbb lesz az eredmény, minél korábban történik a beavatkozás.

Riedel a legradikalisabb álláspontot áll. „Der Kranke mit Appendicitis soll operirt werden, sobald man ihn sieht“. S ép ezért nem individualizál a rohamban, akár az attaque kezdetén, akár az attaque későbbi lefolyásában kapja a beteget, éjjel vagy nappal, azonnal műtéthez lát. 357 esetből 300 esetben operált a roham alatt s az első 36 órán belül operált esetei közül csak egy halt meg, ki már súlyos peritonitissel került műtétre. 48 órán túli operatio után meghalt 3 betege, 3 napon túli műtét után 2; 4 napon túli műtét után 4; 5 napon túli műtét után 2; 8—12 nap közti műtét után 5; 2—8 hét közti beavatkozás után 5, összesen tehát 21 halálesete volt (16 meghalt peritonitisben). Tehát a halálozás még ily radikalis irányzat mellett is 7%. Az intervallumban műtett 57 esete közül halálozása nem volt.

Lucas-Championnière szintén a korai, azonnali műtét híve. A tünetek akuitása nem képez contraindicatiót a beavatkozásra, csak azon esetekben nem operál azonnal, ha a folyamat már 8—10 napos. Tíz éven aluli gyermeknél ő is bizonyos korlátokat von a beavatkozásra, 10 éven felül azonban mindig rögtön beavatkozik.

Herczel tanár is a korai műtét elvét vallja; 403 műtéte közül a korai szakra esik 3, mind a 3 gyógyult. Tályogos féregnyújtványgyuladást 110 esetben operált 17 (15·4%) halálozással; diffus peritonitissel társult esetet 48-szor operált 33 (68·75%) mortalitással; à froid szakban 242 esetet operált 2 (0·82%) halálozással. Ezek alapján nézetét a következőkben foglalja össze:

1. Minden esetet a roham első 48 órájában meg kell operálni, hacsak a műtéti chanceokat lényegesen lerontó állapotok (öreg kor, szívbaj, diabetes) nem állanak fenn és ha a műtét kivitele számára az asepsis és egyéb külső körülmények biztosítva vannak.

2. 48 órán túl, avagy a fenti okokból a roham első két napján nem operálandó esetekben csak akkor avatkozzunk be, ha súlyos, általános peritonitisre valló tünetek azonnali műtétet indikálnak; az operatio ilyenkor rögtön foganatosítandó.

3. Ha a 4—5. napon túl a fennálló klinikai jelek tályogképződésre engednek következtetni, mielőbbi műtét indikált.

4. Egyébként a roham elmulását be kell várni és csak a lobos tünetek teljes lezajlása után a rohammentes időben operáljunk.

Nem óhajtok kiterjeszkedni az angol chirurgusok álláspontjára, erről *Pólya* dr. az Orvosi Hetilap 1905. év 17. számában már beszámolt, csak azt óhajtom felemlíteni, hogy legnagyobb részük, mint *Pearce-Gould*, *Hawkins*, *Lockwoods*, *Battle*, *Turner*, *Bruce-Clarke* szintén a korai, a tályogképződés előtti szakban való operálásnak a hívei. Nem térek ki az amerikai sebészek, mint *Bayard-Holmes* radikalis irányzatára, mely szerint „every case of appenciditis is a case for appendicectomy.“

Ezek után audiatur et altera pars!

Nem óhajtok itt *Albu* nézetével részletesen foglalkozni, a ki megelégszik a belgyógyászati kezeléssel, beéri azzal, ha latens szakot tud létesíteni, melyet a gyógyulással egyenrangúnak tart. Nem csalódom, ha azt állítom, hogy Albu egyedül áll nézetével s e túlhaladott álláspontot bátran ad acta tehetjük.

Renvers, a berlini Moabit-kórház belgyógyászati osztályának főorvosa, klinice is megkülönbözteti az appendicitis 3 formáját s a beavatkozás indicatioját a kórboncztani alapon építi fel. 1. *Perityphlitis simplex*-nél az operativ beavatkozás szerinte nem jogosult, conservativ kezeléssel is lezajlik a roham s gyógyulás állhat be. Ha azonban többször ismétlődik a gyenge apppendicularis roham, úgy kevés a remény a gyógyulásra és ilyenkor a perforatio veszedelmének elkerülése végett helyesen járunk el, ha az intervallumban végzendő műtétet ajánljuk. 2. *Perityphlitis purulenta* nál az első 5 nap alatt tüneti kezelést ajánl. Ha a roham az 5. nap után lezajlik, úgy nyugodtan várhatjuk az exsudatum további felszívódását s csak akkor gondoljunk műtétre, ha recidivák arra utalnak, hogy spontan gyógyulás nem állott be. Ha azonban az 5. napon túl is növekszik az exsudatum, úgy ajánlatos az izzadmány feltárása. 3. *Perityphlitis septica* lehetőleg az első 24 órában operálandó. Ha ezen kórismét csak a 48. óra után állítjuk fel, úgy helyesebb a várakozó álláspont, mint a rögtöni beavatkozás, mert ezen szakban már a narkosis is gyakran collapsust von maga után.

Müller Kálmán tanár legutóbb tartott előadásában a műtéti beavatkozást nem tekinti ultimum refugiumnak. Nem híve a feltétlen korai műtevésnek. Ha a láz nem túlmagas, az érverés nem túlszapora, a helybeli folyamat gyors terjedési tendentiát nem mutat, ha 3—4 napon belül az összes tünetek egyenletes alábbhagyási irányt vesznek, ha tehát az első roham vagy az első recidiva kedvező módon alakul, úgy bevárja a roham lezajlását és a műtétet a lobos jelenségek elmulása után ajánlja. Ha azonban az első roham nagy toxicitással, igen hevenyen lép fel, ha az első 3—4 napon belül javulás tendentiáját nem mutatja, sőt egyre fokozódik vagy esetleg a tüneteknek bizonyos alábbhagyása mellett néhány nap mulva újból rosszabbodik, úgy a rögtöni beavatkozás jogosult. Ép így melegében kell műtenni azon esetekben, a melyek kezdettől fogva diffus peritonitis tüneteivel indulnak, vagy a melyekben néhány nap mulva a körülirt hashártyalob diffussá kezd válni. Az intervallum-műtétet *egy* előrement roham után ajánlja, mert az első roham tüneteinek lezajlása még nem jelent gyógyulást.

Hasonló álláspónton van *Sonnenburg* is, a ki szintén nem operál minden első roham kezdetén minden kritika nélkül, mert a könnyű esetek szépen lezajlanak és a laparotomia mégsem olyan kis beavatkozás, hogy jóindulatúan lefolyó esetekben az exspectativ therapiának fölébe helyezzük. Korai műtéttel a kezdetben súlyos tünetekkel jelentkező rohamok mortalitását minimumra le tudjuk szállítani, továbbá előnye, hogy a gyógytartam is rövidebb, postoperativ hasfalsérv is ritkább, nem tesz egy második műtétet szükségessé, de mindezen előnyök nem érnek fel szerinte azzal, hogy minden esetet kritika nélkül rögtön operáljunk, mert az első 24 órában végzett műtétek után is állhatnak be szövődmények. Hogy eseteit helyesen tudja mérlegelni, ezt bizonyítják az utolsó 160 esetben elért eredmények is. 50 esetben végzett korai műtétet 8 halálozással, a mi azt mutatja, hogy mindig lesznek esetek, a melyek a súlyos infectio folytán prognostice absolut rossz lefolyásúak lesznek, a melyeknél a betegek műtéttel vagy a nélkül is a toxinhatás folytán tönkremennek s hogy sohasem fog sikerülni *minden* esetet megmenteni, akármily korai is legyen a műtét. 70 esetben az acut roham további lefolyása alatt operált 6 halállal, hogy ezeket az első 48 órában megmenthettük volna-e, az biztosan el nem dönthető. 42 esetet exspectative kezelt halálozás nélkül. Ezek alapján arra következtet, hogy az első 48 órában is lehetséges a peritoneum és a féregnyújtvány kóros elváltozásairól fogalmat alkotni, a melyek alapján helyesen felállíthatjuk a műtét indicatioját.

Czerny az utolsó 5 évben 308 appendicitis-esetből 280-at operált 27 halálozással, a mi 9·64%-nak felel meg. A 280 műtét közül 150 intervallum-operatiót végeztek halálozás nélkül, 121 műtétet az acut vagy subacut szakban 25 halállal, vagyis 20·66 százalék mortalitással. Az első 48 órában aránylag keveset operált, mert a *könnyű acut, főleg az első rohamot conservative kezeli* s nem végez minden appendicitis-esetben minden kritika nélkül műtétet. Az acut rohamban azonnali műtétet csak akkor tart szükségesnek, ha fenyegető tünetek lépnek fel, mert vannak enyhén lefolyó rohamok, a melyek állandó gondos *sebészi* megfigyelés mellett conservative kezelhetők. *Az intervallumban* csak akkor operál, ha már több typusos roham ment előre; két roham esetén akkor, ha a második súlyosabb volt, mint az első; ha csak *egy* roham volt, úgy csak akkor operál, ha vagy subjectiv panaszok állnak még fenn, vagy objektive a vakbél táján pathologiás elváltozások: nyomási fájdalmasság, resistentia, vagy a bél localis felfúvódottsága vannak jelen. *Tályogos appendicitis* eseteiben, hacsak lehetséges, egy szakaszban operál, mert egyszerű tályognyitás után többször kedvezőtlen lefolyást észlelt, így három esetben progrediáló peritonitis folytán beálló halált is.

Dollinger tanár sem feltétlen híve a korai műtétnek. Ha a roham olyan jellegű, hogy a legkisebb gyanú áll fenn az iránt, hogy tályog van képződőben, úgy azonnal operál; ha azonban a roham enyhe jellegű, akkor annak lezajlása után az intervallumban végzi a műtétet. Egyszerű appendicitissel operált eseteiben halálozás nem volt. Azon esetekben, midőn a féregnyújtványgyuladásnál perforatio vagy tályogképződés jelei mutatkoznak, azonnal beavatkozik, sőt még azon esetekben is, mikor csak erős gyanu van a genyképződésre, mert ha csakugyan van jelen tályog, úgy a beteg nagy veszedelemtől menekül meg, míg ha nincs tályog, a beteg akkor is nyert a műtéttel, mert megszabadult beteg féregnyújtványától Ilyen szakban operált 28 betege közül meghalt 3, a mi 10·7%-nak felel meg. Azon esetekben, midőn a betegeknél már általános septikus hashártyagyuladás van jelen, kicsiny, alig érezhető pulsussal, hűvös végtagokkal, nem követünk el mulasztást, ha nem operálunk.

Rinne is a könnyü eseteket nem operálja azonnal, exspectative jár el, de kivánja, hogy ezen esetek is sebészi megfigyelés alatt álljanak. A nehéz eseteket, még ha az első 48 óra el is mult, azonnal operálja, nem várja be az intervallum-műtétet, mert a várakozás végzetessé válhatik. Intervallum-operatiót csak többszöri recidiva után végez s ekkor bevárja a lobos tünetek teljes lezajlását s csatlakozik *Roux* hoz, a ki legalább 6 hetet vár, s a kinek 1220 à froid szakban végzett műtéte közül csak 2 végződött halálosan.

Dörfler is csak azon esetekben operál azonnal, a melyekben peritonitisre utaló, bármily aránylag jelentéktelennek látszó tünet jelentkezik, egyébként várakozik, mert az à froid szakban a műtét kevésbé veszedelmes. 66 esetet kezdettől fogva volt alkalma észlelni, 48 órán belül 14 esetben operált 1 halálozással, később, 48 órán túl 11 szer operált halálozás nélkül, úgyszintén az intervallumban operált 9 esete, valamint az exspectative kezelt 31 esete gyógyult. Tehát 66 esetre 36 műtéttel 1·5% halálozás esett.

Ewald feltétlenül előnyben részesíti a sebészeti gyógykezelést a belgyógyászati felett, de azért nem általánosít és az individualizáló kezelés mellett foglal állást. Azonnal csak akkor látja szükségesnek a műtétet, ha 24 órai exspectativ kezelés után javulás nem áll be; fenyegető vagy már megtörtént perforatio esetén azonnali beavatkozás szükséges.

Lennander is hangsúlyozza, hogy nem helyes sémát felállítani, hanem individualizálni kell; helytelennek tartja időhöz kötni a műtétet, hanem operáljunk, mielőtt még peritonitis kifejlődött, törekedjünk arra, hogy a beteg rögtön *sebészi* megfigyelés alá kerüljön.

Az acut rohamban 283 esetet operált, melyek között diffus genyes vagy progrediáló rostonyás-genyes hashártyalob 91 esetben volt jelen, ezek közül meghalt 46; csak a savós hártya vérbősége, kezdődő genyes peritonitis vagy eltokolt intraperitonealis tályog 192 esetben volt, melyek közül meghalt 11. Ezek alapján tehát helyes a következtetés, hogy törekedni kell a műtétet oly szakban végezni, mikor általános hashártyalob még nem jutott kifejlődésre.

Az intervallumban 318 műtétet végzett halálozás nélkül. Az első roham után csak akkor operál: 1. ha a féregnyújtvány veszedelmes topographiai fekvése (a vakbél medialis oldalán a vékonybelek közt) van diagnostizálva; 2. ha a beteg foglalkozása heves testmozgással jár; 3. ha oly helyen lakik, hol esetleges

új rohamnál a sebészi segítség csak nehézséggel szerezhető meg. Különben az első roham után megfelelő életmódot ajánl, s csak a második rohamban, de ekkor az első 24 órában tartja kívánatosnak a beavatkozást.

Krogius, helsingforsi tanár álláspontja individualizáló, de hajlik a radikalis nézet felé, a mennyiben kétes esetekben inkább operál, mint várakozik, s így elfogadja *Lennander* álláspontját. Nem helyesli a kórboncztani diagnosisra való törekvést, hanem klinice 3 typust vesz fel: 1. az első typusba tartoznak a „*könnyü*“ esetek, melyek mütéti beavatkozást nem tesznek szükségessé. Abból, hogy e könnyü esetek is súlyosakká válhatnak, nem arra következtet, hogy minden esetet azonnal operálni kell, hanem hogy a könnyü eseteket is gondosan kell észlelni, hogy fenyegető tünetek esetén azonnal be is avatkozhassunk. 2. A második typus az úgynevezett *perforatiós typus*, ez esetekben azonnali mütétnek van helye, mert eleve nem tudjuk, hogy az átfúródás körülirt helyre fog-e történni. 3. A harmadik typus a *gangraenás typus*, melyet nem annyira az initialis jelenségek súlyossága jellemez, hanem a tünetek egyenletes fokozódása, aránylagos euphoria után a symptomák újbóli súlyosbodása. Ez esetekben azonnali mütét indicatioja forog fenn.

Az első 36 órán belül az acut szakban 28 esetet operált, ezekből 8 esetben volt a folyamat körülirt helyen, mütét után mind gyógyult; 20 esetben peritonitis diffusa incipiens volt jelen, ezekből gyógyult 16. Hogy ez a szép eredmény csak a korai mütétnek köszönhető, bizonyítja ama 60 esete, melyekben mütétnél a féregnyújtványgyuladáshoz csatlakozott kezdődő peritonitist talált. Az első 36 órán belül operált 20 esetből meghalt 4, vagyis az esetek 20%-a, a 36—72. órán belül operált 26 esetből meghalt 18, vagyis az esetek 69%-a, a 4—13. napon belül operált 14 esetből meghalt 12, vagyis az esetek 86%-a. 60 esetből összesen meghalt 34, vagyis az esetek 56%-a. Ezért *a korai operationak a megbetegedés kezdetétől 36 órán belül kell történnie.*

Treves nem híve a korai operationak, a rohamban csak akkor operál, ha tályog van jelen. Tekintve, hogy egyszerű tályognyitás után az eseteknek csak 17%-ában jelentkeznek utólag zavarok, a féregnyújtvány secundaer eltávolítását csak azon esetekben végzi, ha azt különös tünetek szükségessé teszik. Összegyüjtött 1000 esetből 364 esetben intervallum-mütét történt 4 halálozással, 39 esetben a roham alatt lokalis, nem genyes peritonitis miatt történt a beavatkozás 5 halálozással, 431 esetben tályognyitás történt 35 mortalitással és 166 esetben fennálló általános peritonitis esetén 127 halálozással.

Ezek alapján látjuk, hogy az ilyen változatos kórképnél, mint az appendicitis, aranyszabályokat, egységes therapiát fel nem állíthatunk, s az a sebész mutatja majd fel a legjobb eredményeket, a ki minden esetet külön mérlegel és általános, minden kritika nélküli elvektől magát vezéreltetni nem fogja!

Könyvismertetés.

Carl Wegele: Die Therapie der Magen- und Darmerkrankungen. Dritte Auflage. G. Fischer, Jena, 1905.

Az előttünk fekvő munka két nagy fejezetre oszlik: első része a gyomor-bélbántalmak általános gyógyítástanát, a második az egyes betegségek specialis therapiáját tárgyalja.

Az első részt a szokásos diaetás eljárások ismertetésével kezdi a szerző, tartózkodva minden mélyebb tudományos fejtegetéstől; a tápszerek kihasználhatóságát s értékét összehasonlító táblázatokkkal igyekszik könnyen érthetővé tenni. Súlyt helyez a mesterséges tápláló anyagok ismertetésére s különösen a nálunk még kevéssé ismert növényi fehérjékre, az *aleuronatra* és a roboratra hívja fel a figyelmet.

A phyiskai gyógymódokról szóló részt a gyomormosás ismertetésével kezdi, majd részletesen tárgyalja a gyomor és bél massage-át, melytől úgy gyomortágulatnál, mint splanchnoptosisnál jó eredményt látott a szerző; óva int azonban az idült perityphlitises izzadmányok bolygatásától.

Az elektromos kezelésnél, melyet ugyancsak atoniás állapotoknál és ptosisnál sikerrel alkalmazott, ügyesen construált és a sondával egyidejüleg alkalmazható gyomor-elektrodját ismerteti.

Nagy tudományos apparatussal és józan kritikával megirt fejezete a könyvnek a gyomor- és bélbántalmak gyógyszeres kezelését tárgyaló fejezet, melyhez, szemmel tartva a gyakorló orvos igényeit, ugyancsak bőséges recepturát csatolt a szerző.

Igen tanulságos az operativ beavatkozások javalatairól szóló rész. Carcinománál, hacsak lehet, gyomorresectiót ajánl: a resectio ugyanis átlag 13 hónappal megnyujtja a beteg életét, míg a gastroenterostomia csak hárommal. A mi a halálozási arányt illeti, az a két mütétnél csaknem egyenlő (40%), a minek az az oka, hogy gastroenterostomiát rendszerint már nagyon elgyengült betegen végeznek. A cardia rákjánál természetesen ő is a noli me tangere álláspontjára helyezkedik.

Heveny appendicitisnél, tekintettel arra, hogy a mütét a megbetegedés első 24 órájában jár legkevesebb veszélylyel s hogy igen nehéz adott esetben előre megmondani, súlyos vagy könnyű lefolyású lesz-e a féregnyújtványgyuladás s ha gyógyul is a baj, kiújulásra hajlamos, rögtöni operativ beavatkozást ajánl. Hasonlóképen *minden esetben* operáltatni óhajtja az idült és larvált appendicitist.

A könyv második részében az egyes gyomor- és bélbántalmakat sorrend szerint tárgyalja a szerző. Fejtegetései nem tisztán a therapiára szorítkoznak, de a fontosabb fejezeteknél a szóbanforgó baj kóroktanára és kórboncztanára, itt-ott megkülönböztető kórismézére is számos rövid, de értékes útmutatással szolgál.

A legújabb irodalom figyelembe vételével készült a munka minden fejezete, néhol azonban felületesen, másutt meg a tárgyhoz szervesen nem tartozó dolgokat citál. Egyébként óriási anyagának feldolgozásában józan kritika vezeti és saját tapasztalatainak értékesítésére törekszik. Riegel tanítványa ugyan a szerző, de nem esküszik mestere szavára, elve inkább a középút. A munka minden egyes fejezetén meglátszik, hogy nagyképzettségü gyakorló orvos orvosgyakorlattal foglalkozóknak irta azt, de azért nem kerülte benne, csak apró betüvel szedette a szükséges elméleti fejtegetéseket, viszont semmit sem felejtett ki, a mivel az egyébként tudományos irányú könyv gyakorlati értékét emelhette. Talán ez az oka, hogy a mü aránylag rövid időn belül az oly gazdag német irodalomban három kiadást ért meg. *Halász Aladár.*

Uj könyvek. *O. Rosenthal:* Alkoholismus und Prostitution. Berlin, A. Hirschwald. — *H. Ribbert:* Die Bedeutung der Entzündung. Bonn, Cohen. — *A. Schnöller:* Theoretisches und Praktisches über Immunisierung gegen Tuberculose. Strassburg, Schmidt. — *P. C. Franze:* Technik, Wirkungen und Indikationen der Hydroelektrotherapie bei Anomalien des Kreislaufs. München, Gmelin. — *E. Schwalbe:* Vorlesungen über Geschichte der Medizin. Jena, G. Fischer. — *T. Györy:* Semmelweis' gesammelte Werke. Jena, G. Fischer. — *Kreibich:* Die angioneurotische Entzündung. Wien, M. Perles. — *O. Lannelongue:* Leçons de clinique chirurgicale. Paris, Masson et comp. — *A. B. Marfan:* Leçons cliniques sur la diphtérie. Paris, Masson et comp. — *J. Rogues de Fursac:* Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Paris, Masson et comp. — *G. Daremberg:* Les differentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az anaphylaxisról irt érdekes czikket *Lépine* a „Semaine méd.“ 1905. évi 20. számában *Metschnikoff, Brieger, Knorr* és mások ugyanis már régebben tapasztalták azt, hogy olyan állatok, a melyek bizonyos fertőző betegséggel szemben immunizáltattak, belepusztultak az antitoxin újabb befecskendésébe, noha vérüknek megvolt az antitoxikus tulajdonsága. *Metschnikoff* például azt tapasztalta, hogy olyan lovak, melyek jó antidiphtheriaserumot adtak, lassanként intoxicatioban elpusztultak. Ugyanezt tapasztalta *Brieger* egy kecskén, mely jó tetanusantitoxint adott. *Behring* azt vette észre, hogy a Nicolaier-féle bacillussal szemben immunizált lovak sensibilitása azon toxinnal szemben, melylyel immunizáltattak, növekedett. Ezeket a tapasztalatokat *Richet* beható vizsgálat tárgyává tette s e végből több állatba nem halálos adag aktiniasporát fecskendett be. 2—3 héttel az első után, melyet az állatok jól kiállottak, a befecskendés meg lett ismételve s az állatok hamarosan belepusztultak. Ha a második befecskendés csak két nappal az első után eszközöltetett, akkor az állatok életben maradtak. Ezt a tüneményt az immunizálással elért pro-

phylaxissal szemben *Richet* anaphylaxisnak nevezte el. Kétségtelen *Lépine* szerint, hogy a dolog itt nem a cumulativ hatáson mulik, mert hiszen a második befecskendés csak akkor válik halálossá, ha az hosszabb idővel az első után történt. Ezzel az anaphylaxissal magyarázza *Lépine* azt a tényt, hogy kiállott influenza után némely egyén sokkal hajlamosabb egy újabb influenza-megbetegedésre, mint az olyan, a ki még nem esett át influenzán. Ugy látszik, hogy némely streptococcusinfectio hatása is anaphylaktikus. *Marikovszky.*

A cholera által előidézett kórboncztani elváltozásokról és ezek megelőzéséről ir a Berl. klinische Wochenschr. 1905. évi 39. számában *Wolfert.* Ha a cholera következtében rövid idő alatt elpusztult egyénnek lehetőleg még friss hulláját felboncolva, a a hasüreget feltárjuk, az első a mi szemünkbe ötlik az, hogy a serosus folyadékkal megtöltött, ólomszürke, atlasfényü bélen, mintha tollal és piros tintával rajzolták volna oda, oly élesen meglátszik a vena mesenterica superiornak finom elágazódása. Ha e vena törzsét most már fe felé követjük, azt fogjuk tapasztalni, hogy az egészen addig, hol a duodenum alsó ága és a pankreas közül előlép, erősen meg van töltve vastag, sürü cruorral. E felett a hely felett a vena lumene teljesen üres. Ugyanezt tapasztalhatjuk a vena gastrican és a vena lienalison is. Ebből az következik, hogy valami, talán a bélnek összehúzódása, erősen odaszorította a venatörzset a pankreashoz, s ilyenformán strangulálta. Ez a strangulatio okozta a serum átlépését a bél lumenébe, s ennek következtében látszik a minden vizétől megrabolt izomzat lesoványodottnak, ennek következtében lesz az arteriák vére kátrány-sürüségüvé és lesznek az összes nyálkahártyák szárazokká, stb. Ha már most mindezt ki akarjuk kerülni, arra kell törekednünk, hogy a bakterium ne fejthesse ki azon mérgező hatását, mely a duodenum izomrostjainak göreseben s ezáltal az említett venatörzs strangulatiojában áll. Erre a czélra igen jó az opium. E szer adagolásánál azonban arra kell törekedni, hogy az a gyomorba jusson s ne hányassék ki. Tehát az opiumot a teljesen üres gyomorba kell vinni, s a betegnek, bárhogy is kivánja, nem szabad az opium után vizet nyujtani, mert azt az opiummal együtt ki fogja hányni. Ha az opium bennmarad, nemcsak a fájdalmas kólika fog egy negyed óra alatt megszünni, hanem mivel a bélgörcs megszünik, a venastrangulatio sem áll be s vele együtt a fennebb vázolt folyamat is ki fog maradni. *Marikovszky.*

A radiumsugarak hatásáról fertőzésekben érdekes tanulmányt közöl *Werner*, a heidelbergi sebklinika segéde. Főbb eredményei a következő két pontban foglalhatók össze: 1. A radiumsugarak nem csupán megölik a bakteriumokat, hanem méregtelenitik is őket, a nélkül azonban, hogy ezzel az immunizálás czéljaira alkalmatlanokká válnának. 2. A radiumsugarak hatása folytán tönkremenő különböző szövetsejtek bakteriumölő hatást képesek kifejteni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 34. sz.)

Néhány stomachicum befolyását a gyomornedv-elválasztásra vizsgálta *Hoppe* a berlini egyetemi kórboncztani intézet kisérletező biologiai osztályán. Orexinum tannicum mal, tinctura amaraval és tinctura chinae-vel Pawlow módja szerint megoperált kutyákon végzett kisérleteiben beigazoltnak találta Straschesko tapasztalatát, mely szerint egyes stomachicumok csak akkor fokozzák a gyomornedv-elválasztást, ha a gyomorba juttatásuk után táplálékot adunk. Az orexinum tannicumot illetőleg azt találta, hogy nemcsak a gyomornedvelválasztást fokozza, hanem a gyomornedv összaciditását és szabad sósav tartalmát is növeli, de csak akkor, ha a gyomor nyálkahártyája hurutos; egészséges gyomornedv elválasztására hatástalan. Ez a lelet különben egészen jól egyezik a klinikai tapasztalattal. A tinct. chinae és amara, nemkülönben a condurango szintén fokozzák a gyomornedv-elválasztást, de nem egyformán; mert a míg a tinct. chinae és amara hatása nem oly erős, de huzamosan tartó és az aciditást is növelik; addig a condurango a nedvelválasztást erősen növeli, de csak nagyon múlóan és az aciditásra nincsen befolyással. A hatás mechanismusát illetőleg Hoppe az iz- és talán a szagérzés útján reflectorice beállott nedvelválasztáson kivül reflectorius chemiai hatást is felvesz, sőt az orexinra nézve csak ez utóbbinak tulajdonit szerepet. A stomachicumok nagy adagaira beálló csökkenését, sőt megszünését a gyomornedv-elválasztásnak, a melyről Straschesko tesz említést, szerző nem észlelte. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 33. szám.)

Belgyógyászat.

A gyomor automatikus mosogatása hányás bizonyos eseteiben. Nagyon sok abdominalis bajban, mint bélelzáródásban, peritonitisben, hasműtétek után beálló pseudoperitonitisben stb. nagyon kinzó hányás szokott jelentkezni. Eddig az volt a szokás, hogy ilyen esetekben teljesen megvonták az italt, abból indulva ki, hogy a gyomorba vitt folyadék fokozza a hányást. Ez a folyadékmegvonás azonban *Sir W. H. Bennett* szerint ártalmas, egyrészt a kinzó szomjúság miatt, másrészt pedig azért, mert a hányadék többnyire nagyon büzös, a betegben utálatot gerjeszt és ily módon súlyosbitja állapotát. Ezért azt ajánlja, hogy engedjük meg a betegnek az ivást, a minek az a következése lesz, hogy egyrészt a szomjúság enyhül, a szervezet nedvvesztesége pótlódik; másrészt — minthogy a folyadékbevitellel mintegy automatikusan mosogatjuk a gyomrot — a hányadék büzös volta is mérséklődik. Szerzőnek erős a megyőződése, hogy az ivás megengedésével nagyon sok olyan beteget tarthatunk meg az életnek, a ki az ivást eltiltó eddigi gyakorlat mellett okvetlenül elpusztult volna. (The lancet, 1905. julius 8.)

Dohány okozta aorta-atheroma. *Bovero*-nak sikerült házinyulakon typusos aorta-atheromatosist előidézni oly módon, hogy gyomrukba naponként 10—40 köbcentimeter 10%-os dohányforrázatot vitt bárzsingcső segélyével. 14 nap mulva leölve az állatokat, már teljesen kifejlődött volt az említett kóros állapot. (Clinica medica italiana, 1905. junius.)

A gyomornedv hyperaciditására vonatkozó megjegyzéseket közölt nemrégiben *Noorden* tanár A hyperchlorhydria lehet önálló bántalom, de lehet más bajok (gyomorfekély, bizonyos fajta gyomorhurutok, psychosisok, chlorosis stb.) következménye is. Szerző szerint az esetek egy bizonyos százalékában semmiféle zavar nem utal gyomorbaj jelenlétére: fájdalom, nyomásra való érzékenység, gyomorégés stb. nincsenek jelen, s mégis nagyfokú hyperaciditásban szenved a beteg. Az esetek egy másik csoportjában obstipatioval társul a hyperaciditás; az obstipatio megszüntetése ilyenkor sokszor a gyomornedvelválasztás szabályozódására vezet; legjobb az ilyen esetekben durva és böséges étrendet előirni és e mellett valami konyhasós vizet (Homburg, Kissingen) itatni. Végül némely esetben a hiányos táplálkozás okozza a hyperaciditást; ilyenkor kellő óvatossággal végzett hizlalókúra vezet eredményre. Az ilyen hizlalókúráktól szerző még gyomorfekély esetében sem idegenkedik; az első 8—10 napon szigorú diaetát tartat ugyan, de azután — természetesen gondosan ügyelve az ételek minőségére és elkészítésére — gyorsan fokozza a tápanyagbevitelt, úgy hogy a betegek már a második hét végén 3500—4500 caloriát kapnak a táplálékkal, a melyben természetesen előkelő helyet kell elfoglalniok a zsíroknak. (Zeitschrift für klinische Medizin, 53. kötet.)

Savós izzadmányok kezelésére már két évvel ezelőtt ajánlotta *Barr* az adrenalint, a melyet először a pleura rosszindulatú megbetegedése által feltételezett véres mellüri izzadmány egy esetében használt jó eredménynyel. Ujabban *Plant* és *Steele* közlik adrenalinchloriddal elért eredményeiket. 1‰-s oldatból 2—4 grammot fecskendeztek be 20—60 gramm destillált vízzel higítva. Többnyire elegendő volt egy befecskendezés. Az eljárás nagyon egyszerü: Kellő óvatossággal és tisztasággal troicart segélyével lehetőleg sok folyadékot kibocsátanak és azután a troicart canulején keresztül befecskendezik a higított adrenalin-oldatot; a sebet collodiummal zárják. Hasüri folyadékgyülem eseteiben még hasmassage-t és haskötőt alkalmaznak. Közvetlenül a beavatkozás után némelyik beteg erős fájdalomról panaszkodik, a rákövetkező néhány órában némi hőemelkedés is mutatkozhatik. A vérnyomás mindig fokozódik kissé; a vizeletmennyiség nem változik. Az adrenalin hatásmódja az ilyen esetekben még nem egészen tisztázott. Lehetséges, hogy az adrenalin az izzadmányban bizonyos alvadásfolyamatot létesit, melynek következtében a serosus hártyák egymáshoz tapadnak. Kémlőcsőben végzett kisérlet alkalmával csakugyan észlelhető ilyen megalvadási folyamat, másrészt adre-

nalin befecskendéssel kezelt és bonczolásra került néhány esetben szintén találtak friss összetapadásokat (British medical journal, 1905. 2324. szám.)

Diabetikusok acetonuriájának diaeticus kezeléséről ir *Simon*. Közleményében 3 súlyos diabates esetről referál, a hol az acetonuria és a diaceturia nem szünt meg akkor, a mikor a betegektől minden vajat megvontak, de igen is akkor, a mikor nekik nagy mennyiségű fehérnyét (parmesansajtot) adtak relative sok szénhydrattal egyidejüleg. (Prager med. Wochenschrift, 1905. 34. szám.)

Sebészet.

Térdkalácstöréseknek vértelen és véres úton való gyógykezelésével elért eredményeiről számol be *Oehlecker*, *Körte* tanár assistense. Az utolsó 15 év alatt 70 térdkalácstörést kezeltek, 46 esetben direct, 24 esetben (33%) indirect töréssel volt dolguk. Nem véres úton kezeltek 24, subcutan varrattal 11, nyilt varrattal 25 esetet, 4 esetben complikált töréssel, 5-ször refracturával, 1-szer régi álszálagosan gyógyult töréssel volt dolguk. Az eredményeket ez év márczius havában megejtett vizsgálat alapján irja le szerző, a functioképesség mértékéül a lépcsőn való járást vette.

I. Vértelen úton kezelt 24 eset átlagos gyógytartama 48 nap volt. A kezelés massage-ból, ragtapasz-, gypskötés alkalmazásából állott. 13 esetben átlag 9 hó után jó functionalis eredmény állott be, 9 esetben a lépcsőn járás többé nem sikerült. Ezen 9 esetből 5 esetben később refractura állott be.

II. Subcutan varrattal kezelt 11 eset átlagos gyógytartama 58 nap volt. A varrat alkalmazása előtt a haemarthros punctioját szokták végezni. Az elért eredmény nem kielégítő, csontos egyesülés, tökéletes functioképesség többé nem állt be, mert ezen módszerrel a fragmentumok exact összeillesztése nem vihető ki és csonthártya-, ínczafatok közbeékelődése nem kerülhető ki biztosan.

III. Direct egyesítéssel kezelt 25 beteg átlagos gyógytartama 46 nap volt. A varratot középen ezüstsodronynyal végzik, oldalt még két jodcatgut-varratot alkalmaznak, a melyek a csonthártyát s lehetőleg még a csontot is felölelik, ezután következik a tok- és az aponeurosis szakadásának egyesítése szintén jodcatguttal, majd fascia- és bőrvarrat. Genyedés egy esetben sem keletkezett. A bőrvarratot a 8—10. napon távolítják el; utána megkezdik a czombmassaget, a térd passiv hajlítását. 3 hét után kel fel a beteg s orthopaediai gyakorlatokat végez, korán kell lépcsőn járnia. A teljes functioképesség helyreállását 23 esetben állapították meg (2 esetben nem történt utólagos vizsgálat) s igy nem fogadják el *Riedel* ellenvetéseit; melyek szerint az ezüstsodrony mint idegen test és a patkóalakú metszés után fennmaradó haránt heg functiozavarokat okozna. A lépcsőn járás jól ment 3—9 hóval a műtét után, átlag $4^1/_2$ hó után. Ezen nyilt varrattal kétszer oly jó functionalis eredményt értek el, mint a massage-kezeléssel, fontos azonban, hogy a műtét után bizonyos idővel a beteg végtagját ne kimélje, mozogjon, járjon, mert ezen gyakorlásban rejlik a későbbi jó functioképesség biztosítéka.

IV. Complicált csonttörés 4 esete közül 2 esetben, midőn a betegek a sérülés elszenvedése után azonnal a kórházba kerültek, jó functionalis eredményt értek el; 2 esetben már fennálló genyedéssel kerültek a betegek a kórházba s az elért eredmény nem volt kielégítő.

V. 5 refractura és egy régi ligamentosusan gyógyult térdkalácstörés esete közül 2 refractura-esetben direct ezüstsodronynyal való egyesítés után jó functionalis eredményt értek el; a többi esetben elégtelen volt az eredmény.

Ezen észlelések alapján szerző a következő végeredményre jut:

1. *Vértelen kezelés* subcutan patella-töréseknek azon eseteiben ajánlható, a melyeknél csak *kis diastasis* van jelen s a melyeknél az izület *reservenyújtókészüléke*, az oldalsó fascia, elszakadva nincsen.

2. *Direct varrat* minden oly esetben javalt, a melyben a törési végeknek *nagyobb eltávolodása és az oldalsó capsula-fascia szakadása* van jelen.

3. Tökéletes functioképesség elérése czéljából a végtag *gyakori igénybevétele*, mozgása szükséges. (Archiv für klin. Chirurgie, 1905. 77. k. 3. f.) *Steiner Pál* dr.

A coxa valgáról foglalja össze eddigi ismereteinket *Th. Kölliker* (Leipzig). Míg a klinikusok a coxa vara eredetével és kórképével E. Müllernek 1888-ban végzett vizsgálatai után nagyobb számmal és behatóbban foglalkoztak, igy Hofmeister, Kuhn, Alsberg s mások, a coxa valgáról szóló ismereteink mindeddig meglehetősen hézagosak és jórészt csak casuistikus értékkel birnak.

Coxa vara és coxa valga alatt a czombnyak és diaphysis képezte hajlásszögnek — melynek középértéke Mikulicz szerint 125° — változását értjük; coxa varánál eme szögnek értéke kisebbedik, coxa valgánál nagyobbodik. Innen van, hogy amott a végtagnak adductiós, emitt pedig abductiós állása fejlődik ki. A coxa valga klinikai tünetei közül megemlítendő még: a láb kifelé rotatioja; az adductio gátolt; a végtag valamivel hosszabbodott; a járás egyoldali coxa valgánál biczegő, kétoldalinál a paralysis spinalis spastica sajátszerű járására emlékeztető.

A coxa valga okaiként K. a következő lehetőségeket hozza fel: 1. Veleszületett deformitás. 2. Traumás eredet, czombnyaktörés után. 3. Veleszületett csípőizületi ficzamhoz társuló esetek. 4. Rhachitis és 5. oteomalacia. 6. A végtag hüdése, 7. multiplex exostosisok és 8. genu valgum kiséretében fejlödött esetek.

A bántalom gyógykezelésére K. fejlödő bántalomnál oly rögzitő kötéseket ajánl, melyeknél a végtag forcirozott adductioja és lefelé rotatioja mellett a normális statikai viszonyok közelíttetnek meg. Előrehaladottabb esetekben, a midőn a végtag functioja is lényegesen szenved, K. a czombnyak osteotomiáját, még czélszerübben a czombnyakon végzendő ékkivésést ajánlja, az ék alapjával lefelé.

Végül idevágó két megfigyeléséről számol be. A czombnyak hajlásszöge eseteinek mindegyikében 156° volt. Eseteinek egyike nagy gyakorlati érdekkel is birt, a mennyiben a 76 éves beteg temporára esvén, coxa valgája folytán csak trochanter-törést szenvedett el az obligát czombnyaktörés helyett. K. az eset tanulságos voltát a radiogramm reproductiojával igazolja. (Münch. mediz. Wochenschr. 1905. 36. sz.) *Gergő.*

Az emlőrák sebészi kezelését illetőleg *Schinzinger* (Freiburg) már 1889-ben azon elvet hangoztatta, hogy még menstruáló nőknél czélszerü az emlő eltávolitását castratioval combinálni. Sch. azt tapasztalta ugyanis, hogy fiatalabb nőknél az emlőrák rosszindulatúbb, recidivákra hajlama nagyobb, mint idősebb nőknél a klimakteriumban; a különbség okát az idősebb emlő regressiv elváltozásaiban látja, mely a rák fejlődésének is bizonyos fokig útját állja. A Sch. ajánlotta castratio pedig ép az emlők korai sorvadását czélozta.

Sch. első közlése óta angol és amerikai orvosok elég nagy száma végzett idevágó megfigyeléseket. Megemlítendők Beatson (1896), Watson Cheyne (1898), legújabban pedig Lett és E. Michel (1905) közleményei, melyek mind azt bizonyítják, hogy inoperabilis és recidiváló emlőráknál a castratio gyakran kitünő palliativ eljárás, melynek kivitele lényegesebb veszélylyel nem jár és mely a mellett csökkenti a betegek fájdalmait s lassitja a rák fejlődését. Néha mintha évekig szünetelne a carcinoma terjedése.

Sch. összefoglalja az irodalomban letett főbb észleléseket és több esetet közöl saját tapasztalatából is. Véleménye a castratioról mindenben a régi: nem pusztán inoperabilis emlőrákoknál ajánlja, hanem betegeknél a menoszünet előtt minden esetben. (Münch. mediz. Wochenschr. 1905. 36. sz.) *Gergő.*

Húgyszervi betegségek.

Az emasculatio totalisról férfihúgycsőrák eseteiben ir *W. W. Maximow* varsói tanár. Ezen eljárást, mely a húgycső és penis előrehaladott rákjánál az összes külső nemzőszerveket a fedőbőrrel együtt eltávolitja, *Chalot* toulousi sebésztanár dolgozta ki teljesen (1894), miután az első e fajta műtétet már 1873-ban *Annandale* edinburgi sebész, a kinek néhány követője is akadt, végezte volt. Két esetével együtt szerző az irodalomból 25 esetet tudott összegyüjteni; német sebész ily esetet még nem irt le.

A műtét négy szakaszból áll. 1. Egy-egy vízszintes metszéssel mindkét ondózsinórt kikészítjük és átvágjuk; a vérző erek külön-külön alákötendők. 2. A vízszintes metszés a középvonalig folytattatván és a fundus felett egyesülvén, külső végéből kiinduló két metszés a borék mögé vezettetik lefelé és a gáton találkozik. A mony és a merevedő testek a fancsontról, valamint a herék az ondóvezérekről leválasztatnak. 3. A húgycső centralis végének kivarrása a gátra; szükség esetén a hagymás rész is eltávolíttatik úgy, hogy a pars nuda urethrae, mely hátrafelé kissé felmetszendő, fekszik a hátsó seb szegletében. 4. A lágyékmirigyek eltávolítása és a sebszélek egyesítése T alakban. A húgycsőcsonkba állandó katheter bevezetése. A vérzés igen csekély, a sebgyógyulás szerző két esetében, melyeket leir, zavartalan volt.

Minthogy e műtét halálozási aránya 0, a gyógyulás kellő asepsis mellett gyors és biztos, a recidivák tekintetében pedig szintén jó prognosist nyujt, a mony minden kiterjedt rákos megbetegedésében mint egyedül helyes és észszerű eljárást ajánlja.

A mint látható, ezen műtét elve teljesen megfelel azon műtéteknek, melyekkel mellrák, pofarák stb. eseteiben az egész beteg területet a hozzátartozó mirigyekkel egyetemben egy darabban távolítjuk el. (Centralblatt f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexual-Organe, 1905. 8. f.) *P. R.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Psoriasis, valamint általában lobos infiltratioval járó bőrbajok eseteiben jó eredménynyel használja *Balzer* a fürdőket következő hozzátétellel: Rp. Olei cadini 50·0; Vitelli ovi unius; Extr. liquid. corticis quillajae 10·0; Aquae ad 200·0. M. D. S. Ugyanannyi meleg vízzel erősen összerázva a fürdővízbe öntendő. (Journal médical de Bruxelles, 1905. 1. szám.)

Bronchitis foetida ellen a formamint-tablettákat (czukorral és menthollal készített tabletták 0·01 gramm formaldehyd-tartalommal) ajánla *Robert*. Eleinte 3 tabletta adandó naponként, majd növeljük az adagot, úgy hogy a beteg óránként vesz be egyet. (Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1905. 5. szám.)

Gonorrhoea kezelése collargollal. Azon kedvező eredmények által felbátorítva, melyeket heveny kankó esetében *Tansard* collargollal elért (naponként 2-szer húgycső-hólyagöblítés 1 liter 1 : 500 collargol-oldattal): kisérleteket tett a collargollal idült kankó esetében is. 4%-os oldatot használ ilyenkor, a melyből 2 cm^3-t fecskendez be és ezt sokszor órákon át bentartatja, a mi könnyen elérhető a húgycsőnek a glans mögött szalaggal leszorítása által. A gonococcusok legfeljebb 30 befecskendezés után eltüntek. Kifejezett gonococcus-ölő hatásán kivül következő előnyökkel bir a collargol: 1. a húgycsövet és a hólyagot épenséggel nem izgatja, 2. alkalmazása semmi fájdalmat nem okoz és 3. maró hatása töményebb oldatok használata esetén sem következhetik be (Journal des praticiens, 1905. 20. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. október 19.

+ **Kinevezés.** *Krausz József* dr.-t a vallás- és közoktatásügyi minister a szegedi állami főreáliskolához és főgymnasiumhoz iskolaorvossá és egészségtantanárrá nevezte ki. — *Kupferschmidt János* dr.-t a belügyminister a nagyszöllősi állami gyermekmenhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg. — *Erős Arnold* dr.-t a belügyminister a pécsi állami gyermekmenhelyhez másodorvossá nevezte ki.

⊠ **Választás.** *Ádler Károly* dr.-t mórágyi körorvossá választották.

⊕ **Új tisztiorvosok.** Kolozsvárott október 8—10.-én tartották meg a tisztiorvosi vizsgálatokat. A vizsgálatokon a következő orvosokat képesitették tisztiorvossá: *Blumenfeld Sándor* kolozsvári klinikai gyakornokot, *Comsia János* magyarcsékei körorvost, *Hoffmann Adolf* teregovácz uradalmi orvost, *Kapolyi Vilmos* barcsi körorvost, *Kozma Imre* marosvásárhelyi orvost, *Máthé Gábor* kolozsvári tanársegédet, *Nehrer Samu Lajos* szászhermányi körorvost, *Patkós Gábor* kisjenői járásorvost, *Solymossy István* baróti körorvost, steinburgi *Pildner Félix* szászkézdi körorvost és *Vajna Izidor* alvinczi körorvost.

◎ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következő választások ejtettek meg. Az I. sz. belklinikához: Török Béla dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. klinikához: Háger Péter dr. díjazott gyakornoknak, Benczur Gyula dr. és Zsigmondy Zoltán dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. sebklinikához Kuzmik Pál dr. adjunktusnak (meghosszabbitás). A II. sz. nőklinikához: Wiesinger János dr. díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. nőklinikához: Lutter Károly dr. díjtalan gyakornoknak. A szemklinikához: Scholtz Kornél dr. díjtalan laboratoriumi tanársegédnek és Veszter Sándor dr. díjtalan gyakornoknak. Az idegklinikához: Berkovics René dr. díjas és Lichtenberger Béla dr. díjtalan gyakornoknak. Az elmeklinikához: Lipeczky András dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. anatomiai intézethez: Kovács József díjtalan gyakornoknak. Az élettani intézethez: Kovács Ödön és Lorenz Hugó díjtalan gyakornokoknak. A közegészségtani intézethez: Bexheft Ármin dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbitás).

— **Az Országos Közegészségi Egyesület iskolaorvosi és egészségtantanári szakbizottsága** 10 éves működésének emlékére *f. é. október hó 24.-én kedden, esti 6 órakor* az egyetemi élettani intézet előadási termében (VIII., Eszterházy-utcza 5) *díszülést* tart a következő napirenddel: 1. Az elnök megnyitója. 2. Tiszteleti tagok üdvözlése. 3. *Tauffer Jenő* dr. Temesvár város főorvosa a vidéki iskolaorvosok és egészségtantanárok nevében üdvözli a szakbizottságot. 4. *Liebermann Leó* dr. egyetemi tanár előadása: *Az iskolaorvosi intézmény jövőjéről*. 5. A titkár jelentése. 6. Zárószó.

† **Elhunyt.** *Haidt Lajos* dr. fürdőorvos Buziáson e hó 12.-én. — *Stromszky Ármin* dr. e hó 17.-én Pozsonyban.

< **Gyermekvédő-egyesület Angliában.** Midőn e sorok irója néhány év előtt London utczáin sétálgatott, útja véletlenül egy kisebb téren, a Leicester Square-en vitte át. Itt figyelmét egy háromemeletes ház kötötte le, melyen feltünő betükkel volt ez a felirás olvasható: National Society for the Prevention of Cruelty to Children, vagyis: Országos egyesület a gyermekekkel szemben való kegyetlenségek elhárítására. A kapu mellett egy táblán pontos adatok tüntették fel, hogy az elmult hónapban az egyesület hány feljelentést tett, hány büntetést eszközölt ki a hatóságoknál, hány megkinzott gyermeket vett ápolása alá, stb. E számok meggyőzően tanúsitották az egyesület áldásos tevékenységét.

Még meggyőzőbben tanúskodik e mellett a társaságnak imént megjelent 1904. évi jelentése, melyből nemcsak az tünik ki, hogy az egyesület hány esetben lépett közbe, hanem az a tény is, hogy az egyesület 16 éves működésének máris igen szembeötlőn mutatkoznak a maga áldásos eredményei, a mennyiben Angliában határozott csökkenése mutatható ki az egyesület hatáskörébe eső eseteknek s az esetek minőségében is javulás konstatálható. Igy a kriminalis esetek száma az összes esetek sorában 28·1%-ról 9·4%-ra esett le, az ezeken kivül még feljelentést igénylőké 12·6%-ról 6·3%-ra; 80·4%-ban elegendőnek bizonyult a szülők megintése, szemben 54·1%-kal 1891-ben. A szemérem és erkölcs elleni vétségek száma — az egyesület ezeket is üldözi, a mennyiben gyermekek ellen irányulnak, — 5·1%-ról 1·9%-ra esett le. Az egyesület működésének eredményességét nagyban előmozditották a biróságok, a melyek az egyesület feljelentéseit nagy figyelemben részesitik, s a valónak bizonyult esetekben a törvény egész szigorúságát alkalmazzák. Az egyesület az elmúlt évben 542 gyermeket vett gondozása alá, kiket el kellett vonnia kegyetlen szülőik köréből; ez a szám is tetemes csökkenést mutat az előző évekhez képest. Az egyesület összes évi jövedelme a tagdíjakból — állami subventiót nem húz — 75,193 font (körülbelül 1.700,000 korona), 1826 fonttal több mint az előző évben, mig a kiadások tetemes csökkentést tüntetnek fel.

Tudtunkkal minden nagyobb városnak van ily egyesülete, Bécsnek is — csak Budapestnek nincs.

○ **A szív anyagi értékéről.** Mi az anyagi értéke egy emberi szivnek? Ez az igen furcsának és czéltalannak látszó kérdés aktuálissá lett nemrég egy new-yorki újságban megjelent kis-hirdetés révén, mely következőképen szól: „Hajlandó vagyok jutányos áron eladni a két szivemet, felhatalmazva a vevőt, hogy sziveimet a halálom után lefoglalhassa". A hirdetés beküldője a lap utánjárásai szerint egy 35 éves, kifogástalan egészségnek örvendő ács, ki New-York közelében, New-Rochdale-ban lakik. Két év előtt vette egy orvos rajta észre azt a különös rendellenességet, melyet most anyagi tekintetben gyümölcsöztetni kiván. Egy orvos állitólag már 2000 font sterlinget igért neki, ha beleegyezik az egyik szivének az eltávolitásába, a mely ajánlatot azonban a kétszivű ács érthető idegenkedéssel fogadott és visszautasitott. Különös játéka a véletlennek, hogy épen most hasonló esetről tesz közlést a Journal des Débats is. E lap szerint az illető egyén — Basel városának egy lakosa — szintén értékesiteni akarja az abnormitását, sőt ez igyekezetében már czélt is ért, mert a londoni „Academy of Medicine" már megvette praenumerando a holttestét 3000 fontért. A British Medical Journal augusztus 12.-i számában e hirhez azt a megjegyzést fűzi, hogy ez az üzlet mindkét részről igen koczkázatos. Az akadémia részéről azért, mert ki tudja hol, milyen hozzáférhetetlen helyen éri utol a halál az érdekes rendellenesség tulajdonosát, s a kétszivű egyén részéről pedig azért, mert szerződést kötött olyan „Akadémiá"-val, — a mely még nem is létezik.

= **Tuberculosis-érem** A párisi tuberculosis-elleni congressus záróülésén az újonnan alapitott tuberculosis-érmeket a következőknek itélte oda: az aranyérmet Koch Róbertnek (Berlin) és Brouardelnek (Páris), az ezüstérmet Bang (Kopenhága), Billings (New-York), Broadbent (London) és Schrötter (Bécs) tanároknak. A legközelebbi congressus 1908-ban lesz Amerikában.

× **Amerikából.** A pennsylvaniai egyetem anatomiai gyüjteménye, melyről azt mondják, hogy a leggazdagabb volt a világon, leégett. A kárt hétszázezer koronára becsülik. — Wistar J. J. generális Philadelphiában,

ki nemrég meghalt, agyvelejét és csúzos ankylotikus jobb karját az általa alapított anatomiai és biologiai intézetnek hagyományozta; ezenkivül reáhagyta még vagyonának jelentékeny részét is, közel 10 millió koronát.

◑ **Contra barbam.** Kennedy dr., Jova állam államtitkára, ki az orvosi pályáról került a politika mezejére, mozgalmat inditott az orvosok szakál- és bajuszviselete ellen, melyben akadályát látja az absolut tisztaságnak, kivált sebészeknél. A szakál a leggondosabb ápolás mellett is termőágya a bakteriumoknak, s el nem kerülhető, hogy operálás közben belőle fertőző csirák ne hulljanak a sebterületre. Egy angol orvosi lap ez alkalommal felemliti, hogy már a XVI. század egy orvosa, Andrew Borde küzdött a szakál ellen. Angliában és Amerikában ez idő szerint a sima, borotvált, bajusz- és szakáltalan arcz, a *faccia di musico* divatos, s úgy látszik a kontinensen is mindinkább tért hódit ez a divat. Kétségtelen, hogy a borotvált arcz sokkal tisztábban tartható, mint a szakálas; de viszont az is kétségtelen, hogy a borotválkozás sok időt vesz el az ember életéből. Campbell angol költő kiszámitotta, hogy az, a ki naponként borotválkozik s hetven évet ér el, életében annyi időt fordított arczának szőrtelenitésére, hogy ez alatt hét nyelvet tanulhatott volna meg. A szakálnak legnagyobb ellensége Schopenhauer volt, ki valóságos philippikát irt ellene.

— **Megjelent**: *Pándy Kálmán* dr.: Gondoskodás az elmebetegekről. Gyula, Vértesi Arnold „Corvina" könyvnyomdája. Ára 10 korona. Ismertetni fogjuk. — A magyar királyi állatorvosi főiskola kiadványának 11. és 12. száma. Előbbi az 1904/1905. tanév történetét irja le; a 164 lapra terjedő füzet részletesen és rendkivül jól áttekinthetően ismerteti ezen mintaszerű intézetünk működését. Utóbbi az intézet ez évi tanév megnyitó ünnepélyen tartott beszédeket foglalja magában. *Hutyra Ferencz* rektor beszédében a 1904/5. tanévről számol be, míg *Kössa Gyula* prorektor „Dekadenciában van-e a magyar tudományosság?" czimen értekezett. Ez utóbbi, körülbelül 80 lapra terjedő, nagy és méltó feltünést keltett értekezés egyébként külön kiadásban is megjelent. — *Thirring Gusztáv*: Budapest székes főváros statistikai évkönyve. VI. évfolyam. Budapest, Grill Károly udvari könyvkereskedése. Ára 6 korona. A megszokott gazdag és kitünően áttekinthető tartalmú évkönyv az 1903. év adatait sorolja fel 300 nagy oldalon. Az előző évfolyamokhoz képest javitásokat ebben a kötetben is találunk; igy orvosi szempontból érdeklődésre találhat az a javitás, hogy a halálokok tüzetes részletezését és a fontosabb halálokoknak demographiai szempontokból való összevetését, az ásványforrásokra, a katonai egészségügyre stb. vonatkozó táblázatokat is tartalmazza ezen kötet.

= **A Charité kórház-egyesület** nyilvános rendelő intézetében — a mint azt a *Lantos Emil* dr. titkár szerkesztette évkönyvben olvassuk — az 1904. évben a betegforgalom, az egyes osztályokon következő volt: belgyógyászat (Preisach Izidor és Hasenfeld Arthur) 1490 új beteg, 4824 rendelés; bőr- és bujakórtan (Deutsch Arthur) 674 új beteg, 2057 rendelés; fogászat (Berger Ferencz) 2692 új beteg, 6150 rendelés, fülgyógyászat (Schwarcz Ede) 505 új beteg, 6111 rendelés, 50 műtét gége-, orr- és torokgyógyászat (Lénárt Zoltán) 525 új beteg, 4491 rendelés, 187 műtét; gyermekgyógyászat (Engel Gusztáv) 1057 új beteg, 2007 rendelés; húgy- és ivarszervi bajok (Meisels Vilmos) 755 új beteg, 6427 rendelés, 41 műtét; ideggyógyászat (Hajós Lajos) 244 új beteg, 1353 rendelés; nőgyógyászat (Lantos Emil és Szabó Sándor) 677 új beteg, 3748 rendelés, 4 műtét; sebészet (Eisler Hugó) 368 új beteg, 4514 rendelés, 258 műtét; szemészet (Béla Pál) 645 új beteg, 4733 rendelés, 25 műtét.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 40. hetében (1905. október 1.-tól október 9.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elveszületett 468 gyermek, elhalt 248 egyén, a születések tehát 255-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 29·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15·4. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 4, apoplexia cerebri 8, convulsiones 2, paralysis progress. 4, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 4, morbi org. cordis 12, morbi myocardii 3, vit. valvularum 3, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 1, pneumonia 10, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 40, emphysema pulm. 1, pleuritis 0, alii m. org. resp. 3, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 19, 2 éven felüli 4, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 0, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 4, gravid. et puerp. 2, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 2, debil. congenita 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 8, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 8, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 2, scarlatina 0, pertussis 5, croup-diphth. 0, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 2, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 0, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 10, suicidium 3, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3317 beteg, szaporodás 928, csökkenés 795, maradt e hét végén 3388 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 70 (63), vörheny 34 (28), álh. gége- és roncsoló toroklob 15 (15), hökhurut 3 (15), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 53 (71), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 12 (11), vérhas 0 (1), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (0), trachoma 2 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Orthoformium-Novum" czimű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

Lecithin-therapia. A szerves phosphor készitmények közül állandó polgárjogot a therapiában csak a **lecithin** nyert (glycerinphosphorsavas cholin), a mely kiváló idegerősitő, testsúlynövelő anyagnak bizonyult. Úgy a gyermekek, mint a felnőttek kezelésénél, izletes voltánál és könnyű emészthetőségénél fogva igen alkalmas lecithinkészitmény a **Lécithine granulée Richter**, a mely az évszaki hőmérsék-ingadozásoktól függetlenül mindenkor sikerrel alkal mazható. Indicatioi: neurasthenia, hysteria, lesoványodás, scrophulosis, rhachitis.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a **„Tiszti Orvosok Naplója."** Ára 2 korona. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi" Ujság és könyvkiadó-vállalatnál. Budapest, VII., Kertész u. 16.

„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.**

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősitő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: **Tablettae Lecithini Richter** 0·05 és 0·025 gr. lecithintartalommal. **Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter** (Lecithines csukamájolaj). **Lactolecithin Richter** (Lecithines tejczukor-por) **Léclthine granulée Richter** (izletes lecithingranulák). **Lecithinol Richter** (steril lecithinolaj injektiókra). **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

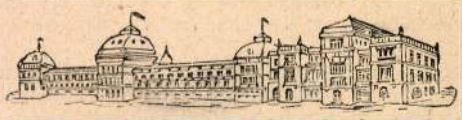
Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesitő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest, VI., Teréz-körút 2.

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók.

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (LXVIII. évforduló nagygyülés 1905. október 14.-én.) 756. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1905. szeptember 27.-én.) 757. l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése. 758. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 758. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXVIII. évforduló nagygyülés 1905. október 14.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Lévai József.**

Bókay Árpád elnök megnyitója:

Tisztelt Nagygyülés! Mai összejövetelünk egyesületünk alapitásának évfordulója, melyet évtizedek óta mint egy-egy új munkaévünk ünnepi megnyitóját szoktunk megülni, hálás kegyelettel emlékezvén meg arról a tizenhat lelkes pesti orvosról, kik 1837-ben Mindszent hava 14.-én *Mokossinyi Mihály* doktor városházteri magánlakásán, az épen azon évben keletkezett bécsi cs. kir. orvosegylet mintájára egyesületünket megalapitották, nem törődve a féltékenykedő egyetemi tanárok s az ő befolyásuk alatt álló hatalmas protomedikus ellenzésével. Örök nyugalomra kényszerítette persze már mindannyiukat a természet kérlelhetlen törvénye, de az alapító év tagjai közül néhánynak mégis megadatott, kogy örülhessen lelkük az általuk létesitett egyesület nagy erővel meginduló fellendülésének, mely a 80-as évek elején vette kezdetét. 1881-ben halt meg *Bene Ferencz*, az 1837. évi protomedikus fia, a ki atyja lebeszélő üzenetét hozta el az első közgyülésre, de a ki nagytekintélyű atyja ellenzése daczára is lelkesen csatlakozott az alapitókhoz. 1886-ban tért örök nyugalomra az aggkorban is fiatal lelkületű *Jankovits Antal*, a kit még sokan ismertünk. 1892-ben költözött el az utolsó közülök: egyesületünk nagy jóltevője, a bibliai korú *Iranchich Viktor*. Ha ma láthatnák a mi tiszteletreméltó őseink tagjaink sokaságát, kedves hajlékunkat, melytől, midőn megszereztük, féltünk, hogy nagy leszen és mely máris szűknek mutatkozik, 200,000 koronát érő könyvtárunkat, gazdag olvasótermünket, tudományos üléseink magas szinvonalát, szakosztályaink pezsgő életét, ha megtudhatnák, hogy hazánk tudományos orvosi életének egyesületünk a góczpontja, melyben a főváros gyakorló orvosai s az egyetem tanárai vállvetve, egyetértő, egymást megbecsülő odaadással munkálkodnak a haladáson: bizony áldanák azt az órát, melyben *Jankovits Antal* lelkesitő beszédének hatása alatt egyesületünket megalakultnak mondották ki.

Ezen mai ünnepi napon, mint egyleti új évünk ünnepnapján, kétarczu Janusként kétfelé kell szemeinket irányítani: hátra is, előre is kell tekintenünk. Hátra kell tekintenünk a multba, hogy okulást meritsünk a jövőre. Előre kell tekintenünk, hogy lássuk, mi és mennyi a reánk váró munka a közel jövőben, az új munkaévben.

A multba nézünk vissza akkor, midőn ez ünnepi órát egy elhunyt jelesünk emlékezetének szenteljük, a mint azt már előző években is tettük, segiteni akarván az itt felhangzó emlékbeszédekkel a hazai orvostudomány jövő történetirójának, ki a multnak vázolását igy a leghitelesebben fogja kézhez kaphatni olyanoktól, a kik a legteljesebb közvetlenséggel kisérhették az eseményeket, mert azokban éltek. Megbecsülhetlenül gazdag tanulságok lánczolatai ezek a mi emlékbeszédeink, mert megszoktatnak bennünket arra, hogy megbecsüljük egymást, szeressük azt a mi a miénk; mert megtanítanak arra, hogy mily tulajdonságok azok, melyek egy-egy jelesünket a kortársak fölé emelték; mert meglátjuk belőlük, hogy mennyit kellett nagyjainknak is küzdeniök, dolgozniok, hogy érvényesülhessenek; mert bevésik ezen megemlékezések ifjú orvosnemzedékünk lelkébe, hogy emberszerető önzetlenség, a tudomány iránti ideális lelkesedés nélkül nem lett soha senki s nem is lehet soha senki nagy orvos.

De Janus egyik arcza az őrzésére bizott kapuból előre is tekintett, nézve, kémlelve mi közelget az úton a ház felé. Nekünk is tudnunk kell, mily feladatokat szab elénk a közel jövő embertársainknak őrizetünkre bizott egészsége érdekében, a mellett, hogy rendes munkánkat is végezzük, mely rendes munkánkon újon szerzett tapasztalatainkat tanulmányainkat szenvedő embertársaink érdekében társaink közkincsévé teszszük. Ha vizsgáló szemeimmel széttekintek, szinte tornyosulni látom előttünk a becsülettel el nem hárítható kötelességek, feladatok egész tömegét. Közeledik a minden nagy háborút éhes keselyű módjára követő ázsiai rém: *a cholera*. Itt lehet már ma, vagy holnap! Sürgősen el kell készülnünk méltó fogadására. A kik közülünk már szemben állottak vele, tanitsák ki itt az ellene való küzdelemre tapasztalataik tárházával az utolsó járvány óta nevekedett orvosnemzedéket.

A *tuberculosis* elleni küzdelmet, melyet hazánkban egyesületünk kezdett meg, fokozott erővel kell folytatnunk a jövőben, s ki tudja, vajjon a most végződött párisi congressus nem e fordulópont a viaskodásban, mely könnyebb győzelemre fog vezetni, mint a milyent valaha is remélhettünk; olyan fordulópont, mint volt az 1894.-i budapesti hygieniai congressus a diphtheria elleni harczban. Adja Isten, hogy úgy legyen!

A *rák elleni* küzdelmet is egyesületünknek kell szerveznie hazánkban. Az első lépéseket már a mult munkaévben megtettük azon tanulságos előadásokkal, melyek e teremben s a gynaekologiai szakosztályban kiváló tagjaink részéről elhangzottak. De mindez csak a kezdet legeleje. Kérem ez ünnepi alkalommal is azokat, a kik a mozgalmat megindították, legyenek ezentúl is el nem lankadó vezéreink; tegyék a rák elleni küzdelmet munkálkodásuk középpontjává. Vegyenek példát a mi örökké ifjú munkaerejű tiszteleti tagunkról, *Korányi Frigyes*-ről, ki a tuberculosis elleni harczot életfeladatának tekinti. Higyjék el, hogy a mint Korányi Frigyes tisztelt tagtársunk nem maradt magára, Önök is magukkal fogják ragadni az orvosi és a laikus társadalom melegen érző sziveit; a mi egyesületünk tagjaiban pedig már is erős hadsereggel rendelkeznek.

A nemi betegségek ellen végre talán majd nálunk is meginduló mozgalomban szintén nekünk kellene a vezérszerepet átvennünk, t. i. a társadalom gondolkodásának helyes irányitását. A feladat nem nehéz és nem is nagy. Csak belé kell tudnunk ojtani a laikus közönség lelkébe azt az igazságot, hogy az eddigi titkolódzó szégyenlősség e kérdések tárgyalása körül a legnagyobb oktalanság, kárára az emberek ezreinek s hogy az álszemérmet félretevő józan felvilágositás hathatósabb specifikum e nyavalyák terjedése ellen, mint gyógyszerkincsünk legbiztosabban ható gyógyszerei a már kifejlődött betegség ellen.

Csak néhány hete, hogy az *alkoholellenes congressus* fővárosunkban bezárult. Tagtársaim, a kik velem együtt oly örvendetes számban vettek részt a tárgyalásokon, tanulságot tehetnek, hogy lelkesebb, szorgalmasabb, sikerültebb congressust alig láttak. A kik hallottuk ott beszélni külföldi kollegáinkat: a tüzes *Forel*-t, a Gambetta szónoki képességeivel biró *Legrain*-t, a szellemes *Gruber*-t, *Laitinen*-t, *Kassowitz*-ot, *Weygand*-ot, s a kik tanui lehettek annak a mély meggyőződésből fakadó lelkesedésüknek, mely mindnyájunkat magával ragadott: azok kénytelenek mélyen érezni azt, hogy az alkoholellenes mozgalom apostolai szent ügyet szolgálnak, mely méltó a jók támogatására s melyet egész erőnkkel épen nekünk orvosoknak kell előre vinnünk. Ezen congressuson tünt ki, hogy az alkoholellenes küzdelemben minden művelt nemzet között mi vagyunk a legutolsó helyen, daczára annak, hogy az alkohol fogyasztásában mi teszszük a legnagyobb progressiót. Ha gátat nem vetünk az alkoholáradatnak, már most is zsufolt elmegyógyintézeteinket és börtöneinket ma-holnap bizony-bizony meg kell kétszereznünk.

Az alkoholellenes harczban mindenütt az orvosok a vezetők, a kir. orvosegyesület tagjainak is ki kell venniök részüket e nehéz feladatból; e falak közül kell felráznunk orvostársadalmunkat eddigi közönyéből. Ezt is jövő feladataink közé kell sorolnom.

Nemde mélyen tisztelt Nagygyülés, a megnyiló munkaév sokirányú kötelesség elé állit bennünket! Szinte elmondhatjuk az evangelista szavaival, hogy *„az aratásra való gabona bizony hogy sok, de az arató kevés“*. Mert hisz' egyesületünk nagyszámú tagjainak a mindennapi élet gondja, a keserves és napestig tartó kenyérkereső munka nem engedi meg, hogy teljes erejüket, összes idejüket az imént felsorolt feladatok szolgálatába állithassák. De ha ez igy is van, azért bizom benne, hogy megbirkózunk mindazzal, a mi becsületbeli kötelességünk, mert hiszen érezzük mindannyian, tudjuk, tapasztaljuk mindennap: *hogy a mi munkásságunk a szeretet munkája!* Szeressünk tehát dolgozni e falak között; áldás árad ki ebből a munkából embertársainkra!

Ezzel egyesületünk LXVIII. nagygyülését megnyitottnak nyilvánitom.

Lévai József titkár előterjeszti a **„Mészáros Károly-jutalomdijról“** szóló jelentést. Az 1600 koronás dij két egyenlő részre osztatván, egyik felével *Krompecher Ödön* „A basalsejtű rák“ czimű munkája, másik felével pedig *Ónodi Adolf* „A gége idegeinek boncztana és élettana“ czimű munkája jutalmaztatik.

Lévai József titkár felolvassa a **„Balassa-jutalomdijról“** szóló jelentést. A két 800 koronás dijat a biráló bizottság *Dollinger Gyula* „A nyak, a tarkó, a fül előtt iés az állkapocs alatti tájék gümős nyirokcsomóinak subcutan kiirtása“ czimű munkájának és *Bencze Gyula* „Klinikai tanulmányok a vér viscositásáról“ czimű dolgozatának itélte oda.

Lévai József titkár felolvassa a **„Balassa-pályadijról“** szóló jelentést. Beérkezett *Kiss Gyula* tervezete „Vizsgálatok az erjedésgátló hatás összefüggéséről az elemek periodusos rendszerével“ czimen. A biráló bizottság ajánlatára a tervezet kidolgozásával *Kiss Gyula* megbizatik. A pályadij 800 korona.

Lévai József titkár felolvassa a pályázati hirdetéseket.

A *Balassa-dijalap* kamataiból 600 korona tüzetik ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, még sehol sem publikált, magyar nyelven irt dolgozat jutalmazására. Határidő: 1906. május 31.

A *Mészáros Károly*-alapitvány kamataiból 1600 korona jutalomdij tüzetik ki a közegészségtan, bakteriologia és törvényszéki orvostan körébe tartozó, magyar nyelven, nyomtatásban az 1903. junius 1-étől 1907. május 31-ig terjedő időközben megjelent, önálló dolgozatok alapján szerkesztett és tudományos becsü legjobb értekezésnek vagy általános érdekü, hézagpótló monographiának vagy kézikönyvnek jutalmazására. Határidő 1907. május 31.

Végül **Grósz Emil** előadja **„Emlékbeszédét Schulek Vilmos felett“**. (Megjelent a „Szemészet“ 1905. 3—4. számában.)

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató ülés 1905. szeptember 27.-én.)

Elnök: **Hochhalt Károly.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

A középső fül genyes gyuladása kapcsán valószinüleg a vízszintes ívjárat roncsolása következtében előállott szédülés esete.

Krepuska Géza: Beteget mutat be, kinek gyermekkori fülgenyedése újabban kiújult; két hét előtt rázóhideg, magas láz, nagymérvű szédülés, hányási inger jelentkezett. Sarjadzó dobüreglob, cholesteatomaszerű pikkelyképződés a dobüreg hátsó felső részében. Jobb pupilla kissé tágabb mint a bal. A betegnél a szédülést és az azzal járó többi tünetet — nystagmus horizontalist, a fejnek, nyaknak és a törzsnek sajátságos, jobbról balra és vissza történő hullámzó kilengését, mely mozgás végeredményben a test hossztengelyére vonatkoztatva kigyózó mozgásnak felel meg — a kagylóra gyakorolt már mérsékelt nyomással is ki lehet váltani. Bemutató a Hőgyes-Marikovszky-elmélet értelmében azon gyanújának ad kifejezést, hogy a bemutatott esetben a jobboldali ampulla horizontalis csontos tokja a fekélyes folyamat által megnyittatott és így a dobüregre és mellékürege ire gyakorolt nyomást közvetve az ampulláris idegvégkészülék is kénytelen elszenvedni, a minek eredménye a vertigo auralis és melléktünetei.

Gégesérülés esete.

Boros Béla: R. M., 48 éves, korcsmáros, családi perpatvarban először feleségét fejszével fejbe verte, azután öngyilkossági szándékból nyakát metszette át. Mentők hozták az osztályunkra faldokolva. A nyak jobb oldalán a pomum Adami felett egy körülbelül 10 cm. hosszú, 2 cm.-nyire táguló, élesszélű, balról jobbra kissé lefelé haladó, haránt irányú folytonosságmegszakitás, melynek alapját a laryngopharynx képezte, felső falát a nyelvcsont és a felette levő izmok s az epiglottis, alsó falát a gége és nyelőcső-bemenet. Az epiglottist a hyoglossus-izmok hátra-és felfelé húzták, a gégét pedig a gégeszegycsonti izmok előre és lefelé. Betegen a suffocatio miatt tracheotomia inferiort csináltam, utána pedig hozzáfogtam a gége összevarrásához. Az epiglottist 10%-os cocainoldatba mártott tamponnal érzéstelenitettem, azután nehány csomós varrattal az epiglottist a helyére, a gégét a nyelvcsonthoz varrtam.

A beteg a műtét után erősebb bronchitist kapott s nehány napig nyelni nem tudott, miért is nyelőcsövön keresztül tápláltam, miközben a folytonos erőlködés miatt a középső varrat átvágott. A keletkezett sipoly azonban gyorsan gyógyult. Körülbelül 10 nap előtt a beteg canule-jét parafadugóval bedugtam, s miután a beteg igy nehány napig rendesen légzett, a canule-t eltávolitottam. A beteg légzése most teljesen szabad, a laryngoskopikus kép a következő: az epiglottis a rendes helyén van, hangszalagok épek, jól működnek, a jobboldali aryporczok kissé oedemásak, az aryporczok kereszteződnek, a tracheában a mellső commissurának megfelelőleg egy sarlóalakú septum látható, mely a tracheát némileg szűkíti ugyan, de a légzést csak kevéssé befolyásolja.

Tüdősérülés műtéttel gyógyult esete.

Boros Béla: Különös gond fordítandó a penetráló mellkassérülés azon eseteire, a melyek erősebb vérzéssel járnak. Erősebb vérzést okozhatnak a mammaria int., az intercostális erek, a szív, a nagy erek és a tüdő sérülése.

A szíven és nagy ereken sérültek nagyrészt a helyszinen halva maradnak, a mammaria internából és az intercostalisokból eredő vérzéseket ezen erek lekötésével vagy tamponálásával csillapítjuk. A tüdőből eredő vérzések lehetnek parenchymásak, melyek rendszerint maguktól csillapodnak; de lehet, hogy a tüdő nagyobb vérerei sérültek; ez utóbbi esetekben is ritkán kerül a sor beavatkozásra, mert már rendszerint későn jutnak orvosi kezelés alá. Ilyen esetet ir le Omboni, Tuffier, ki több esetben a sérült tüdőrészt körülöltötte, továbbá Michaux, ki a tüdő sebét tamponálta s igy csillapitotta a vérzést. Ilyen az általam észlelt eset is.

K. I., 19 éves, péksegéd, kit egy társa czivakodás közben megszúrt f. é. május 9.-én d. u. 3 órakor. A mentők körülbelül ½ 4 óra után hozták a szt. Rókus-kórház Farkas László főorvos vezetése alatt álló II. sebészeti osztályra, eszméletlen állapotban. A beteget rögtön megvizsgáltam, s nála a következő statust találtam: a középtermetű, elég jól táplált férfibeteg arcza halvány, pulsusa 85, középtelt, szabályos, nehezen elnyomható, légzése szapora, felületes, dyspnoikus; beteg hány, székét és vizeletét maga alá bocsátja. A bal mellkasfél elődomborodóbb, a bordaközök tágabbak, elsimultak, légzési kitérései csekélyebbek, mint az ellenoldalon, kopogtatási hangja dobos; rajta a bimbóvonaltól 1 cm.-nyire kifelé az V. borda felett egy körülbelül 1½ cm.-nyi hosszú, közepén 5 mm.-nyire táguló, élesszélű, haránt irányú, továbbá a bal scapula külső szélének közepén egy körülbelül 1½ cm. hosszú hasonló jellegű folytonosságmegszakitás. Ezen sebekből kifelé vérzés nincs.

Az emlitett tünetekből belső vérzésre gyanakodtam, de tekintve a pulsus jó voltát, a beavatkozással egyelőre vártam. A beteget nyugalomba helyeztem s bőre alá 1 cm³ morphin-oldatot fecskendeztem.

Körülbelül 20 percz mulva a beteget ismét megvizsgáltam, ekkor már a pulsus felszökött 120-ra, kicsi volt és könnyen elnyomható. A bal mellkasfélben hátul a VII. bordáig menő tompulatot találtam, mely fekvő helyzetben változott.

A beteget rögtön a műtőbe vitettem, s némi desinfectio után a sebet az V. bordával párhuzamosan tágitottam, az V. bordából 10 cm.-nyi darabot resekáltam. A pleura parietalison körülbelül 2 cm.-nyi sebet találtam, melyen keresztül sötétpiros vér ömlött. Ezen nyilást tágitottam, a pleura üréből felgyülemlett vért kibocsátottam, s ekkor tisztán előttem feküdt a tüdő, melynek felső lebenyén az alsó részén egy körülbelül 2½ cm.-nyi haránt irányú folytonossághiány volt, melyből ujjnyi vastag sugárban sötétpiros vér ömlött. Tervem a tüdőseb összevarrása volt, de a beteg pulsustalanná lett az alig öt perczig tartó műtét alatt s igy siettem a műtétet befejezni. A pleura üréből a vérző sebhez három nagy tampont helyeztem, miáltal a vérzést teljesen uraltam. A beteget gyorsan bekötöttem, felmelegített ágyába vitettem és hozzáláttam excitálásához, aether-, camphor- és coffein-injectiókat, továbbá körülbelül 1½ liter physiologiai konyhasóoldatból infusiót adva bőre alá. A beteg állapota egy órával a műtét után javult, pulsusa érezhetővé vált. Másnapi hőmérsék 37·6 reggel, este 38. Pulsusa 130, kicsi, szabályos. Ismét egy liter konyhasós infusiót kap. Negyednap a tamponokat óvatosan eltávolitottam, a vérzés teljesen megszünt, a tüdő visszahúzódott. A mellűrből kevés genyes-savós váladék ürül, hőmérsék 38·5—39·5, pulsus 136. További napokban hő 37 és 38 közt volt, a pulsus 110—120 közt változott. Beteg általános erőbeli állapota gyenge. A mellűri váladék teljesen elgenyedt. Május 25.-én, midőn a beteg erőbeli állapota valamenyire megjavult, hogy a genyes váladék levezetésének jobb utat biztositsak, a IX. bordát resekáltam. A beteg állapota erre rohamosan javult, hőmérséke rendes lett, pulsus 80—90, elég telt, légzés szabadabb. Gyógyulás ezután simán folyt le, melynek folyamán a hegesedés következtében a mellkasi szervek állapota megváltozott.

A bal mellkasfél jelenállapota a következő: a mellkasfél kissé ellapult, légzésnél csak kis kitéréseket tesz; a két mellkasfél közti különbség 1 cm. A tüdő alsó határa mellül a III. borda felső széle, hátul pedig egy bordaközzel magasabb. A szivcsúcslökés az V. bordaközben a bimbóvonalon valamivel kivül, s úgy ez, mint az egész szivlüktetés jól látható és tapintható. Szivcsúcs felett egy rövid, érdes pleuropericardiális zörej hallható, mely a belégzéskor erősbödik; a pulmonalis második hangja erősen ékelt. A tüdő felett általában érdes légzés hallható, helyenként száraz szörtyzörejektől kisérve.

A sérülés következménye ezek szerint az előrement pleuritis retrachens következtében beállott zsugorodása és atelektasiája a bal felső tüdőlebenynek, mely állapot remélhetőleg még javulni fog. Beteg jelenleg jól érzi magát, meghizott, s csakis gyorsabb vagy lépcsőn való járáskor panaszkodik kisfokú nehézlégzésről.

Pityriasis rubra pilaris esete és górcsői készítménye.

Guszman József: R. S., 48 éves, földmives, 1905. szeptember 20.-án jelentkezett az egyetem bőrgyógyászati rendelésén, a honnan ápolás végett a szt. Rókus-kórház XI. fiók-osztályára (Nékám) vétetett fel. Betegségére vonatkozólag előadja, hogy az először f. é. április havában kezdődött, a mikor a fején viszkető, hámló kiütés támadt. Baja azóta állandóan fokozódott, rosszabbodott, úgy hogy néhány hét mulva már az egész testére kiterjedt. A beteg testén a következő tünetek találhatók: A beteg bőre általában vörösesen elszínesedett, helyenként lángvörös színárnyalattal. A fej hajas bőrén erős korpás hámlás látható, melytől a hajzat lisztesnek látszik. Ugyanezt az elváltozást mutatja a beszűrődött, élénkvörös arczbőr is. A hajzat kissé megfogyott. A kezek, lábak, főleg pedig a két tenyér bőre száraz, vaskosan beszűrődött, élénkvörös, rajta bőséges, helyenként psoriasisra némileg emlékeztető nagyobb lemezszerű hámpikkelyek. A pikkelyek némely részén szitaszerű tűszúrásnyi likacskák találhatók. A körmök erősen megnyúltak, vaskosak, formátlanok és homályosak. A legjellemzőbb tünetek a végtagokon s különösen a törzsön találhatók. Diffus vörösödés mellett a mellen, háton igen sűrűn elrendezett számtalan kölesnyi, gombostűfejnyi, száraz, elszarúsodott kúpszerű göböcske látható, melyek a végigsimitó kéznek reszelőszerű érzést nyujtanak. A kúpocskák csaknem mindegyike centralis szőrszálat, lanugot rejt magában, a mi a baj folliculáris jellegét bizonyitja. A medencze körül, a czombokon és felkarokon a kúpocskák oly sűrűn állanak egymás mellett, hogy számos helyen összefolynak; ugyanott a bőr vakolat- és mészszerű hámtömegekkel boritott. Jelenleg ép bőrszigetek egyedül csak az epigastrium táján találhatók. A betegnek súlyosabb általános panaszai nincsenek, csak jellemző, hogy állandóan fázékony, a mi a bőrnek nagyfokú vérbőségében leli magyarázatát. A törzs bőréből excindált kis részlet szövettani vizsgálatának legjellegzetesebb leletét a folliculusok infundibulumának mély és katlanszerűen széles tágulata képezi, mely hatalmasan kifejlődött elszarúsodott hámtömegekkel van kitöltve. E hámtömegek a vájulatból kiemelkedve, a bőr felszinén jóval túlterjednek és klinikailag a fent leirt kúpocskákat képezik.

A bántalom hovatartozására vonatkozólag a legújabb időkig igen nagy zavar uralkodott, melynek eloszlatására az utóbbi évtizedekben óriási irodalom keletkezett. A pityriasis rubra pilarisról ma már tudjuk, hogy azonos a Hebra által a mult század derekán leirt lichen (exsudativus) ruberrel, a melyet Kaposi később, szemben a lichen ruber planussal, lichen ruber acuminatusnak nevezett. A legnagyobb irodalmi viták a körül forogtak, hogy azonos betegség-e a Devergie, Besnier-féle pityriasis rubra pilaris a Hebra-féle lichen ruberrel. (Kaposi-féle lichen ruber acuminatus.) A franczia iskola és vele számos más szerző tagadásba vették az összefüggést, hivatkozva arra, hogy a Hebra lichen ruberje igen súlyos, gyakran halálos betegség, míg ellenben a pityriasis rubra pilaris bár makacs bántalom, benignus. A klinikai tünetek, a szövettani viszonyok s a pontos megfigyelés azonban kimutatták, hogy a látszólagos különbségek csakis a szélsőségek tekintetbe vételén alapultak. Esetünk is az azonosságot bizonyitja, mert tünetei minden tekin-

tetben úgy a Devergie, Besnier-féle, mint a Hebra, Kaposi-féle leirásnak megfelelnek. (Szövettani készitmények demonstratioja.)

Mohr Mihály: 1894-ben az orvosegyesületben bemutatott egy pityriasis rubra esetet, melyben a köztakaróéhoz hasonló elváltozások voltak a szemhéjak bőrén, az intermargón, a tarsalis és bulbaris kötőhártyán. A szarúhártyán fekélyek voltak ereződéssel, melyeket más okok kizárása után a pityriasis rubra pilarissal összefüggőnek kellett felvenni. Az eset addig unicum volt az irodalomban és Schmidt-Rimpler könyvében (a szembajok összefüggése más betegségekkel) is részletesen le van irva.

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

(Folytatás.)

II. ülés augusztus 28.-án d. u.

Elnök: *Báron Jónás;* jegyző: *Kain Sándor.*

1. *Alexander Béla: Fejlődési rendellenességek a kéz és láb csontvázában.* X-sugaras képek alapján. Az előadó a kéz- és lábcsontváz rendes fejlődésének rövid jelzése után áttér a kézcsontváz oly rendellenes, *kóros alapon* történő fejlődésére, a melynek következtében a phalanxoknál egyáltalában nem fejlődnek a külön csontpontból keletkező proximal epiphysisek és ép úgy elesik mind a nyolcz metacarpale distal epiphysiseinek fejlődése, *tehát a kéz hosszú csontjainak izületi részletei teljesen kiirtattak a fejlődés menetéből.* Előadó mindezen körülményeket részint lemezképekkel, részint az azokról készült rajzokkal és photographiákkal bizonyitja. A kóros alapon fejlődött rendellenes csontképződés demonstratioja után előadó áttér a kézcsontváz oly rendellenes fejlődésére, mely nem a porcz kóros volta, *hanem annak hiányos fejlődése* következtében jön létre, demonstrálja azt szintén lemezképek és kopiák által és kimutatja, hogy a csont hiányos fejlődése mellett a rendes izületből alkalmazkodási izület lesz, mig végtére a hiányos csontfejlődés mellett az izületképződés is elesik. Ezután áttér előadó a rendellenes csontfejlődés egy oly esetére, a melynél mindkét kéz hüvelykujj alapi percze és első metacarpaleja epichondralis csontosodás következtében fejlődő *proximalis és distal epiphysist mutat,* ugyanaz található mindkét láb *nagyujjalapi perczénél és az első metatarsalenál.*

Ezután előadó csonttuberculosis oly esetét demonstrálja X-sugaras képeken, a hol a kézközépujj középperczének diaphysise és distal epiphysise teljes elváltozást mutat a nélkül, hogy a prox. epiphysis megbetegedett volna, tehát a *porcz teljes gátat képez a gümőkóros elváltozás ellenében.*

Hozzászólt *Chudovszky Móricz.*

2. *Mann Jabab: A kocsánycsavarodásról.* A szegedi bábaképzőben 133 ovariotomiát végeztek és ezek között 44 esetben kocsánycsavarodást jegyeztek. Leszámítva azonban a csavarodás tekintetéből számitásba nem vehető 4 esetet, 129 ovariotomiára esik a csavarodás 44 esete, és igy a kocsánycsavarodás gyakorisága a szegedi m. kir. női klinikán 34%-ot tesz ki.

Az esetek általában súlyosak voltak: egy esetben a daganat teljes szétesése miatt a hasüreget drainezni kellett, más két esetben Mikulicz-tampon alkalmazása vált szükségessé. Haláleset kettő volt: az egyikben a halál oka vitium cordis volt, a másikban az intézeten kivül végzett punctio után fennállott peritonitis subacuta mellett — indicatio vitalisból — történt a műtétel, úgy hogy a műtéti bevatkozás rovására eső halálozás = 0.

Ez alkalommal föleg a csavarodás irányát méltatja figyelemre. A csavarodás irányára nézve O. Küstner állapitotta meg azt a szabályszerűséget, hogy a jobboldali daganat jobbra, a baloldali daganat balra forog rendszerint. Ezt az ú. n. Küstner-féle törvényt W. Thorn oda tökéletesitette, hogy a csavarodás szabály szerint kifelé történik és mindenkor magának a daganat főtömegének jobb- vagy baloldali elhelyezkedésétől függ, úgy hogy a hasüreg jobb oldalában elhelyezkedett daganat — tekintet nélkül arra, hogy a jobb vagy a bal petefészekből indul ki — szabály szerint jobbra (kifelé) forog és megforditva a hasüreg bal oldalában fekvő daganat — akár a bal, akár a jobb oldalból ered a kocsánya — rendszerint balra (kifelé) forog, illetőleg balra csavarodott kocsányt visel.

A 44 eset között Küstner törvénye csak 33 esetben, azaz 75%-ban vált be, Thorn elmélete ellenben 41 esetben, azaz 93%-ban nyert beigazolást. Ennélfogva a Thorn-féle elmélet hivei a csavarodás irányában nyilvánuló eme törvényszerűséget igazság szerint a Küstner-Thorn-féle törvény nevével jelölik meg.

3. *Fejér Gyula: Az újszülöttek veleszületett könytömlőgenyedéséről.* Hét észlelt és meggyógyitott esete kapcsán és az idevonatkozó irodalom tanulmányozása alapján észleleteit a következő pontokban foglalja össze:

1. A csecsemők könytömlőgenyedése veleszületett.
2. A betegség fejlődési rendellenesség vagy visszafejlődési hibán alapszik.
3. A betegséget a gonococcus nem okozza, tehát az újszülöttek blennorrhoeájával egy kategoriába nem tartozik, azzal összefüggésben nincs.
4. Minden esetben sondázni kell; meg lehet ugyan kisérteni a massálást, de ha az pár nap alatt eredményre nem vezet, úgy fel kell hasitani a könycsövecskét, nyitva kell tartani a felhasitott csatornát és ha nem gyógyul, úgy vastagabb sondával keli megkezdeni az eljárást.

4. *Kopits Jenő: Deformitást leplező támasztó füző nagy bordapúpú skoliotikusok számára.* (Eredeti közleményeink között egész terjedelemben hozzuk.)

5. *Porosz Mór: A húgycsőszükületről.* A szűkület tünetei között a vizeletsugár minősége, ereje nem absolut értékü. A 20-as számú sondával való áthatolás nem zárja ki a szűkületet. Diagnostizálásra legjobb a húgycsőtubus. Ez a látást megengedi és útbaigazit. Gyógyitásra legjobb a lassú, fokozatos tágitás. A belső húgycsőmetszés nem gyorsabb, nem biztosabb, nem jobb. Csakis akkor javalt, ha kellő indicatio alapján sürgősen kell útat nyitni. Hasonló mondható a külső húgycsőmetszésről is. Az elektrolysist is dicsérik, mint gyorsabb methodust. Van még más eljárás is, de ha sürgősség nem áll fenn, akkor a lassú tágitással, türelemmel, kitartással érünk leginkább czélt. A recidivák a legritkábbak. Tágitani addig kell, a meddig csak a húgycső azt megengedi. A lassú tágitás mutatja a legkevesebb recidivát. A tágitással elért eredmény megtartása végett sokáig kell a beteget ellenőrizni, még pedig fokozódó nagyobb időközökben.

Kenőanyagnak legjobb a tragacantha-glycerin vizes oldata, valami desinficiens hozzáadásával. Előadó 1/2%-nyi légenysavat ad hozzá.

6. *Widder Bertalan: Néhány tuberculoticus izületi zsugorodás kezeléséről.* Előadó az orthopaediai sebészet köréből ismerteti a gümőkóros csontokat és izületeket és behatóan tárgyalja azok különféle kezelési módját. Szól a csipő-, térd-, boka-, könyökizületi lobokról és zsugorodásokról, előadja mindegyiknek kezelési módját és hogy miképn készitik a megfelelő gypskötéseket, a testegyenesitő gépeket. Ismerteti azok különböző fajait és történetét. A tuberculosisról és annak gyökeres kezeléséről részletes ismertetést ad, valamint a jelenleg divatos izületi műtétekről is beszámol. Végül ismerteti az általános kezelésmódot.

7. *Temesváry Rezső: A konghasós infusiók használata a szülészetben és nőgyógyászatban.* A Goltz, Cohnheim és Schwartz állatkisérletein alapuló s különösen Münchmeyer és Cholmogoroff által ajánlott bőralatti infusiókat physiologiai konyhasó-oldattal különösen abortussal és szüléssel kapcsolatban (placenta praevia, időelőtt levált lepény, méhatonia, méhruptura, méhenkivüli terhesség eseteiben) fellépett nagyfokú vérzések ellen melegen ajánlja s e czélra egy általa szerkesztett palaczkban mindig készen tartott, gőzben sterilizált 0 9%-os konyhasó-oldatból 500—1000 s több cm³-t fecskendez be vagy a subclaviculáris tájék vagy a hypogastrium bőre alá. Ugyancsak ily konyhasó-oldatnak végbélklysma alakjában használatát is ajánlja s pedig kb. 250—300 cm³ adagokban 4—5-ször naponta (összesen 1200—1500 cm³-t pro die) különösen mindennemü gyermekágyi, valamint abortus műtét után fellépett fertőzési láz, továbbá a terhesek ú. n. csillapithatatlan hányása eseteiben. Eklampsiánál a venaesectioval kapcsolatosan végzendő konyhasós infusiók hasznát illetőleg függőben tartja véleményét.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomor syphiliséről tartott előadást *Lenzmann* a westfaliai orvostársaság egyik utóbbi ülésén. A gyomor lueses megbetegedése igen ritka s élőben még ritkábban ismerhető fel. Kórboncztanilag diffus lobos beszűrődés vagy körülirt gummás folyamat lehet. A gyomorgumma akár tenyérnyi nagyságot érhet el s a nyálkahártya niveaujából kissé kiemelkedő, tömött, laposdad képlet, mely a submucosából kiindulva, a mucosa, illetve serosa felé terjed s az egész gyomorfalat átburjánozza. A bujakóros beszűrődés magától is, de főkép a gyomornedv hatása alatt szétesik s lepedékes fekélyt képez.

A gyomor lueses megbetegedése klinice jól elhatárolható kórformában nem szokott jelentkezni; gyakrabban észlelhetni azonban, hogy antilueses kúra mellett megszünnek a bujakóros betegnek addigi, határozatlan gyomorpanaszai. Feltehető, hogy ily esetekben a gyomor nyálkahártyáján is volt bujakóros változás, mely a luesellenes kezelésre visszafejlődött.

Lenzmann esetei is csak ex juvatibus sorolhatók a gyomor bujakóros bántalmai közé. Mindkét betege gyomorfekélyre jellemző panaszokkal kereste fel: az ulcus-ellenes, szokásos gyógymód mindkét esetben teljesen sikertelen volt. Minthogy betegeinél késői lueses tünetek is mutatkoztak: ezek ellen antilueses kúrát kisérelt meg, mire szembetünő gyorsan javultak a gyomorpanaszok is. Ámbár a szerző eseteiben lueses alapon fejlődő fekélyesedésre gondolt, a gyomor egyszerű lueses lobos infiltratioját sem tartja kizárhatónak, mely ulcus nélkül, a vagus izgatása folytán, a gyom rfekélyt teljesen utánzó kórképhez vezethet. (Münchener med. Wochenschr. 1905. 34. szám.)

Halász Aladár.

A vesegyuladás kezeléséről szólott *Stoeltzner* a hallei orvosok egyesületében. A vesegyuladás lefolyására befolyással bir néhány észlelő tapasztalata szerint a táplálék sótartalma is. Sószegény táplálék mellett csökken a fehérjevizelés, a vizenyők felszivódnak s a gyuladásos folyamat aránylag rövid idő alatt gyógyul. A tejdiaetás kezeléssel elért gyógyeredmények ezek alapján főképen a tej csekély konyhasótartalmának volnának tulajdonithatók. Előadó 2½ éves gyermek parenchymás vesebaját kezelte sószegény diaetával s már a második napon javulást észlelt. A javulás a negyedik naptól kezdve rohamosan haladt, úgy hogy 11 nap alatt a kóros tünetek, a fehérjevizelés és a vizenyők teljesen eltüntek. Később azonban ismét fehérje jelent meg a vizeletben. Szerző a beteg állapotának javulását a sóban szegény

vegyes tápláléknak tulajdonitja. S minthogy bő fehérjetáplálék is izgathatja a veséket s az oedemákat növeli, a vesebajosok táplálására só- és fehérjeszegény, esetleg növényi táplálékot tart legalkalmasabbnak. (Medizinische Klinik, 1905. 41. sz.)

PÁLYÁZATOK.

1693/905. szb. szám.

Udvarhelyvármegyében a VIII.-ik közegészségügyi **körorvosi** állomás lemondás folytán üresedésbe jött.

Ezen körhöz Szentegyházas és Kápolnás-Oláhfalu, Lövéte és Homoród-Almás községek tartoznak Szentegyházas-Oláhfalu központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetése évi 800 korona és természetbeni lakás. A mennyiben a Homoród-fürdőn teljesitendő fürdőorvosi teendőkkel is megbizatik, azért 400 korona tiszteletdij jár.

Az orvosi rendelvények, valamint műtétek dijai is szabályozva vannak 1 koronától 10 koronáig, vagyontalan betegek díj nélkül kezelendők. Járvány kiütése vagy hivatalból tett kiküldésnél a körorvost díj nem illeti, csak természetbeni kiszolgáltatandó fuvar vagy annak ára kilométerenkint 20 fillér.

A körorvos köteles leend havonként és félévenkint a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni.

A pályázni kivánók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványukat folyó évi novemb r 10.-éig alólirott járási főszolgabiróhoz adják be.

Székely-Udvarhely, 1905. évi október 14.-én.

Demeter Lőrincz dr., főszolgabiró.

4182/905. szám.

Az újonnan alakitott **novaki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz 9 község és egy önálló puszta tartozik.

Javadalmazását képezi 2200 korona fizetés, 400 korona fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapitott dijak szedése.

A körorvos a neki beosztandó községekben a trachoma-kezelést ellátni tartozik, miért is pályázók a trachoma-tanfolyam sikeres elvégzését igazolni tartoznak.

A kör székhelyén a körorvos a halottkémlést is végezni köteles.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz 143. §-a szerint felszerelt kérvényüket hatóságomhoz folyó évi november 20.-áig okvetlenül beadják.

A választás határnapjáról jelentkezők külön fognak értesittetni.

Privigye, 1905. évi október hó 12.-én.

Fillberger Gyula dr., főszolgabiró.

1999/1905. sz.

A beéli járáshoz tartozó összes községeket magában foglaló **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot nyitok és mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivom, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1905. évi november hó 5.-ig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Javadalmazás:

1. 1000 korona évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a tenkei kir. adóhivatalnál utólagosan fizettetik.
2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy különálló rendelő szoba, udvar és konyhakertből.
3. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkúegyezmény útján megváltatik. 80 fillér beteglátogatási, 40 fillér vényirási díj.
4. Ökrös községben a levágott marhákért, ha a megválasztandó körorvos a vágatási biztosi teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapitott dijak.
5. Ökrös községtől 20 kor., Bogy községtől 4 kor. halottkémlési díj.
6. A megválasztandó körorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógyszertár engedélyezése kilátásba van helyezve.

A választás 1905. évi november hó 8.-án d. e. 10 órakor a beéli körjegyzői hivatal helyiségében fog megtartatni.

Beél, 1905. évi október hó 9.-én.

3—2 *Éder Géza*, főszolgabiró.

5424/1905.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye pomázi járásához tartozó **Nagykovácsi** községben a községi orvos a járás egy másik községében választatván meg, a **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen községi orvosi állás javadalmazása:

1. Évi fizetés havi előleges részletekben 1400 korona.
2. Lakbér havi előleges részletekben 240 korona.
3. Látogatási dijak nappal 60 fillér, éjjel 1 korona 20 fillér.
4. Halottkémlési díj 80 fillér.
5. Bizonyitványok kiállításáért 4 korona.
6. Sebészeti és műtői beavatkozások egyezség szerint.
7. Vágóbiztosi dijak szabályrendelet szerint.

A községi orvos szépen jövedelmező kézi gyógytár tartására jogosult; elődjének a nagykovácsi uradalomtól 200 korona, a budapesti kerületi betegsegélyző-pénztártól 240 korona évi tiszteletdija volt.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ának megfelelően felszerelt, eddigi alkalmaztatásukat igazoló, nyelvismeretüket feltüntető kérvényeiket hozzám f. é. **október hó 31. napjáig** annál inkább mutassák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Nagykovácsi községházánál f. é. november hó 8.-án délelőtt 10 órakor fogom megejteni.

Pomáz, 1905. évi október hó 10.-én.

Csapó Loránt dr., 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.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertozo betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél,

SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. á Na amon. brom. és 0·005 arsenet), mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Kellemes ízénél fogva felülmúl minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

Készíti és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben

valamint minden gyógytárban. Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

200 évnél több, hogy a rohitschi Styria-forrást akut és idült

Enteritis catarrhalisnál

általánosan és kiváló sikerrel rendelik.

„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.

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 díjmentesen.

Készpénzért magas áron veszszük:

Mihalkovics **Emberboncztan** 1888-iki kiadását

MAI HENRIK és FIA orvosi szakkereskedők

Budapest, IV., Muzeum-körút 31.

Többszörösen kipróbálva! **Számtalan elismerőlevél!**

„NERVINOL“ BARABÁS

Tartalmazza a Ferrum, Calcium, Bromum, Natrium glycerophosphat sóit. Rendkivül gyors felszivódó képességénél fogva a legjobban ajánlható glycerophosphat-készitmény.

Előkelő ideg- és belgyógyászok fényes eredménynyel rendelik mindennemű ideges bántalmaknál, úgymint:

neurastheniánál, hysteriánál,
ideges gyomor- és bélbajoknál,
idegességből és vérszegénységből
eredő főfájásoknál, álmatlanságnál.

Az étvágyat nagy mértékben fokozza. * Reconvalescenseknél mint erősitő. Jó sikerrel alkalmazzák tabesnél, férfigyengeségeknél.

Számtalan elismerőlevél orvosaink legjobbjaitól, melyek meggyőződés czéljából az érdeklődő orvos urak által bármikor megtekinthetők.

Adagolás módja: Naponta 3 evőkanállal egy negyed pohár vízben vagy ásványvízben; gyermekeknél kávéskanalanként.

Egy üveg ára 2.50 korona, egy nagy üveg ára 5.— korona.

445 Készíti és szétküldi:

Lipótvárosi „Szent István“ gyógyszertára

Alapitva 1803. évben. **Budapest, V., Nádor-utcza 3. szám.** *Telefon 37—87. szám.*

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

sinc et c. arseno

készitményt a **szegényvérüség, sápadtság, étvágytalanság** és **általános gyengeség eseteiben.** A készitmény **szerencsés összeállitása,** kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztositják sikeres alkalmazását. Ára **2** korona. Kapható a gyógyszertárakban.

„Jó Pásztor“ gyógyszertár, BUDAPEST, IX. ker.

PASTILLAE PYRODUOTALINI

sec. Schubert.

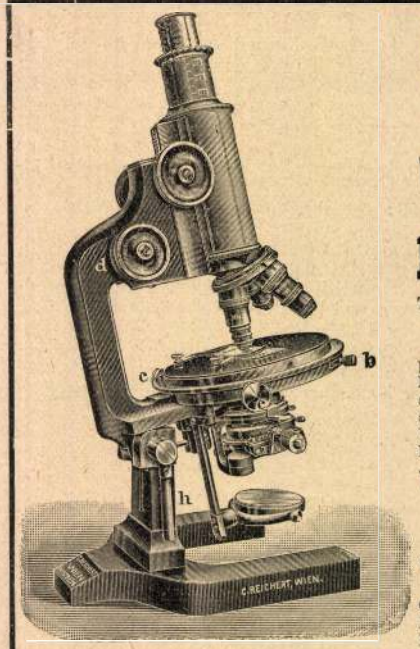
A tuberculosis gyógyitásában előkelő helyet foglal el.
Egy nagy adag 40 darab pastillát tartalmaz, ára 11.— korona.
Egy kis „ 20 „ „ „ „ 6.— „

Készíti:

Schubert Arnold „Fortuna“ gyógyszertára

Budapest, Csengery- és Dob-utcza sarkán.

= Kapható minden gyógyszertárban csakis orvosi rendelvényre! =
Irodalommal szolgálunk.



C. Reichert

WIEN,

VIII., Bennogasse 24 és 26.

Különlegesség: Első minőségü

Mikroskopok.

Tudatja a következő katalogusok megjelenését:

25. számú főárjegyzék. Mikroskopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hämometerek, Ferrometerek stb. Polarisatio-készülékek a nád- és szőlőczukor quantitativ megállapitására. Vetődési készülékek. Mikrofotografikus készülékek.

Uj fényerős fotografiai készülékek:

„Combinar“ és „Solar“.

Raktárak:

Garai Samu és társa, Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 1. **Keleti J.,** Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17.

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

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

oltóintézet

Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

Kitünő minőségü 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.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 44. szám. *Budapest, 1905. október 29.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTANÁR,
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET 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:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dalmady Zoltán: Közlemény a magy. kir. tud.-egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A vizelet katalase-tartalma, s a katalase-vizsgálatok klinikai értéke. 760. lap.

Halász Aladár: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonctani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A czukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására. 762. lap.

Steiner Pál: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre. 765. lap.

Tárcza. Róth-Schulz Vilmos: Uti jegyzetek. 767. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Oberländer* und *Kollmann:* Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Complicationen. (Ráskai Dezső.) 768. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. O. Baumgarten:* A diabetes mellitus kórtana. — *Jagic:* Izzadmányokban levő sejtes elemek vizsgálása. — *Belgyógyászat. Moser:* Köszvényes vagy csúzos eredésű izületi zsugorodások esetei. — *Winterberg:* Thymomel scillae. — *Sebészet. Haim:* Áthatoló mellkassérülések. (Steiner Pál.) — *Gorner:* A supravaginalis amputatiók utáni bélobstructiók. (Pólya.) — *Venereás bántalmak. Siebert, Guido Nigris, Mülzer, Kraus, Prautschoff, Scholtz, Soberuheim, Tomasczewski, Grouwen, Fabry, Krzysztalovicz, Siedlecki, Herxheimer:* Ujabb adatok a Schaudinn-féle spirochaeta pallida ismeretéhez. (Guszman.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Brönnum:* Gonococcusokat tartalmazó váladékok festése. — *Cannaday:* Typhus esete. 768—771. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kitüntetés. — Kinevezés. — Választás. — Gáger Károly. — Gyermekgondozónői szaktanfolyam. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — Virchow-emlékszobor. — Házassági engedély orvosi bizonyitvány alapján. — Goutte-de-lait-congressus. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Markusovszky-féle jubilaris előadások. — Magyar Tudományos Akademia. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

Melléklet. Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, „Gujasanol" czimü prospectusa. — F. Hoffmann-La Roche & Cie., Basel és Grenzach czég „Digalen" czimü prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

A vizelet katalase-tartalma, s a katalase-vizsgálatok klinikai értéke.

Irta: *Dalmady Zoltán* dr. v. klin. gyakornok tátrafüredi fürdőorvos.

Katalase név alatt a hydrogensuperoxydot inert, molekularis oxygenképződéssel bontó fermentumot értünk. Megtalálható minden sejtben, rendes kisérője a többi fermentumoknak, melyektől alig választható el. Az a körülmény, hogy kivétel nélkül minden élő sejtben megtalálható, azt látszik bizonyitani, hogy jelenléte és müködése az életre nélkülözhetlen.

Szerepét és jelentőségét eddig nem ismerjük. Legelterjedtebb s leginkább elfogadható az a felfogás, mely szerint a katalase a szervezetben történő oxydatiók mellett okvetlenül keletkező hydrogensuperoxydot volna hivatva egyrészt ártalmatlanná tenni, másrészt energiáját megmenteni. A H_2O_2 bizonyos töménységben már károsan hat a protoplasmára, talán az oxydatiós folyamatok chemiai egyensúlyának megzavarásával.

A katalase definitiojának fontos része annak hangsúlyozása, hogy a H_2O_2-ből *inert* oxygent hasít le. Ezáltal szembe állítjuk az oxydáló fermentumok egy másik csoportjával, mely a H_2O_2 oxygenjét aktiválja.

Ezek a fermentumok a peroxydasek. A legtöbb szerző élesen ellentétbe helyezi őket a katalaseval, mások úgy látszik a katalase névvel a H_2O_2-re ható fermentumok összeségét értik. A peroxydasek többfélék. *Bach* és *Chodat*, valamint mások is, legalább kétfélét kivánnak megkülönböztetni, olyat, a mely a H_2O_2-re hat, s olyat, a mely a többi, mondjuk substituált hydroperoxydokra hat. Ez utóbbiak igen nagy jelentőségüek, mert ezek révén lesz az élő test antoxydabilis anyagainak lehasitható oxygenje aktivvá. Ezeknek keveréke bizonyos autoxydabilis anyagokkal, (oxygenase *Bach* és *Chodat*, oxydase, superoxydase *Engler* és *Weissberg*) adja a régebbi felfogás oxydaseját, vagyis a molekularis oxygent aktiváló fermentumot.

A katalase és a hydrogensuperoxydra ható peroxydase nézetem szerint a gyakorlatban nem különíthető el egymástól tökéletesen. *Senter* valamint *Bach* és *Chodat* inkább hypothetikus, mint kisérleti alapon állva megkisértik e két fermentum egymás melletti müködését megvilágítani. *Senter* szerint a H_2O_2 kétféle bomlása a reaktiosebességek arányában történik; *Bach* és *Chodat* szerint a katalase a H_2O_2-nek csak azon részét bontja, melyet a peroxydase meghagyott.

Oly készitményt, mely a H_2O_2-t akkor is inert O_2-képződéssel bontotta volna, mikor oxydabilis anyag is volt jelen, eddig tudtommal nem állitottak elő. *Senter* haemaseja nem adta ugyan a terpentin-guajak próbát, de ez csak bizonyos peroxydase-fajok hiányát jelzi, s nem a hydrogensuperoxyd-peroxydase-ét. Ép úgy hypothetikus olyan készitmény is, mely a hydrogensuperoxydra csak oxydabilis anyagok jelenlétében tudna hatni, mint oxygen aktiváló, de hatástalan volna mint a szó szoros értelmében vett katalase.

Kisérletileg azt tapasztaljuk, mint azt *Liebermann* is kiemeli, hogy katalasetartalmú anyaghoz H_2O_2-t és oxydabilis anyagot adva, az O_2-fejlődés helyett vagy mellett az oxydabilis anyag oxydatioját látjuk megtörténni. Tehát oxydáló hatást is kapunk. Természetesen sok függ az oxydabilis anyag minőségétől és mennyiségétől. Az indophenol synthesis oxydasejával foglalkozva, nem egyszer láttam, hogy H_2O_2 hozzátételére az O_2-fejlődés megindult már akkor, midőn még lett volna oxydálni való jelen. Egymás mellett folyt tehát az oxydálás és inert O_2-képzés.

Arra, hogy a vizsgált oxydáló fermentumtartalmú anyagnak katalase, vagy hydrogensuperoxyd-peroxydase jelenségei lépjenek-e előtérbe, mondhatni pusztán az oxydabilis anyag jelenlétének vagy hiányának, vagy mennyiségének és minőségének van befolyása.

Akár atomistikusnak, akár superoxydszerüen kapcsolódó atompárnak tekintjük is az activ oxygent, el kell ismernünk, hogy a hol oxygen keletkezik. ott aktiv oxygenhatások jöhetnek létre. Akár colloidalis fém, akár bizonyos sók (pl. $Pt\,Cl_4$, $Fe_2\,Cl_6$, $Fe\,Cy_6\,K_4$) akár platinszivacs, akár villamosáram, akár hő idézze elő a $H_2\,O_2$ bomlását, oxydabilis anyagok jelenlétében peroxydasera emlékeztető hatást kapunk, ellenkező esetben katalase-hatást.

Nem képzelhető el, hogy valamely fermentum a $H_2\,O_2$-t bontsa, a nélkül, hogy adott körülmények között activ oxydatiókat ne hozzon létre.

Ez máskép nem is képzelhető. Liebermann pontos kisérletekkel csaknem kétségtelenné tette, hogy a katalase adott esetekben fejthet ki oxydáló hatást, bár nem activ oxygen útján.

A gyakorlatban, a hol csak a végzett oxydatio eredményét mérjük, nagyon bajos megállapitani, hogy mily része volt a folyamatban az activ oxygennek, s mennyi a többi oxydatio.

A klinikai gyakorlat szempontjából tehát a hydrogensuperoxydperoxydase és katalase hatása teljes élességgel egymástól el nem különíthető.

Ebből a klinikai vizsgálatok értékének megállapítására már fontos következtetések vonhatók.

Mindenekelőtt az, hogy ily labilis értékü alappal biró, az elméleti tudományokban sem kidolgozott fogalmak klinikai alkalmazása rendkivül bajos. Annak kimutatása, hogy az egyik beteg bizonyos szerve vagy váladéka több $H_2\,O_2$-t bont ugyanazon kisérleti körülmények között, mint a másik betegé, adhat ugyan relativ értékü s esetleg diagnostikailag igen becses adatokat, de legalább egyelőre nem fog az oxydatiós folyamatok rendszerének bonyolult élettani és kórtani működésére világot vetni.

Még ha azt tételezzük is fel, hogy ugyanazon fermentum, mely a $H_2\,O_2$-t oxydálható anyagok hijján inert O_2-képződéssel bontja, oxydabilis anyagok jelenlétében úgynevezett peroxydasehatásokat fog létrehozni, még akkor sem fogadhatjuk el *Jolles*-nak ezen állitását, hogy: „Die Abspaltung von Sauerstoff aus dem Oxyhämoglobin ist in gewisser Beziehung analog jener aus dem Wasserstoffsuperoxyd, und *die Intensität des Oxydationsvorganges im Organismus wird von der Menge der vorhandenen Katalase abhängen*“ s később: „es ist eine ziemlich wahrscheinliche Annahme, dass die Katalasen die Abspaltung des Sauerstoffes aus dem Oxyhämoglobin, die Oxydasen eine Übertragung desselben auf die Gewebe bewirken“.

Először is nincs semmi alapunk annak felvételére, hogy a katalase az O Hb-re hatna. Tudjuk, hogy a katalase csakis $H_2\,O_2$-re hat, substituált termékekre nem; miért vennök fel, hogy ép az O Hb. kivétel volna. Ha az OHb. O-jének lehasítása és activálása tényleg fermentumhatás volna, akkor is inkább egy *typikus* peroxydasenak szereplését kellene felvennünk s nem katalase működését.

Egyáltalán nincs szükségünk fermentum szereplésének felvételére, mikor az OHb. O-jének lehasítását magyarázni akarjuk. Az O_2 itt oly lazán van kötve, mint az egyszerüen elnyelt O s lehasítására elég bármily autoxydabilis test. Ilyen pedig úgy a vérben, mint minden szövetben elég van.

Egyáltalán nem valószinü, hogy a vérsejtekben levő fermentum okozza az O_2 lehasadását. Tudjuk, hogy nem az OHb. adja oda az oxygent, hanem a szervek veszik el tőle. Ha az O_2-lehasadás tisztán a vér saját katalasejától függene, érthetetlen volna, miért vész el a magában álló vérből lassabban az oxygen, mint mikor valamely szervrészletet is dobunk belé. Vagy, hogy miért tudja a működő szerv tökéletesebben elvonni a vér oxygenjét, mint a pihenő stb.

A vér hydrogensuperoxydbontó képességének megállapításával nyert eredmény a Hb. oxygenleadó képességére semmiféle világot nem vet.

A szervezet katalytikus oxydatiós folyamataiban a katalasenak nem jut oly dominálo szerep, mint azt *Jolles* hiszi. Az autoxydabilis testek monoxydokká alakulva a secundaer peroxydképzések s ezek révén az oxydatiók, polymerizálások és más vegyi folyamatok egész sorát inditják meg. A képződött peroxydokra a typikus peroxydasek több faja hat, s végzi a nehéz oxydatiók legnagyobb részét. A katalase csak a keletkezett hydrogensuperoxydot bontja, oxydabilis anyagok jelenlétében oxydatiót is végezve, ezek hijján, vagy a chemiai rendszer bizonyos alakulásakor inert, molekularis, gázalakú O_2-képzéssel. Ezt a molekularis O_2-t is megkötik az autoxydabilis testek.

Az egész szervezet minden sejtje tartalmaz oxydasekat. Minden sejt önállóan végzi el a feladatát képező és saját fenntartásához szükséges chemiai folyamatokat, s ezeknél ha kell, használja saját oxydáló fermentumait, de nem a vérét. Igy magyarázható az a nagy különbség is, mely az egyes szervek katalasetartalmában észlelhető.

A vérkatalase relativ mennyiségének megállapításával tehát a fermentativ oxydatiós rendszernek csak igen kicsiny részéről vettünk tudomást, úgy hogy adataink egyáltalán nem jelezhetik az egész szervezet oxydatiós folyamatainak intensitását.

S ha végül figyelembe veszszük, hogy a vizsgálat pontosságához kétség fér, hogy a fermentumok quantitativ vizsgálata eddig mindenkor labilis eredményeket adott, úgy hogy maga *Bach* is „reményre nem jogositók“-nak mondja e törekvéseket, beláthatjuk, hogy a biologiai chemiának ez a fejezete klinikai alkalmazásra még nem érett meg.

Hiszen még azt sem tudjuk megmondani, hogy a fermentum volt-e kevés, vagy hatása volt akadályozott.

A vér katalase tartalmának quantitativ meghatározásától e szerint sok gyakorlati eredményt nem várhatunk, bár adatai, mint a vért jellemző dolgok nem értéktelenek, s esetleg diagnostikai, sőt therapeutikai eredményekre is vezethetnek.

Nézetem szerint sokkal értékesebb, — de természetesen mindig relativ, s nem kétségtelen értékü — adatokat eredményezne a vér oxydáló fermentumainak több oldalú vizsgálása. Igy az oxydáló hatás mérése pyrogallolra, gallussavra, vanillinre vagy bármi más alkalmas anyagra, 1. tisztán, 2. valami „ozonvivő“ (terpentinolaj), 3. hydrogensuperoxyd jelenlétében. Mindenkor megállapítva az összes mérhető részeket, s figyelembe véve a katalaseértékeket is, nemcsak összehasonlításra jól használható, bár lényegükben nem egészen értett adatokat kapnánk, hanem mélyebb bepillantást vethetnénk magukba az oxydatiós folyamatokba is. Hogy különböző betegségeknél igenis értékes adatokat kapnánk, mutatja az a már ma is ismert adat, hogy a leukaemiás vér önmagában is intensive kékíti a guajactincturát, míg normalis vér csak gyenge hatású, s csak terpentinolaj (superoxyd) hozzátételével képes a szóban forgó oxydatio elvégzésére.

A vér mindig katalytikus, még pedig igen nagy mértékben, úgy hogy felmerült az eszme, nem lehetne-e épen katalytikus képességét jelenlétének kimutatására felhasználni. A *Schilling* ajánlotta eljárás szerint körülbelül 10 cm^3 vizsgált folyadékhoz 2—3 csepp 20% $H_2\,O_2$-t adunk. Ha egyenletes finom gyöngyökből álló szintelen fehér habréteg képződik, úgy ez vérnek a jele. A próba egyszerü, gyors; alkalmazható volna vizelet, gyomornedv, bélsár, exsudatumok stb. vértartalmának kimutatására. Az eljárás alapját *Vandevelde* és *Leboucq* vizsgálatai látszanak megadni, a kik szerint a vizelet, geny, köpet stb. katalyzáló képessége mindenkor vörösvérsejt-tartalomtól ered.

Ha ez való, úgy a katalase-próba csakugyan igen érzékeny s megbizható eljárás. Ha meggondoljuk, hogy *Jolles* adataiból kiszámítva, már 1.000,000 vérsejt 3 cm^3 gázt fejleszt a $H_2\,O_2$-ból, oly mennyiséget tehát, melynek kimutatása könnyü, beláthatjuk, hogy a próba minden eddig ismertnél érzékenyebb.

Teljes bizonyossággal tudjuk azonban, hogy a $H_2\,O_2$-bontó képesség nem csupán a vérsejteknek sajátja, hanem szervezetünknek minden sejtje, sőt mondhatni, a legáltalánosabb értelemben minden sejt katalytikus képességü.

Vandevelde és *Leboucq* állitásának bizonyítása különben is igen nehézkes. Dolgozatuk referatumában — az eredeti csak hollandusul jelent meg — methodikájuk nincs megemlítve. A katalasereactio érzékenyebb, mint a guajac-terpentin-próba, az

utóbbi tehát nem ellenőrizheti az előbbit, mint azt a szerzők maguk is megemlítik. Az, hogy vörösvérsejteket is találtak mikroskop alatt a vizsgált folyadékokban, sőt hogy ezek mennyisége arányban is állott a reactio erősségével, még nem bizonyítja, hogy csakugyan a vörösvérsejtek a katalase kizárólagos hordozói. Mikroskop alatt nem lehet kimutatni, hogy a gázképződés a vörösvérsejt közelében indul meg. Köpettel, genynyel és vizeletüledékkel végzett kisérleteim alkalmával mindig azt észleltem, hogy a fedőlemez alá beszivárgó H_2O_2 bontásából származó buborék robbanásszerűen, pillanat alatt keletkezik, úgy hogy kiindulási helyét, ha még oly elszórtan állottak is a sejtek, nem lehet megállapítani. Annál kevésbé, mert a buborék keletkezése a folyadékban áramlást, mozgást idéz elő.

Mindezek alapján nem tekinthetem bebizonyítottnak *Vandevelde* és *Lebocq*, valamint *Schilling* állítását, s épen a fent említett okoknál fogva szükségesnek láttam a vizelet katalyzáló képességének vizsgálását, különös tekintettel vértartalmára.

A vizelet H_2O_2 bontó képességének vizsgálására már történt nehány kisérlet.

Carrière szerint a normalis vizelet nem katalyzál. H_2O_2 bontó képességet talált morb. Brightii, pneumonia és tbc. incip. eseteiben. *Pozzi-Escot* szerint — ki a katalasét redukáló enzymnek tartotta — a vizelet katalyzáló képessége annak a jele, hogy a vesék fermentumokat bocsátanak át.

Saját kisérleteimben tisztán a qualitativ meghatározásra szorítkoztam. Pusztán annak eldöntésére, van-e az adott esetben katalysis vagy nincs. Ennnek legprimitivebb jele, mely egyúttal a legérzékenyebb is, a gyöngyözés és esetleg habképződés megfigyelése.

Eljárásom abból állott, hogy 10 cm³ vizelethez kémcsőben 2 cm³ 3% (esetleg 10—30%) H_2O_2-t (Merck) adtam s megfigyeltem a hatást.

Vizsgálataim 100-nál több különféle vizeletre terjedtek ki, melyek közt normalis, ép egészséges ember vizeletén kivül a következő betegségekben szenvedők vizelete került vizsgálat alá. Vitium cordis (compens. és incomp.); Nephritis parench. acuta et chronica; Nephritis interstit; N. gravidarum; Pyelonephritis; Cystitis; Tbc. pulm., Peritonitis tbc., Exsud. pleurit., Emphysema, Aneurysma aortae, Chorea, Scleros. later. amyotroph. Tabes, Syringomyelia, Hemiplegia, Myelitis, Dystr. musc. progress. (Albuminuria orthostatica), Paralysis nervi radialis, Hysteria, Sclerosis polyinsul., Paralysis agitans, Ulc. ventric., Abscess. hepatis, Gastritis chron; Cholelithiasis, Tumor retroperitonealis, Leukaemia, Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, Polyarthr. rheumat. acuta et chronica, Morb. mac. Werlhoffii. Arteriosclerosis, Otitis media; Mastoiditis; Hepatitis interstitialis; Pleuritis sicca; Malaria.

A szedett orvosságot, táplálkozást, a nőknél a menstruatiót figyelembe vettem.

Már az első kisérletek meggyőztek, hogy a dolog nem oly egyszerű, s oly könnyü diagnostikai eljárás, mint a minőnek *Vandevelde* és *Lebocq*, vagy *Schilling* jelzik.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

A czukorbetegségnél található pankreas-elváltozásokról, tekintettel a baj aetiologiájára és klinikai lefolyására.

Irta: *Halász Aladár* dr.

(Folytatás.)

Ujabban *Gutmann*[6] ismét 14 diabeteses, jobbadán idős egyénektől származó hasnyálmirigyet vizsgált meg. Két esetében teljesen normalis volt a hasnyálmirigy. Szigetek megbetegedését négy esetben észlelte, a szigetek hyalinos elfajulását két alkalommal látta. Egyik esetében a hyalinosan elfajult szigetekben mészlerakodást észlelt.

A sziget egyszerű sorvadásának, hol a sejtek plasmaszegények s a magvak közel állanak egymáshoz, sötétre festődnek, nem tulajdonít jelentőséget, mert szerinte ez diabetesben nem szenvedő egyének hasnyálmirigyében is látható.

Gutmann ez utóbbi észleletét illetőleg saját vizsgálataink alapján a következőket mondhatjuk: igaz, hogy nem czukorbeteg egyén hasnyálmirigyében is láthatni helylyel-közzel egy-egy plasmaszegény és zsugorodott magvú sejtekből álló szigetet, ez azonban épen nem gyakori, hanem kivételes dolog s véleményünk szerint *a normalis viszonyok között is pusztuló s pótlódó szigeteknek felel meg.*

Egy 19 éves leánynál, hevenyen lefolyó diabetes esetében, a szigetek körül, néhol a szigetekben is gömbsejtes beszürődést észlelt.

Gutmann diabetes mellett többször oly esetekben is épeknek találta a szigeteket, melyekben a parenchyma sorvadt vagy kötőszövetesen elkérgesedett volt. Elismeri ugyan, hogy a szigetek több esetben szembetünő változást mutattak, ily esetekben azonban a mirigyparenchyma is beteg volt; kizárólagos szigetmegbetegedést sohasem látott.

A szigetelváltozásokat sem tartja diabetesre eléggé jellemzőnek, mert úgy ő, mint Steinhaus máj-zsugorodás mellett, a nélkül, hogy az illető valaha diabetesben szenvedett volna, a szigetek kötőszövetes sclerosisát észlelte.

Egy perniciosus anaemiában elhunyt 37 éves egyén hasnyálmirigyében a Langerhans-féle sejthalmazokra emlékeztető akár 500 μ átmérőjü, a környezettől élesen el nem határolt, oszlopos elrendeződésü sejtekből álló képleteket talált, melyeket szigetekké alakult mirigyparenchymának tekint. Egy más esetében hyalinos elfajulást mutató Langerhans-féle szigetek mellett a parenchymában élesen el nem határolt, a szomszédos mirigyszövetnél hol halványabban, hol sötétebben festődő s ugyancsak a szigetekre emlékeztető részleteket látott, melyek sorokba és kötegekbe rendeződő köbalakú sejtekből állottak.

A szigetek ezen látszólagos újdonképződése szerinte szintén a képződmények önálló és az elválasztó szövettől független volta *ellen* bizonyít.

A Langerhans-féle szigetek adenomáját irja le *Ssobolew*.[7] Egy állítólag heveny lefolyású diabetesben elhunyt 55 éves nő kissé sorvadt és sclerotikus hasnyálmirigyében már puszta szemmel való vizsgálatnál kendermagnyi, világosan festődő részleteket talált, melyek górcsövi vizsgálatnál minden átmérő irányában megnagyobbodott Langerhans-féle szigeteknek bizonyultak. E sejthalmazok magas, hengeres sejtekből állottak, melyeknek chromatindús, centralis elrendeződésü magvai a környező elválasztó sejtekéinél jóval nagyobbak voltak. Egyebütt a szigeteket sorvadtaknak találta s a capillarisok falai hyalinos elfajulást mutattak. A szigetek ezen adenomás elfajulását diabetesnél a jelenlevő szigetsorvadást ellensúlyozó folyamatnak tekinti.

Herxheimer[8] négy alkalommal diabetikusok sorvadt hasnyálmirigyében *helyenként* igen sok ép szigetet talált, mit olykép magyaráz, hogy a mirigy parenchymájának sorvadását követő másodlagos kötőszöveti szaporodás mellett egy-egy kivezető cső elzáródik s a hozzátartozó acinusok tönkremennek, míg a szigetek épek maradnak.

E szerző újabban diabetes két esetében ismét hyalinos elfajulását észlelte a Langerhans-féle szigeteknek. A hyalin nem a hajszálerek elfajulásából, hanem az apró, ezeket körülvevő kötőszövet degeneratiójából származott s a szerző a folyamatot a vese glomerulusain észlelhető hyalinos elfajulással analognak tartja.

Ujabban *Sauerbeck*[8] a hasnyálmirigy kivezető csövének alákötésére vonatkozó Ssobolew-féle kisérleteket megismételte s szemben Hansemannal és Minkowskival, kik Ssobolew vizsgálatait kétes értékűnek tartották, az említett buvárével teljesen egyező eredményre jutott. Kisérletei tehát szintén a Langerhans-féle szigetek specialis functioja mellett szólanak. A szerző a sziget-theoria felvételével a pankreas-diabetes kérdését végérvényesen megoldottnak tekinti.

Ezzel szemben *Hansemann*[9] az általa megvizsgált 71 diabetes-esetből merített tapasztalatai alapján a sziget-theoriát a diabetes magyarázatára kielégítőnek nem tartja. Egyfelől aránylag csekély számú esetben kapott szigetelváltozásokat, másfelől a szigetek szerinte nem oly állandó s változatlan jellegü képződmények, mint pl. a vese glomerulusai. A szigetek szerinte mód felett

könnyen változnak s bármely pillanatban (?) képződhetnek a parenchymából.

A szigetekben észlelhető kóros elváltozásokat egyes esetekben az egész mirigy megbetegedésének részjelenségekép fogja fel: egyébként sem látott oly esetet, melyben kizárólag csak a szigetek szenvedtek volna változást.

Egy véleményen vannak vele Marchand és M. B. Schmidt.

Legutóbb *Karakascheff*[10] ismertetett 11 diabetes-esetet, melyek mindegyikében többé-kevésbé kifejezett arteriosclerosis mellett parenchymás elfajulás és kötőszövetszaporodás volt észlelhető. A Langerhans-féle szigetek valamennyi esetében épek voltak, helyenként azonban kóros elváltozást mutattak. Többször szembetünő, nagy, akár 1·2 cm.-nyi, de egyébként ép szigeteket talált. Számos esetben észlelte, hogy a szigetek apróbb sejtcsoportokra oszlanak s végeredményben mirigyacinusokká alakulnak át.

A sziget peripheriáján fekvő sejtkötegek megduzzadnak, a sejtek hengeresekké válnak, bennük zymogenszemcsék jelennek meg, majd sugarasan jól látható *lumen körül* rendeződnek el. A szigeteknek ily módon *mirigyacinusokká való átalakulását* a szerző nem diabetikus egyénektől származó hasnyálmirigyben is észlelte.

A szigetek kóros elváltozása szerinte a diabetessel oki összefüggésbe nem hozható s inkább a mirigy parenchymájának megbetegedése váltja ki a diabetest. A szigetek számának csökkenését Karakascheff is észlelte, de ezt annak tulajdonítja, hogy a szigetek *acinusokká* alakultak át. A szigetbeli elváltozások szerinte a parenchyma megbetegedésének csak részjelenségei.

Oly esetekben, mikor a hasnyálmirigy szövettanilag ép volt, nézete szerint müködésbeli zavar okozhatta a diabetest.

Ha a mirigyszövet valamely kórfolyamat következtében tönkre megy, szerinte a Langerhans-féle szigetekből új parenchyma képződik, miért is a diabetes azon esetekben, melyekben a kórfolyamat csak a parenchymát éri s a szigetek aránylag épek maradnak, kimaradhat. Szerinte a Langerhans-féle szigetek nem definitiv képletek, hanem a mirigyacinusok elöstadiumai, vagy ha úgy tetszik, *tartalék, melyből szükség esetén mirigyszövet képződik*. Nagy hibája a dolgozatnak, hogy mások vizsgálatait kellőkép nem méltányolja; a mit nem látott, mint pl. a sziget hyalinos elfajulását s a ductus pankreaticus lekötése után a parenchyma sorvadását, azt egyszerüen kétségbe vonja.

* * *

Saját vizsgálataim ismertetésére térve, azt óhajtom előrebocsátani, hogy diabetes-eseteimben a hasnyálmirigyen kivül csaknem minden szervet, igy a májat, vékonybelet, vesét, mellékvesét, heréket, pajzsmirigyet, hypophysist, nyálmirigyeket, tüdőt és a lépet is megvizsgáltam. Hol e vizsgálatokra külön nem hivatkozom, ott mindeme szervek épek voltak.

A hasnyálmirigy feldolgozási módjára vonatkozólag s technikámat illetőleg az első dolgozatomban mondottakra utalok.

Azon számos (közel 50) eset közül, melyekben nem diabetikusnak egyszer épnek látszó, másszor már puszta szemmel való vizsgálatnál is kórosnak mutatkozó hasnyálmirigyét megvizsgáltam, csak néhányról óhajtok külön beszámolni.

Több esetben — köztük 3 cirrhosisos egyén hasnyálmirigyében —, hol nagyfokú pangás volt az élő hasüri szervekben, a hasnyálmirigyet kisebb fokban kötőszövetesen induráltnak találtam, mig a szigetek *épek* voltak s csak egy esetben, egy szívbajostól származó pankreasban, kaptam a parenchymában és a Langerhans-féle szigetekben is kiterjedt vérzést.

Sarkoma pankreatis egy esetében, melyet más alkalommal* részletesen ismertettem, a sarkomásan elfajult területben is találtam aránylag még ép szigeteket.

Egy 83 éves egyén hasnyálmirigyében szigeteket nagyszámban kaptam ugyan, de azok jó része feltünő kicsiny, alig 90 × 100 μ-nyi volt. Az apró szigetek egynémelyike csekély számú sejtkötegből áll, sejtjei plasmaszegények, a sejtmagok pedig szabálytalan alakúak, sötétre festődnek, zsugorodottak. Néhol a magvak feldarabolódása — karyolysis — is észlelhető. A hasnyálmirigy parenchymája egyébként mérsékelten sorvadt s itt-ott laza zsírszövettől átszött. Az ereken sokhelyt súlyos arteriosclerosis látható. Glycosuria ez esetben nem volt.

Említésre érdemesnek tartottuk ezen esetet, ámbár részünkről itt-ott a szigeteken észlelhető változásnak nagyobb jelentőséget nem tulajdonítunk s azt a magas korral és az arteriosclerosissal együttjáró aggkóros sorvadás részjelenségekép fogjuk fel.*

Diabetes-eseteimnek** részletes leirását az alantiakban adom:

XVI. R. M., 45 éves, római kath., gyári munkás Budapestről.

Klinikai diagnosis: Diabetes mellitus. Tuberculosis pulmonum.

1902. januárjában vette észre, hogy nagyon szomjazik és sokat vizel. Szomjúsága később mindinkább fokozódott, úgy hogy naponta 10—12 liter vizet is megivott. Étvágya betegsége alatt nem növekedett, sőt inkább csökkent. Nyelve, torka hamar kiszárad s e miatt a beszéd is nehezére esik. Utóbbi időben igen lesoványodott s elgyengült. Látása nagyon megromlott.

Öröklött terheltség a betegnél ki nem mutatható. Mérsékelt potust bevall.

Baja diaetával nem volt befolyásolható; elvonásra ugyanis coma tünetei jelentkeztek, melyek azonban szénhydratokban dús táplálék mellett ismét visszafejlődtek.

A vizelet napi mennyisége 4400—6000, czukortartalma 1·5—5·2% között ingadozik, s benne csaknem állandóan — főkép, ha a beteg diaetán van — aceton és diacetsav mutatható ki. Neuralgiás fájdalmakról gyakran panaszkodik.

A diaeta mellett hasnyálmirigy-készitményekkel (Pankreatin) is tesznek nála kisérletet, a nélkül azonban, hogy a czukorvesztés csökkent volna.

1904. február 15.-én láz kiséretében csúcshurut tünetei léptek fel nála, melyek mind kifejezettebbek lettek s később már az egész kórképet uralták.

1904. márczius 26.-án egy köhögési roham alatt meghalt a beteg. A bonczolati jegyzőkönyv adataiból a következőket idézem:

A pajzsmirigy sorvadt, súlya 21 gm. A lép majdnem kétszer akkora, állománya tömött. A két vese együttes súlya 400 gm. A máj a rendesnél kisebb, súlya 1480 gm.

A hasnyálmirigy szembetünően sorvadt, környezetével szálagosan összekapaszkodott. Hossza 12·5 cm., legnagyobb szélessége 2·2 cm., legnagyobb vastagsága 1·1 cm. Súlya 19 gm. Főkép farki részlete sorvadt, mely alig 3 cm. hosszú s csak 1 cm. vastag és ugyanolyan széles.

Állománya általában petyhüdt, de benne tömöttebb és szívósabb részletek tapinthatók. Lebenykéi kicsinyek, sorvadtak, halvány szürkés-fehérek. A lebenykéket egymástól megszaporodott, laza, szürkés-fehéres kötőszövet választja el. A hasnyálmirigy vezetéke szabadon átjárható.

Bonczolati diagnosis: Tuberculosis extensa pulmonum caseosa ulcerosaque cum cavernis praecipue in lobo superiore sin. magnit. ovi gallinacei. Diabetes mellitus in sequelam atrophiae maximi gradus pancreatis. (A hasnyálmirigy súlya 19 gm.) Hyperplasia lienis. Endoarteritis def. in vestigiis.

Szövettani lelet: A hasnyálmirigy fejéből, testéből és farkából származó metszeteken a mirigylebenykék néhol épek, túlnyomó részük azonban kisebb-nagyobb mértékben sorvadt. A mirigycsövecskék sejtjei általában plasmaszegények, magvaik a rendesnél sokszor kisebbek, szabálytalan hosszúkás alakúak, sötétre festődnek. Helyenként a mirigyacinusok alig ismerhetők fel s a sötétre festődő plasmaszegény magvak szabálytalan csoportokat alkotnak.

* Orvosi Hetilap, 1904. 39. és 40. szám.

* 1902 óta alkalmam volt ismét egy *pankreas accessorium duodeni*-esetet is vizsgálni. A járulékos hasnyálmirigy főttbab nagyságú. Górcső alatt a bélfal submucosájába ágyazott mirigy lebenykéi a normalis hasnyálmirigyéivel egyező nagyságúak és szerkezetűek voltak. A lebenykéket egymástól elválasztó rostos kötőszövet vékony nyalábokat alkot s a lebenykékbe nyomuló részleten a rendesnél erősebben fejlettek. A metszeteken helyenként kivezetőcső részletek is láthatók, *szigeteket azonban ez esetben nem találtam*. Igy tehát érthető a szerzők ellentétes nézete: egyik járulékos hasnyálmirigyben ugyanis látható sziget (v. ö. első dolgozatomban mondottakat), a másikban nem.

** Az esetek számozása *folytatólagos*: az I—XV. számú diabetes-esetek ismertetését l.: „Adatok a hasnyálmirigy kórszövettani elváltozásainak ismeretéhez pankreas-diabetesnél" czimű dolgozatomban (Orvosi Hetilap, 1903.)

Szórványosan egy-egy mirigylebenykének megfelelőleg kisebb-nagyobb, magfestést csak itt-ott mutató, halványan festődő terület látszik, melyen a sejthatárok fel nem ismerhetők, elmosódottak. A hasnyálmirigy felületes részleteiből származó metszeteken a mirigyes elemeket sok helyütt laza, zsírban dús kötőszövet pótolja.

A mirigylebenykék között levő kötőszövet csaknem mindenütt nagy mértékben, legszembetünőbben azonban a hasnyálmirigy farki részletében megszaporodott, durva rostozatú, foltonként hyalinos egynemü s magszegény. Benne néhol mononuclearis typusú kisebb gömbsejthalmazok is láthatók, máshol a kötőszövet úgy a van Gieson, mint a haematoxylin-eosinos eljárással alig festődik, csaknem teljesen egynemü, magvak benne egyáltalán nem láthatók, rostozat rajta csak erős nagyítás mellett ismerhető fel. A megszaporodott interlobularis kötőszövetben egy-egy sorvadt mirigycsövecske, számos hossz- és harántirányban metszett ideg, nehány kisebb-nagyobb épfalú vérér s ép hámbélésü kivezető csőrészlet látható.

Az intralobularis kötőszövet is megszaporodott s vaskos gerendázatot alkot, melyben egynemü, magszegény, és rostos, magvakban dús részletek váltakoznak egymással.

A lebenykék kötőszövetének finomabb hálózata sok helyütt, különösen a hasnyálmirigy farkából származó metszeteken az egyes mirigycsövecskék között is jól felismerhető.

A Langerhans-féle szigetek száma a hasnyálmirigy fejéből és testéből származó metszeteken, mint az alábbi táblázatból is látható, a rendesnél jóval kevesebb, a farki részletben a normalisnak csaknem megfelelő.* Nagyságuk igen változó, alakjuk részben kerek vagy ovalis, nagyobbára azonban szabálytalan s hosszúkás. Némely sziget (kóros!) szembetünően keskeny: akár háromszor is oly hosszú, mint a milyen széles. Egy részük — mintegy 20% — kerek-ovalis, főkép a hasnyálmirigy feji és középső részletéből származó metszeteken, és csaknem teljesen ép, el-elvétve azonban már ezek magvai is pyknotikusak. Túlnyomó többségük azonban szabálytalan hosszú alakú, csekély számú sejtkötegből áll, a sejtek feltünő plasmaszegények, a sejtmagvak sötétre festődnek, bennük a magvacska (nucleolus) és a chromatinfonalak fel nem ismerhetők: a magvak egy része elég szabályos, 8—9 μ-nyi, a többi szabálytalan, hosszúkás alakú s csak 4·2—4·6 μ.

A változás előrehaladtával a sejtkötegek mind gyérebbek lesznek, helyüket van Gieson-eljárásnál halványsárgára, eosinnal halvány rózsaszínüre festődő homogenes anyag foglalja el, mely az ez idő alatt *folyton kisebbedő* (átlag 45 × 90 μ-nyi) szigetnek hovatovább mindinkább nagyobb részét tölti ki. Végeredményben a sziget helyét csak nehány, egynemü, homogenes s gyengén átszineződő anyagba ágyazott, sötétre festődő s zsugorodott sejtmag jelzi. Néhol az egynemü anyagban hosszúkás magvú kötőszöveti sejtek jelennek meg; máshol a kóros változás kevésbé előrehaladt stadiumában is láthatni már a plasmaszegény és zsugorodott magvú sziget-hámsejtek között az endothelsejtekre emlékeztető hosszúmagvú kötőszöveti sejteket.

Sok készítményen csak nagy nehezen lehetett a szigeteket a környező sorvos mirigycsövecskéktől megkülönböztetni.

Itt-ott a mirigylebenykék peripheriás részén, azoktól csak néhány kötőszöveti sejt által elhatárolt kisebb-nagyobb kerek vagy ovalis, akár 240 × 260 μ nagyságú sziget látható. E szigetek bő protoplasmájú, de helylyel-közzel sötétre festődő magvú hámsejtekből állanak. A Langerhans féle szigetek *ezen sajátos* és *szokatlan extralobularis elhelyeződése,* feltünő nagyságuk s hámbélésük ép volta, nemkülönben az a körülmény, hogy e szigeteket, szemben a sorvadásos szövetben visszamaradó s rendesen minden oldalról kötőszövetbe ágyazott szigetekkel, a mirigylebenykéktől csak nehány kötőszöveti sejt választja el, *újdonképződés mellett szól.*

A hasnyálmirigy erei, főkép a hajszálerek vérrel teltek, egyéb kóros változás azonban sem a nagyobb, sem a kisebb erek falán nem mutatható ki.

* Ha azonban számba veszszük azt, hogy esetünkben a hasnyálmirigy rendkivül sorvadt volt (súlya a normalisnak alig 1/5-de!), akkor értjük, hogy ez esetben igen sok sziget pusztulhatott el. Egyszerüen sorvos hasnyálmirigyekben ugyanis a szigetek oly nagyszámúak szoktak lenni, hogy csekély nagyitás mellett egy-egy látótérben akár 10—12 sziget is látható (v. ö. előbbi dolgozatomat!).

A kivezető csövek hámbélése ép.

A máj szövete általában ép; helyenként azonban a máj zsírosan infiltrált.

A *vesék* interstitialis kötőszövete helyenként megszaporodott, néhol egynemü s magszegény, itt-ott a kanyarulatos csatornácskák hámja is sorvadt.

A szigetek számbeli viszonyait az alábbi táblázat tünteti fel:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma a metszetben	100 mm² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	168 mm²	15	13·25	Az összes szigetek 23%-a ép
	2	168 „	11		
	3	168 „	13		
	4	168 „	14		
Corpus p.	1	150 „	20	15·2	25% ép sziget
	2	150 „	26		
	3	150 „	12		
	4	150 „	13		
Cauda p.	1	110 „	31	23·2	10% ép sziget
	2	110 „	23		
	3	100 „	22		
	4	100 „	22		

XVII. K. V., 19 éves, kereskedő-tanoncz, Budapestről.

Klinikai diagnosis: *Diabetes mellitus.* A betegnél öröklött terheltség nem mutatható ki. Jelen bajáig a gyermekkorában kiállott diphtheriától eltekintve beteg sohasem volt. Baja 1903 augusztusának végén, czukorbetegségre jellemző panaszokkal kezdődött.

Felvételekor (október 7.) vizelete világos szalmasárgaszínű, átlátszó, vegyhatása savi, fajsúlya 1031, napi mennyisége 4500 cm³, czukrot bőven, fehérjét csak nyomokban tartalmaz. Az aceton és diaceton próba positiv.

Szénhydratok óvatos megvonása mellett a vizelet czukortartalma 5·4%-ról 3%-ra csökkent, de a czukor a vizeletből teljesen soha sem tünt el. A klinikai észlelési idő alatt a vizelet czukortartalma 5·8—2·25% (coma alatt!) között ingadozott, napi mennyisége pedig 7600—1900 gm. volt, s úgy az aceton-, mint a diaceton-próbát *állandóan* adta.

1903 deczember 2.-án a beteg közérzete rosszabb, állapota aggasztó lesz, majd comába esik; a vizelet napi mennyisége 1900 gm.-ra, czukortartalma 2·25%-ra száll. A coma kétnapi fennállása után a beteg deczember 5.-én meghalt.

A bonczolási jegyzőkönyv adataiból a következőket óhajtom átvenni:

A pajzsmirigy középnagy, vérszegény.

A hasnyálmirigy rövid, vékony, sorvadt, súlya 55 gm., lebenykéi aprók. Farki részletében a sárgásfehéres mirigylebenykék között kendermag egész borsónagyságú fehéres, a többinél jóval tömöttebb és szívós csomócskák vannak. A hasnyálmirigy állománya különben petyhüdt, középvértartalmú. A ductus pancreaticus jól kutaszolható.

Kórboncztani diagnosis: Atrophia simplex pancreatis. Diabetes mellitus. Degeneratio adiposa renum, parenchymatosa myocardii et hepatis intumescentis minoris gradus. Oedema pulmonum. Nekrosis superficialis cutis et textus subcutanei lat. sin. thoracis in parte inferiore et nekrosis similis ad femur sinistrum post injectionem subcutaneam. Anaemia universalis.

Szövettani lelet. A hasnyálmirigy lebenykéi helyenként sorvadtak, ugyanott a hámsejtek egy része a többinél gyengébben festődik, plasmaszegény, bennük zymogen-szemcsék fel nem ismerhetők, néhol a magvak is kisebbek a rendesnél, sötétebbre festődnek, szabálytalan hosszúkás alakúak, pyknotikusak. A lebenykéket egymástól elválasztó kötőszövet általában mérsékelten, a hasnyálmirigy farki részletében azonban szembetünően megszaporodott, néhol magvakban szegény és hyalinos.

E kötőszövetben itt-ott kisebb-nagyobb, néhol több látótérre terjedő mononuclearis jellegü gömbsejtekkel beszürődött részlet látható. Figyelmet érdemel, hogy helyenként a gömbsejtes infiltratio határozottan *perivascularis* jellegü.

Az *intralobularis* kötőszövet is megszaporodott és hálózata sokhelyt az acinusok közé követhető. Néhol a mirigylebenykék között kisebb-nagyobb kiterjedésű vérzés található. A mirigycsövecskéket, mint az különösen a hasnyálmirigy környi részéről származó metszeteken látható, sok helyt laza zsírszövet pótolja, melyben gömbsejtesen beszűrődött részletek is vannak.

A szigetek általában egyenlőtlenül elosztottak, s a hasnyálmirigy feji és középső részletéből származó készítményeken a rendesnél kisebb számúak. Az összes szigeteknek mintegy 15% a majdnem teljesen ép: ezek átlagos nagysága 210 × 165 μ. Túlnyomó részük azonban többé-kevésbé szembetünő kóros változást mutat Ez utóbbiak az ép szigeteknél átlag kisebbek (145 × 110 μ).

A kóros szigetek egy részénél a sejtek plasmaszegények, a sejtmagvak sötétebbre festődnek, más részénél a szigetet alkotó sejtkötegek száma csekély, a kötegeket sokszor csak egy sejtsor alkotja, a sejtek azonban bő protoplasmájúak, ámbár magvaik egyrésze feltünő sötétre festődik. A kóros folyamat előrehaladtával egy-egy sötétre festődő, egymáshoz igen közel álló, szabálytalan, hosszúkás alakú, plasmaszegény sejtmagvakból álló, rendetlen halmaz jelzi a sziget helyét.

Néhol a sorvos sziget csekélyszámú sejtkötegei között levő hézagokat magfestést nem mutató, egynemü, van Gieson eljárásánál halványsárgára vagy halványvörösre, eosinnal halvány rózsaszínüre festődő anyag tölti ki. A gyérszámú sejtkötegek között helylyel-közzel számos hosszú magvú kötőszöveti sejt is látható.

A kivezető csövek hámbélése sok helyütt ép, másutt azonban, mint ez főkép néhány nagyobb kivezető csövön látható, a hám elpusztult, ürterét pedig részint gömbsejtek, részint egynemü, hyalinos, van Gieson szerint s eosinnal halványvörösre festődő tömeg foglalja el. Nem egyszer aránylag ép hámbélés mellett is láthatni hyalinos anyagot a kivezető cső ürterében. Sem a nagyobb, sem a kisebb erek falán nem mutatható ki kóros elváltozás. A nagy erek vérrel mérsékelten teltek.

A hasnyálmirigy feji részlete, mint az egyes készítményeken (IV. és V. részlet) jól látható, a duodenummal volt összekapaszkodva. Az odatapadás helyén elvétve láthatni gömbsejtes beszürődést, mely azonban csak a peripankreatikus kötőszövetre szorítkozik, míg a bélfal a lobos beszürődéstől mindenütt ment. A bélnyálkahártya szöveti szerkezete teljesen normalis. Néhol a hasnyálmirigy mirigylebenykéi a bélfal izomnyalábai közé is beterjednek.

A szigetek számbeli stb. viszonyait a mellékelt táblázat mutatja:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága	A szigetek száma a metszetben	100 mm² területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p.	1	50 mm²	12	24	átlag 25% ép sziget
	2	50 „	20	40	
	3	84 „	16	19	
	4	84 „	12	14·2	
Corpus p.	1	80 „	12	15	átlag 21% ép
	2	80 „	23	28·7	
	3	80 „	17	21·2	
	4	80 „	16	20	
Cauda p.	1	100 „	6	6	átlag 10·25% ép
	2	100 „	5	5	
	3	100 „	7	7	
	4	60 „	14	23·3	

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a rák statistikájához, különös tekintettel a rák sebészeti gyógykezelésével az egyetemi I. számú sebészeti klinikán elért eredményekre.

Irta: *Steiner Pál* dr., műtőorvos.

(Vége.)

Rose (1889) 53%, *Schede* és *Bergmann* 32%, *Küster* 30%, *Garré* 32 eset alapján 8 = 25%, *Czerny* 19·4% operativ halálról számol be. Az operativ technika haladásával e számok is kisebbedtek: *Gussenbauer* 24·6%, *Kocher* 14 2%, *Helferich* 13·6%, *Czerny* újabban 11·7%, *Kraske* 9·8%, *Depage* 6% halálozással dolgozott. A mi operativ halálozásunk 16·6%.

Ha a *végleges gyógyulás* mértékeül a *Volkmann* követelte trienniumot veszszük, úgy számba jön mind a 6 eset, illetve az egy operativ halál után 5 eset.

Az egyik *Kocher* szerint operált esetben 3 hó mulva inoperabilis recidiva lépett fel, a beteg a mütéttől számított 6 hó mulva halt meg. A *Kraske* szerint operált beteg távozása után 5. hónapban ismeretlen betegségben halt meg.

A *perinealis* úton mütött betegnél, midőn a mütét a kóros résznek a sphincterből való ékalakú kimetszésében állott, 1 év mulva lépett fel localis recidiva s a beteg a mütéttől számított 14. hóban meghalt.

Az egyik *Kocher* szerint operált beteg jelenleg, a mütét után 6 évvel, recidivamentes, s a mint irja, „az operatio óta beteg nem volt". A *Quénu* szerint mütett beteg a mütét után 4½ évvel recidivamentes.

Ha az 1 operativ halált a mütéti eredmény megitélésénél levonjuk, vagyis a százalékszámításnál a 2, három éven túl recidivamentes-esetet csak 5 esetre vonatkoztatjuk, úgy ez 40%, ha pedig a 6 mütett esetre vonatkoztatjuk, 33·3% végleges gyógyulásnak felel meg *Volkmann* értelmében.

5 évre csak 4 eset értékesíthető, melyek közül 1 esetben operatiós, 2 esetben recidivás halál volt s csak 1 esetben recidivamentes a beteg. Ha az operativ halált levonjuk, úgy ez 33·3%, ha pedig a 4 mütett esetre vonatkoztatjuk az arányt, úgy az 25% végleges gyógyulásnak felel meg.

Hochenegg 89 esetéből 32 él recidivamentesen, de még csak 14 haladta meg a trienniumot, ez *15·72%* gyógyulásnak felel meg. *Garré* 51 radikalis mütét alapján 4 esetben = *16·3%*-ban, a *heidelbergi* klinika *17·3%*-ban, *Kraske* 80 esetéből él 15, kik közül 6 haladta meg a trienniumot, tehát *18·75%*-ban, *Krönlein* 40 esetből 8 esetben, tehát *20%*-ban, *Gussenbauer* 55 gyógyult esete alapján 15 esetben = 27·2%-ban, ha pedig az összes 73 operált esetre vonatkoztatja, *20·5%*-ban, *Depage* 30 esetből 23%-ban, mikor is a recidivamentesség alsó határa 2 év, értek el definitiv gyógyulást. *Krönlein* a XXIX. sebészeti congressuson 11 statistika 640 esete alapján *14·8%*-ban, vagyis az esetek 1/7 részében jutott 3 évi recidivamentességre. *Dollinger* tanár *25%* végleges gyógyulást ért el.

X. A hímvessző rákos megbetegedése.

A hímvessző rákos megbetegedésével 13 beteg került felvételre. A kor szerint való elosztást a következő táblázat mutatja:

40—45 év közt	3 eset
45—50 „ „	2 „
50—60 „ „	5 „
60—70 „ „	2 „
70 éven felül	1 „
Összesen . .	13 eset

Az anamnestikus adatok közt gyakori a *congenitalis phimosis*, ezen tényezőnek főleg *Cooper* tulajdonít fontosságot. A phimosisnál felhalmozódó praeputialis váladék ugyanis chronikus izgalmat tart fenn. Mi 6 esetben észleltük a phimosishoz társuló rákot, vagyis 46·1%-ban, *Kauffmann* 17·7%-ban, *Küttner* 54·5%-ban, *Demarquay* és *Hey* 75%-ban látták. Különösen disponáló tényezőnek irja le *Schuchardt* a *psoriasis praeputialis*-t; mi is észleltünk a makkon egy esetben opák plaques-ot, mely ezen psoriasisra jellegző.

Egy esetben *trauma*-t említett betegünk, mint a rák okozóját. E betegnek congenitalis phimosisa volt s valószinü, hogy a trauma csak meglevő daganatára hivta már fel figyelmét.

Eseteinkben a rákos daganat dió — kisalma — férfiökölnagyságú volt, valamennyi esetben kifekélyesedett szakban. Csak 2 esetben láttunk primaer rákos ulcust, midőn is a betegek csak fekély keletkezését észlelték, ez esetekben a kórisme eldöntése czéljából végzett górcsövi vizsgálat igazított útba. 5 esetünkben, vagyis eseteink 38·4%-ában a corpora cavernosa is beszürődtek rákosan, 3 esetben a rák per continuitatem átterjedt a húgycsőre és azon sipolyt létesített. A környéki nyirokmirigyek beszürődését és

megnagyobbodását 11 esetben, tehát eseteink 84·6%-ában észleltük. Egy esetben a penis rákos fekélye mellett a symphysis felett nagy összekapaszkodott metastasist és a bal lágyékhajlatban férfiökölnyi rögzített daganatot észleltünk.

Betegeinknél bajuk keletkezése és a klinika felkeresése közti idő 4 hó és 2 év közt váltakozott:

4 hó mult el	1	esetben
5 „ „ „	1	„
6 „ „ „	4	„
7 „ „ „	1	„
8 „ „ „	1	„
1 év „ „	3	„
2 „ „ „	2	„
Összesen . .	13	esetben

tehát betegeink a megbetegedéstől számítva átlag a 9. hóban jelentkeztek.

Műtéti eljárásunk abban állott, hogy minden esetben eltávolítottuk az inguinalis mirigyeket s azon esetekben, midőn a rák a corp. cavernosa-ra is átterjedt, nem értük be a penis amputatiojával, hanem a hímvessző kiirtását *Pearce-Gould* szerint végeztük. E methodussal a corp. cavernosa-t egészen a csonton való tapadásukig leválasztjuk s kiirtjuk.

Operativ mortalitásunk nem volt.

A feldolgozás tárgyát képező időben 6 esetet operáltunk; a rák fennállása 5 hó—1 év közt volt. 3 esetben végeztünk penis-amputatiót, 3 esetben hímvesszőkiirtást *Pearce-Gould* szerint. További sorsa 4 esetnek ismeretes, még pedig 3 amputatiósé és egy *Pearce-Gould*-mütété.

Az amputált esetek közül 1 él a műtét óta 4 éve, 1 él 3½ éve recidivamentesen, 1 pedig (71 éves beteg) otthon intercurrens betegségben halt meg.

Azon beteg, a kinél gyökeres peniskiirtást végeztünk, 4½ éve él recidivamentesen. Tehát:

3 penisamputatio-műtét:

3 éven túl recidivamentes . . .	2
intercurrens betegségben meghalt .	1

3 peniskiirtás Pearce-Gould szerint:

3 éven túl recidivamentes . . .	1 eset
ismeretlen	2 „

Bruns 59·46% definitiv gyógyulásról számol be, a többi 40·54% recidivában halt meg. A recidivák 87%-a a műtét utáni első 3 évben lépett fel s főleg a mirigyekben jelentkezett.

XI. A végtagok rákos megbetegedése.

A végtagokon ülő rosszindulatú daganatok nagy részét a sarkoma képezi, a mennyiben 46 rosszindulatú daganat közt 37 esetben volt részben a csontból, részben a lágyrészekből kiinduló sarkomával s csak 9 esetben rákkal dolgunk. Tehát a rosszindulatú daganatok 19·4%-a volt rák. Ezen kis számarány is igazolja *Bruns* tapasztalatát, mely szerint a végtagok rákja a daganatok ritkább megjelenési alakja.

A betegek kora 26 és 91 év közt váltakozott a következőleg:

40 év alatt	3	esetben
60—72 „ közt	5	„
91 évben	1	„
összesen . . .	9	esetben

Nem szerint 5 férfi és 4 nő volt. A nőknél a rák kizárólag a felső végtagon székelt s ezen tapasztalatunk is igazolja *Bruns* észlelését, mely szerint a felső végtagon ülő rákok főleg nőknél fordulnak elő. Jobboldalt székelt a rák 5, baloldalt 4 esetben, még pedig a jobb felső végtagon 3, a bal felsőn 3, a jobb alsón 2, a bal alsón 1 esetben, tehát az esetek 55·5%-ában jobb oldalt ült a rák, a mi *Bruns* 58·7%-ával eléggé egybevág.

A mi a daganat kórszövettani jellegét illeti, az valamennyi esetben *bőrhámrák*-nak bizonyult. A daganat többnyire ki volt fekélyesedve s 6 esetben a tájéki nyirkmirgyek is be voltak rákosan szüródve.

Érdekesek az anamnestikus adatok. *Bruns* is jelentőséget tulajdonít a fistuláknak, hegeknek, fekélyeknek, verrucáknak, chronikus lobos folyamatoknak, s mi is többször észleltük, hogy a rák már pathologikus alapon fejlődött.

Egyik esetben a 63 éves férfibetegnek gyermekkora óta volt felkarján *psoriasis*-a, más esetben 26 év előtti osteomyelitis után keletkezett *hegekben* lépett fel a rák újabb *traumás* behatás után, más esetben ismét *verruca* képezte a rák kiindulását. 3 esetben fejlődött a rák *égési* sarjfelületen, illetve égési hegeken: 2 esetben 19 év, 1 esetben 35 év után. *Bruns* hangsúlyozza, hogy a chronikus inger vagy anatomiai elváltozás után rendesen 20 év mutatható ki, míg a rák kifejlődik; a mi eseteink is igazolják ezen állítást. Különösen kiemelendő egyik esetünk, midőn a beteg testén elszórtan számos, szövetileg laphámráknak bizonyult fekélyecske volt jelen, melyek tán implantatio útján oltattak át a test különböző helyeire.

A feldolgozás tárgyát képező időben 4 radikalis és 1 palliativ műtétet végeztünk. A rák fennállását a betegek 3 hó—2 év közi időre vezették vissza. Csak palliative avatkozhattunk be egy esetben, midőn a felkaron ülő tenyérnyi, büzösen genyedő rákos fekély mellett már kiterjedt supraclavicularis mirigybeszűrődés volt jelen; a radikalis műtét therapeutikus sikerét a fennálló kiterjedt mirigybeszűrődések már eleve kétségessé tették és ezért törekvésünk csak oda irányult, hogy türhetőbb állapotot teremtsünk. Radikalis beavatkozásaink a következő esetekre vonatkoznak.

Egy carcinoma manus esetében enucleatio manus. E beteg jelenleg 6 évvel a műtét után recidivamentes.

Két carcinoma cruris miatt *Smith*-féle enucleatio genus. Ezek közül az egyik 91 éves beteg otthon recidiva nélkül végelgyengülésben halt meg, a másik jelenleg 3 évvel a műtét után recidivamentes.

Egy carc. antebrachii-nál a rákos fekély kimetszése történt; e beteg jelenleg 3 évvel a műtét után recidivamentes.

Tehát 4 radikalis műtétünk után egy esetben sem volt sem operativ halál, sem recidiva.

Bruns a végtagokon ülő rák esetén 35% végleges gyógyulásról számol be *Volkmann* értelmében.

A mi elért eredményünk kiváló voltát annak köszönhetjük, hogy úgy a csonkító, mint a conservativabb műtéteknél a tájéki mirigyek kiirtását soha el nem mulasztottuk.

Összefoglalás.

Beszámoltunk a rák sebészi gyógykezelésével elérhető eredményekről az egyes tájékok és szervek szerint. A számok azt mutatják, hogy a rákbetegség gyógykezelésével nagyon is érdemes a sebészetnek foglalkozni. Azon kérdés eldöntésére, hogy *milyen eredményt tudunk ma a rákbetegség sebészeti gyógykezelésével elérni*, helyes eljárás, hogy, tekintet nélkül a rák székhelyére, összegezzük az elért eredményeket, különválasztva az elsődleges és a recidiv rákoknál elért eredményeket. Igy általános képét nyerjük sebészi beavatkozásaink értékének. A számítást azon elvek szerint végeztük, melyeket *Dollinger* tanár legutóbb (1905. márczius 4) a Budapesti Kir. Orvosegyesületben kifejtett s a melyeknek részletes indokolását az Orvosi Hetilap 1905. 23. számában megjelent tanulmányában közölte. Kiszámítottuk a beérkezett válaszok és személyes meggyőződés alapján, hogy hány esetben nem kaptak a betegek a műtét után 3 évvel és a műtét után 5 évvel recidivát. Szükséges volt a 3 évre való számítás, mert a külföldi statistikák ezen *Volkmann* követelte trienniumon épitik fel statistikájukat, de czélszerü az 5 évre való számítás is, melyet *Winter* ajánlott a giesseni gynaekologiai congressuson, mert ez még igazabb képét nyujtja az elérhető eredményeknek, a mennyiben 5 év után az úgynevezett késői recidivák mind ritkábbak lesznek.

A külföld statistikái a gyógyulási arány kiszámításánál az operált betegek számából általában levonják az operativ, az intercurrens halált és az ismeretlen eseteket. *Dollinger* tanár e számítást nem tartja eléggé szigorúnak, mert

1. az a beteg, a ki a műtéttel összefüggő halállal vesztette életét, közvetve mégis csak a rák folytán halt meg;

2. ha az intercurrens betegség folytán beállott halál bonczolás által nem nyer beigazolást, valószinü, hogy a rákbetegséggel bizonyos kapcsolatban áll;

3. az ismeretlen esetekben ép azért nem kaptunk választ, mert a beteg távol otthonától, tán valamely kórházban halt meg a rák következményeiben.

Az operativ eredmény megitélésénél azt sem szabad figyelmen kivül hagynunk, hogy rákos klinikai betegeink többnyire már régen fennálló, elhanyagolt rákokkal jönnek a klinikára, hogy betegeink elébb mindenféle házi szert, kuruzslót kipróbálnak, míg orvos tanácsát kikérik. Ez irányban tájékozandó, újabban pontos feljegyzéseket végzünk minden bejáró rákos betegről és azon tapasztalatra jutottunk, hogy 128 esetből 52 sohasem járt orvosnál, tehát 40·62%, vagyis rákos betegeink $^2/_5$-e a klinikán nyerte az első orvosi tanácsot.

A sebészi eredmény elbirálásánál számba veendő még az a körülmény is, hogy a klinikai anyag a műtőt illetőleg nem egyöntetű és más megitélés alá esnek az *egy* műtő által operált esetek, mint a különböző operateurök összegyüjtött esetei.

E számítási kulcs előre bocsátása után lássuk most az eredményt:

I. Primaer rákműtétek.

3 évi recidivamentességet véve végleges gyógyulásnak, az értékesíthető esetek száma 193. Ismeretes 150-nek további sorsa, ismeretlen 43-é. E 150 eset közül:

3 éven túl recidivamentes	62	eset
3 éven belül recidivált	71	„
operativ halállal mult ki	13	„
más (intercurrens) betegségben halt el	4	„

Ha már most ezen 150 operált beteg közül levonjuk azon 13 beteget, kik operativ halállal és ama 4 beteget, kik intercurrens betegségben multak ki, akkor fennmarad 133 eset. Ezen 133 betegből a fenti adatok szerint

3 éven belül recidivált	53·4%
3 éven túl recidivamentes	46·6%

Ha ellenben ama fentebb jelzett szigorúbb számítási mód szerint járunk el, úgy eredményeink a következők:

Primaer radikalis operatio volt 193. Ezek közül

3 éven belül recidivált	67·9%
3 éven túl recidivamentes	32·1%

Az *5 évi recidivamentességet* véve végleges gyógyulásnak, tekintetbe jön 83 operált beteg. Ezekből ismeretes 62, ismeretlen 21 beteg további sorsa. Ezen 62 eset közül

5 éven túl recidivamentes	26
5 éven belül recidivált	34
operativ halállal mult ki	2

Ha ezen 83 operált beteg közül levonjuk az ismeretlen 21 és az operativ halállal kimult 2 esetet, marad 60 eset. Ezen 60 betegből a fenti adatok szerint

5 éven belül recidivált	56·7%
5 éven túl recidivamentes	43·3%

A szigorúbb számítási mód szerint, az operált 83 betegből

5 éven belül recidivált	68·7%
5 éven túl recidivamentes	31·3%

II. Recidiv rákműtétek.

Ezen csoportba soroztuk azon rákbetegeket, a kik vagy másutt, vagy a klinikán végzett rákműtét után kaptak recidivát és újabb műtét végett jelentkeztek újra a klinikán.

A *3 évi recidivamentességet* tekintve, számba jön 33 eset, ezek közül ismeretes 25, ismeretlen 8-nak a további sorsa. A 25 eset közül

3 éven túl recidivamentes	8
3 éven belül recidivált	17

vagyis az ismert 25 esetre számítva a recidivát

3 éven belül recidivált	68%
3 éven túl recidivamentes	32%

Az összes operált 33 esetre számítva:

3 éven belül recidivált	75·8%
3 éven túl recidivamentes	24·2%

Az *5 évi recidivamentességet* véve végleges gyógyulásnak, eseteink száma 26, ezek közül ismeretes 18-nak, ismeretlen 8-nak a további sorsa. Ezek közül

5 éven túl recidivamentes	7
5 éven belül recidivált	11

Tehát a 18 beteg közül, a kiket recidiva miatt operáltunk s a kiknek a további sorsa ismeretes

5 éven belül recidivált	61·2%
5 éven túl recidivamentes	38·8%

Az összes operált 26 eset közül

5 éven belül recidivált	73%
5 éven túl recidivamentes	27%

Eredményeink összefoglalásával tehát kitünik, hogy *sebészeti kezeléssel az először operált rákos betegeknek körülbelül egyharmadát, a recidiva miatt operált rákos betegeknek körülbelül egy negyedrészét gyógyitottuk meg.*

Ez adatok is bizonyítják, hogy a *rákbetegség gyógyítható* és minden alapot nélkülöz *Kosinski* varsói tanár ama legutóbb tett nyilatkozata: „le cancer une fois établi, je ne puis admettre qu'il puisse être arrêté dans sa marche funeste ou guéri par un moyen thérapeutique quel qu'il soit".

* * *

Végül legyen szabad mélyen tisztelt főnökömnek és mesteremnek, *Dollinger* tanár úrnak, munkám iránti becses érdeklődéséért és tanácsaiért e helyen is a tanítvány háláját kifejezésre juttatnom.

* * *

(A dolgozat statistikai része 1904. év október havában nyert befejezést.)

Irodalom. (Az irodalom összeállításánál csak az újabb közleményeket emlitjük fel, a melyekben a régebbi irodalmat részletesen felsorolva találjuk.) *Dollinger:* Sebészeti Módszerek. I. k. 1897—1900. II. k. 1900—3. III. k. 1903—4. — *Bergmann, Bruns, Mikulicz:* Handbuch der praktischen Chirurgie. — *Bevezetés. Kahlden:* Über Carcinomrecidive. Archiv f. klin. Chir. 68. k. 2. f. — *Labhardt:* Zur Frage der Dauerheilungen des Krebses. (Garré-klinika.) Beiträge zur klin. Chirurgie. 1902. 32. k. — *I. Az arcz. Gurlt:* Beiträge zur chirurgischen Statistik. Arch. f. klin. Chir. XXV. k. — *Heimann:* Die Verbreitung der Krebserkrankung. Arch. f. klin. Chir. LIII. k. — *II. Az ajak. Winiwarter:* Beiträge zur Statistik der Carcinome. 1878. — *Ebel:* Zur Statistik des Carc. der Unterlippe. (Wölfler-klinika.) Beiträge zur klin. Chir. 40. k. 3. f. — *Loos:* Zur Statistik des Lippenkrebses auf Grund von 565 Fällen aus der v. Bruns'schen Klinik. Beiträge z. klin. Chir. 27. k. — *III. A száj-garatür és pofa. Pólya* és *Navratil:* Vizsgálatok a pofa nyálkahártyájának nyirokereiről. Magyar Orvosi Archivum. 1903. IV. k. — *Pólya:* Casuistikus adatok a pofarákok operálásához. Orvosi Hetilap. 1902. — *IV. A nyelv. Binder:* Über 40 Fälle von Zungencarcinom, ihre Behandlung und Endresultate. (Krönlein-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1896. 17. k. — *Poirier:* Traitement du cancer de la langue. Revue de Chirurgie. 1904. 4. sz. — *V. A gége. Sendziak:* Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes. 1897. — *VI. Az emlő. Ehrich:* Vortrag über d. Brustdrüsenkrebs. (Trendelenburg, Madelung, Garré-klinika.) Münch. med. Woch. 1905. 16. sz. — *Mahler:* Über die in der Heidelberger Klinik 1887—1897 behandelten Fälle von Carc. mammae. (Czerny-klinika.) Beitr. zur klin. Chir. 26. k. — *Schmidt:* Beitrag z. Statistik der Mammacarcinome. (Göttingeni klinika, Braun tanár.) Deutsche med. Wochenschrift. 1904. 15. sz. — *Meissl:* Über die operative Therapie des Mammacarcinomes und deren Dauererfolge. (Eiselsberg-klinika.) Wiener klin. Woch. 1904. — *Gebele:* Zur Statistik der Brustdrüsengeschwülste. (Müncheni klinika, Angerer tanár.) Beitr. z. klin. Chir. 1901. 29. k. — *Chavannaz:* Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein. Paris. 1902. — *Mayo Robson:* The Lancet. 1904. 4240. sz. — *VII. A gyomor. Chlumsky:* Über die Gastroenterostomie. (Mikuliczklinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1898. 20. k. — *Krönlein:* Über den Verlauf des Magencarcinomes bei operativer und bei nicht operativer Behandlung. Arch. f. klin. Chir. 67. k. 3. f. — *Matti:* Beiträge zur Chirurgie des Magenkrebses. (Kocher-klinika.) D. Zeitschr. f. Chir. 1905. 77. k. 1—3. f. — *Clairmont:* Bericht über 258 von Prof. von Eiselsberg ausgeführten Magenoperationen. Arch. f. klin. Chir. 1905. 76. k. 1—2. f. — *Ringel:* Die Resultate der operativen Behandlung des Magencarcinomes. Beitr. z. klin. Chir. 38. k. 2. f. — *Steinthal:* Erfahrungen über Gastroenterostomie. (Aus dem Diakonissenhause zu Stuttgart.) Beitr. z. klin. Chir. 1902. 34. k. — *Steudel:* Die in den letzten Jahren an der Czerny'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen. Beitr. zur klin. Chir. 1899. 23. k. — *Stich:* Beiträge zur Magenchirurgie. (Garréklinika.) Beitr. z. klin. Chir. 40. k. 2. f. — *Schönholzer:* Die Chirurgie des Magenkrebses an der Krönlein'schen Klinik in den Jahren 1881—1902. Beitr. z. klin. Chir. 39. k. 1. f. — *Guinard:* La cure chirurgicale du cancer de l'estomac. Paris, 1898. — *VIII. A vékony- és vastagbél. Hochenegg:* Resultate bei operativer Behandlung carcinomatöser Dickdarmgeschwülste. Archiv f. klin. Chir. 68. k. 1. f. — *Mikulicz:* Chirurgische Erfahrungen über d. Darmcarcinom. Arch. f. klin. Chir. 69. k. 1. f. — *Schloffer:* Zur operativen Behandlung des Dickdarmcarcinomes. (Wölffler-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1903. 38. k. — *Zimmermann:* Über Operation und Erfolge der Dickdarm-Resection wegen Carcinom. (Krönlein-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1900. 28. k. — *Körte:* Erfahrungen über d. Dickdarmcarcinom. Berl. klin. W. 1899. — *Czerny* und *Rindfleisch:* Operationen am Magen und Darm. Beitr. zur klin. Chir. 1892. — *Salzer:* Beiträge zur Pathologie und chirurg. Therapie chron.

Coecumerkrankungen. Langenbeck's Arch. f. klin. Chir. X k. — *König*: Die Operationen am Darm bei Geschwülsten. Chir. Congress XIX. 1890. — *IX. A végből. Christen*: Beiträge zur Statistik und operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. (Krönlein-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 27. k. — *Depage*: Résultats éloignés de la résection du rectum pour cancer. XVII. Congrès français de Chirurgie. Paris, 1904. — *Hackmann*: Zur Statistik und operativen Behandlung der Rectumcarcinome. (Gussenbauer-klinika.) Arbeiten aus d. Gebiete der klin. Chir. Wien, 1903. — *Jaffé*: Indikation und Prognose der Operat. des Mastdarmkrebses. Arch. f. klin. Chir. 1902. 67. k. 1. f. — *Lieblein*: Zur Statistik und Technik der Radikaloperation des Mastdarmkrebses. (Wölfler-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1902. 33. k. — *Schneider*: Die Behandlung des Rectumcarcinomes. (Garré rostocki klinikája.) Beiträge z. klin. Chir. 1900. 26. k. — *X. A hímvessző. Küttner*: Über das Peniscarcinom. (Bruns-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1900. — *XI. A végtagok. Brunn*: Über den primären Krebs der Extremitäten. (Bruns-klinika.) Beitr. z. klin. Chir. 1903. 37. k. — *Összefoglalás. Dollinger*: A rákbetegség sebészeti gyógykezelésével a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikáján elért eredmények. Orvosi Hetilap. 1905. 23. sz. — *Léjars*: Utilité et limites de l'action chirurgicale dans le cancer. La Semaine Médicale. 1903. 50. sz.

Tárcza.

Uti jegyzetek.

III.

Hamburg, 1905. julius végén.

A népjelleg s socialis viszonyok különbözősége Németország egyes részeiben. „Frankfurter Reconvalescenten-Verein." *Hamburg.* A tüdőbajosokról való folytonos gondoskodás intézménye. Hatósági prophylaxis. Edmundsthal. *Lübeck.* Gebhardt s a Hansavárosok biztositó intézetének tevékenysége. A grosshansdorfi rokkantház. *Stettin.* Neisser szervezése s a tuberculosis-kórházak kérdése.

A Korsörből Kielbe menő német postahajón, a szép verőfényes juliusi napon olyan simán haladtunk a német partok felé, s a tenger az ég színét olyan kéken tükrözte vissza, mintha csak a Méditerranée „côte d'azur"-je mentén eveznénk. Dél felől egy öt hajónyi raj közeledett felénk s teljesen magára vonta a nagyobbrészt németekből álló közönség figyelmét. A meglevő távcsövek s látcsövek mind oda szegeződtek, s boldog tulajdonosaik nemsokára nagy lelkesedéssel jelentették, hogy a német hadi flottának egy része fog közvetlen közelünkben elhaladni, hogy még ma este egyesüljön a Vilmos császár személyes vezetése alatt a kopenhágai kikötőben időző hajórajjal. A német chauvinségnek manapság épen a hajóhad kedvencz, dédelgetett objectuma. Az a hivatalos s általában a komoly szakavatott politikusok részéről hirdetett axioma, hogy a német birodalom nagyhatalmi állásának biztositékát a „coloniális politika" s a hadi tengerészet kifejlesztése adja meg, széles körökben nagy népszerűségre tett szert.

A hajóhad közeledése ehhez képest gyujtó szikraként hatott, s útitársaimnak már arczkifejezéséből megitélhettem, hogy ki német, ki nem az. De az előbbiek között is akadt kivétel. Szomszédomra, a kivel már előbb beszélgetésbe elegyedtem, egy magas, szőke hajú és szakállú, igazán germán typusú délnémet professorra korántsem ragadt át az általános lelkesedés. Azon nem kicsiny számú németek közé tartozott, a kikben a porosz túlsúly iránt való ellenszenv nagyobb, mint a „nagy Németország"-ért való lelkesedés. Ezen álláspontjának én előttem szabadon kifejezést is adott. Nagy elevenséggel és készültséggel fejtette ki azt a legalább is meglepő tételt, hogy a poroszok tulajdonképen nem is németek, fajbelileg semmiképen sem azok. Az anthropologiai, ethnographiai s historiai érvek egész sorát hozta fel azon állitása támogatására, hogy a poroszokban a szláv, főleg vend elem a germán jelleget teljesen elnyomta.

Én magam a tudományos bizonyitékok ezen áradatával szemben csak szerényen mertem ellenvetéseket ejteni. Biztositottam útitársamat, hogy szakavatlanságomnak teljes tudatában az ő felsőbbségét teljesen elismerem, de állításai eddigi ismereteimmel némi ellenkezésben vannak. Épen rövid idővel ezelőtt tanulmányoztam át *Ammon*-nak érdekes anthropologiai vizsgálatait a badeni népességről, a melyek többek közt fontos bizonyitékokat hoznak a mellett, hogy Németország lakosságának koponyaindexe az ősidők óta folyton csökkenőben van, s mai nap átlag 6 egységgel kisebb, mint a régi german koponyáké, hogy a mai népesség ott is, a hol a szláv keveredés ki van zárva: a Rajna mentén elvesztette a germánságnak büszkén emlegetett jellegét, a dolichocephaliát s túlnyomóan brachycephal. *Ammon* szerint Németország eredeti turáni eredetű brachycephal népessége lassanként kiszorította a háborúban s a kulturáért való küzdelemben felemésztődő germán fajt, s ez a kiválási folyamat még mai nap is észlelhető. Ha tehát helyt engedünk annak a felfogásnak, hogy a poroszok nem németek, úgy a fajjelleg irányadó voltának állásponjára helyezkedve az következnék, hogy a németek sem németek, legalább is alig van közük az ős germánokhoz. A koponyaindex hiányzó hat egysége germán professoromat gondolkodóba ejtette. Számadatok mindig imponálnak. Elismerte, hogy manapság csakugyan nehéz eldönteni, hogy Németország egyes vidékein milyen fokra haladt a kétségtelenül mindenütt érvényre jutó fajkeveredés. Végre is megegyeztünk abban, hogy anthropologiai érvektől teljesen eltekintve, az egyes német tartományok lakossága egyéni mivoltában igen lényeges különbségeket mutat; hogy ezek a különbségek megnyilatkoznak a socialis viszonyokban, irodalmi termékekben, művészeti s tudományos alkotásokban egyaránt, s hogy ez az antagonismus — a melyhez az esetleges fajjellegen kivül kétségtelenül hozzájárult a historiai fejlődés minden egyéb tényezője is — igazi, mélyebben fekvő oka annak, hogy a német egység olyan nehezen jött létre s ma sem örvend általános sympathiának. Viszont a mai viszonyok mind szorosabb kapcsot s folytonos népáramlást teremtve az északi és déli tartományok között, a különbségeket s ellentéteket mindinkább elsimitják.

Az egyes tartományok, városok ezen mindeddig megőrzött egyéni jellege teszi a Németországban való tartózkodást számunkra érdekessé s változatossá. Ha még olyan szükkörü socialis tevékenységet választottunk is tanulmányunk tárgyává: ezen jellegző különbségek ezekre is ráütik bélyegüket. A tuberculosis socialis leküzdésére vonatkozó előző közleményeim a berlini s poroszországi mozgalommal foglalkoztak. Ezen mozgalomnak két legjellegzőbb vonása egyrészről a hivatalos tényezőknek nagy és irányító részvétele, másrészről az egyöntetü központositó szervezés. Ezen jellegző vonások a közvetlen szemléletnél sokkal feltünőbbek, mint az intézmények elreferálásánál. Az utóbbi az állam közvetlen részvételét számszerüleg csak az ezen czélra rendelkezésre bocsátott összegekben s hasonló hivatalos adatokban tüntetheti fel. Ezeken kivül azonban számbaveendő az ezen téren működő magánszövetkezések szoros contactusa az állami közegekkel. A legnagyobb tevékenységet kifejtő „Vörös-kereszt" egészen hivatalos intézmény. A centralis szervezés mintaképe a „Deutsches Centralkomitee für Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit", a mely az összes ideczélzó törekvések központja, s mely tevékenységét ez az egész német birodalomra kiterjesztette, sőt magvát képezte a tuberculosis elleni küzdelem nemzetközi szervezésének is.

Teljesen ellenkező képet mutat ezzel szemben *Hessen-Nassau*, különösen *Frankfurt am Main*. Itt a hivatalos tényezők segitségét igénybe alig vevő, vagy teljesen mellőző társadalmi jótékonyság nyilatkozik meg bámulatra keltő módon. Az első német népsanatorium, a *ruppertshaini*, a mely mellesleg megjegyezve, tanúságos példája annak, hogy a sanatoriumi kezelés olcsó s egyszerü eszközökkel is milyen jó gyógyeredményeket ér el, a „Frankfurter Reconvalescentenverein" teremtménye, a melyet a sanatoriumi mozgalomban való elölhaladásra persze nem kisebb ember, mint *Detweiler* inspirált. A frankfurti magánegyesülések azóta sem ejtették el a felvett fonalat, s lépést tartva a védő tevékenység haladásával, erdei üdülőhelyeket, gondoskodó állomást stb. alapitottak.

Hamburg, a szabad Hansaváros mindenkoron a nagyszabású communalis tevékenységnek volt szembeszökő példája. Hamburg tudvalevőleg megőrizte állami függetlenségét s város és állam, Stadt und Staat itt egy fogalom, s képzelhető, hogy ez a megóvott hatalmi kör a communalis tevékenységnek milyen súlyt, actióképességet és tekintélyt kölcsönöz. Hogy ez a tevékenység már régi ideje a közegészségügy terén is megnyilatkozott, annak számos példáját találjuk a német orvosok s természetvizsgálók 1901-ben Hamburgban székelő congressusa alkalmából kiadott monumentalis munkában „Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs im neunzehnten Jahrhundert". Nagy assanálási munkálatokat végzett a város a mult század negyvenes éveiben egy nagy tüzvész okozta pusztitás helyrehozása alkalmából s ezen munkálatoknak hatása határozott kifejezésre jut a mortalitás viszonyaiban. Épen a tuberculosis-halálozás mutat e tekintetben jellegző képet,

a mennyiben legnagyobb megapadása 1840—60 közé esik, bizonyító példájául annak, hogy az összes közegészségügyi niveau emelése milyen hathatós eszköz ezen néppusztító betegség elleni küzdelemben.[1] A legutóbbi cholerajárvány is fontos közegészségügyi intézkedéseknek szolgált kiindulásául, különösen a kötelező fertőtlenítés kérdésében.

Az utóbbi a nyilvános s magánkórházban előforduló tuberculosis-esetekre, s a városban előforduló tuberculosis-halálesetekre is kiterjed, úgy hogy pl. 1904-ben a hivatalos desinfectiók 20%-át tuberculosis-esetekben végezték (szám szerint 1456 esetben).[2] A nagyszabású közegészségügyi tevékenységnek megtestesítő symboluma a hamburg-eppendorfi nagy kórház, ezen mintegy 90 egyes épületből álló tömb, a melylyel mintaszerü modern berendezés tekintetében Németországban legfeljebb az új charlottenburgi kórház vetekedhetik. Külön tuberculosis-osztálya is épülőfélben van már.

A tuberculosis elleni küzdelemben a hamburgi városi hatóság azóta veszi ki részét, a mióta a szegényügy legfelsőbb birodalmi foruma, a „Bundesamt für Heimatswesen", egy már említett, 1901 októberében kelt rendeletében épen Hamburg városával szemben kimondta, hogy a sanatoriumba elhelyezés, ha ez az egyetlen lényeges sikert igérő gyógyeszköz, a szegénygondozás kötelmi körébe tartozik. Ebből kiindulólag *Buchl*, a városi szegényügy akkori igazgatója, a városi szegénygondozás keretében a tuberculosis leküzdésére olyan organisatiót teremtett, a melyhez hasonlót más város vagy község felmutatni nem képes, s a mely épen kivételes s példaszerü voltánál fogva a legnagyobb érdeklődésre s méltánylásra tarthat igényt. Ezen szervezés súlypontját kezdetben a szegényalapból segélyezésre jogosult korai tuberculosis-esetek felkutatása s azok sanatoriumi kezelése képezte. A szegényalap bő igénybevételét megkönnyítette Hamburg város azon határozata, hogy a betegekről való gondoskodás (pénzbeli segélyezéstől eltekintve) az egyéb szegénygondozástól eltérőleg a politikai jogokat nem érinti. A hol a törvény nem nyujt módot a szegényalap megterhelésére (prophylaktikusok, előrehaladottabb esetek stb.), külön alapítványok vétetnek igénybe. Különös figyelem irányult a beteg és hajlamos gyermekekről való gondoskodásra, a mely Hamburgban jótékony egyesülések segélyével nemcsak a földhöz ragadt szegények, de a szerényebb középosztály gyermekeire is kiterjed.

Ezen mintaszerü intézkedéseknél legfeljebb az kifogásolható, hogy legnagyobbrészt a könnyü, gyógyulóképes esetekről való gondoskodásra szorítkoztak, míg a súlyos, fertőző esetek elhelyezésére, a fertőzés tovaterjedésének megakasztását czélzó szélesebb körü óvótevékenységre alig terjeszkednek ki. Ujabban azonban a programm ebben a tekintetben is jelentékeny kibővítést nyert ugyancsak *Buchl* kezdeményezésére, a ki azonban időközben más térre helyezve át müködését, annak keresztülvitelét nem kevésbé buzgó utódjára, *Lohse* ezidei szegényigazgatóra hagyta. Az utóbbi nagy előzékenységének köszönöm, hogy alapos betekintést nyerhettem a „tüdőbajosokról való folytonos gondoskodás" („Einrichtung der fortgesetzten Fürsorge für Lungenkranke"), folyó év augusztus 1.-én életbe lépő tervezetébe. Ezen tervezetnek már czíme kész programm, a mennyiben a gondoskodás continuitását hangsúlyozza Manapság ez gyakran hangoztatott követelés, a mennyiben a tapasztalás az eleve felhozható érveknél is jobban demonstrálta, hogy a tüdőbajosoknál a gyógyítás s a prophylaxis terén elért sikerek tartósságát csak a gondoskodó intézkedések tartóssága biztosítja. A követelés nagy méretben való megvalósítását azonban ezen legújabb hamburgi szervezetben látjuk először. A folytonos gondoskodásra első sorban azon családok tarthatnak igényt, a melyek a szegényalapból állandó segélyezésben részesülnek (ilyen család folyó évi május 1.-én Hamburgban 9300 van), a mennyiben valamelyik 14 éven felüli tagjuk tüdő- vagy gégetuberculosisban szenved, vagy arra gyanús, másodsorban a 14 éven felüli olyan betegek familiái, a kik nem részesülnek ugyan állandó segélyezésben, de a szegényalap vagy magánalapítványok költségen jutnak sanatoriumi kezeléshez, ha beleegyezésükkel hozzájárulnak. A betegek felkutatása, a mennyiben azok a gondoskodó állomáson nem önként jelentkeznek, részben a szegenyorvosok által, részben a Hansavárosok biztosító intézete s a kórházak segélyével történik. Ezenkivül gondoskodás alá vétetnek a sanatoriumi kezelésre szánt betegek, a mig elhelyezésük megtörténik s a sanatoriumból elbocsátottak, ha ezt az intézmény bizalmi orvosa szükségesnek tartja. A gondoskodás első sorban orvosi. „A szegényorvosok az illető családokban a házi orvos teendőit látják el." Közelebbről: kötelesek a beteget a szükséghez képest, de legalább havonként meglátogatni, legalább kéthavonként megvizsgálni, életviszonyai iránt pontosan tájékozódni, a családtagokat megvizsgálni, s ezek alapján minden esetben nem sablon szerint, de az eset igényeihez képest tegyék meg, vagy kezdeményezzék a szükséges intézkedéseket. A betegeknek az óvóintézkedésekben való kitanítása s azok ellenőrzése az orvos egyenes kötelessége. Alkalmas esetekben a szegényorvos a sanatoriumba való felvétel iránt intézkedjék.

(Folytatása következik.)

Róth-Schulz Vilmos dr.

[1] Die seculäre Curve der Schwindsuchtsterblichkeit zeigt seit den vierziger Jahren ein ganz überraschendes Absinken, eine Erscheinung, die kaum anders, als durch die Sammlung der Stadt erklärt werden kann" stb. irja *Sieveking* az idézett műben.

[2] *Sieveking* városi főorvos úr volt szíves a hivatalos adatokat közölni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Oberländer und Kollmann: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Complicationen. Theil II und III. Lepzig, Verlag von Georg Thieme 1905. A teljes mü ára 20 márka.

Több mint 3 éve,[1] hogy e lap hasábjain a most befejezést nyert munka első kötetét ismertettük. Az első kötet a gonorrhoea kórtanát, különös tekintettel az endoskopiára tartalmazta, ez utóbbi technikájának bő ismertetésével. A munka további részei, a melyek a chronikus gonorrhoea gyógyitásával foglalkoznak, a szerzők által eredetileg tervezett kereten túlnőve, hosszabb idő mulva jelenhettek csak meg, mint azt a szerzők hitték és a kiadó hirdette. A várakozás hosszú idejéért a munka terjedelme kárpótol. A terjedelem, mint Oberländer maga mondja, azért vált a mostanivá, mivel 25 évi gyakorlatának eredményeit, gyógykezelési elveit tartalmazza a maguk teljességében. Ezen teljesség teszi a munkát igazán hézagpótlóvá. Oberländer és tanítványa Kollmann az idült kankó gyógykezelésében irányt képviselnek, a melynek lényegével nemcsak a gyakorló orvosok, de a specialisták túlnyomó része sincs tisztában. A könyv megjelenésével végre megadja a tisztán látás lehetőségét és igy azt véljük, hogy nem czéltalan kezdésünk, a midőn a könyvismertetések keretén kissé túllépve, bővebben ismertetjük szerzőknek e munkában letett elveit.

Kiindulva azon helyes felfogásból, hogy minél nehezebb valamely baj gyógykezelése, annál egyszerűbbnek és megbizhatóbbnak kell lenniök a vizsgálati módszereknek, szerzők úgy a müszerek technikai tökéletesítésére, mint használatuk módszertanának kiépítésére a legnagyobb gondot fordították. Nem szenved ugyanis ma már kétséget, hogy *a chronikus gonorrhoea céltudatos gyógykezelése müszereknek a beteg szervbe való bevezetése nélkül nem képzelhető el.* Ez elvet szerzők legintransigensebben vallják. A diagnosis is lehetetlen, a mint hogy lehetetlen ezek nélkül a gyógykezelés is. *Ha mégis meggyógyul, úgy nem volt chron. gonorrhoeával* dolgunk. De ha szükséges is minden esetben a müszeres beavatkozás, úgy kétségtelenül a legnagyobb müvészet kellő időben a müszeres gyógykezeléssel szünetelni és a sikert bevárni. Nem szabad azonban a beavatkozások megválasztását és a gyógykezelés irányát és terjedelmét a bakteriologiai lelet által befolyásoltatni. Ez pedig távolról sem lekicsinylése a bakteriologiai leletnek. Kétségtelen ugyanis, hogy a chronikus gonorrhoeát összes subjectiv kellemetlenségeivel és objectiv tüneteivel fenntarthatják más bakteriumfajok is, e szerint a gonococcusok hiánya nem teszi a gon. további gyógykezelését feleslegessé, annál is kevésbé,

[1] Orvosi Hetilap 1902. 14. szám

mivel az infectiositás foka és az urethroskopice kimutatható elváltozások között direct arány úgy sem állapítható meg.

A therapia az utolsó 3 évtizedben három irányban mozgott; 1. *a baktericid irány*, mely tekintet nélkül az anatomiai elváltozásokra, a bakteriumok eltüntetését tüzte ki czéljául. A 2. *irány* már a path. anat. viszonyokat is tekintetbe vette. Urethrometerrel, gombos kutatóval diagnostizál, s a ruganyos és merev sondákat bevonja a gyógykezelés körébe, ellenben nem használja a felcsavarható tágítókat. Azonban a sondakezelés sem döntő, vele egyenrangú tényező az összehúzó és edző szerek alkalmazása. Ezek használatának jogosultsága azonban a nyálkhártya kórbonczтani elváltozásának ismeretével megszünt. A szerzők által képviselt 3. *irány*, kellő tekintettel a bakteriologiai kutatásokra, felhasználva a 2. irányban szerepet játszó arg. nitricumot, ezt azonban módosítottan és nem a nyálkahártya elváltozásait meggyógyító czélzattal, *a kezelés súlypontját a húgycsőnek úgynevezett túltágításra* fekteti. *Ezen methodusnak kiépítése képezi az Oberländer* féle *iskola lényegét.* Ezen methodusnak alapjait Neelsen-nek Oberländer által inspirált kórszövettani vizsgálatai adták meg. A megbetegedés lényegét nem a beteg mirigyekben, hanem az egész lobos nyálkahártyában tételezve fel, a kezelést is a nyálkahártya összes elváltozásaira terjeszti ki, kiindulva abból, hogy tágításra és így gyógyulásra az idülten gonorrhoeás beszürődések kevés kivétellel tényleg alkalmasak is. Ezen elváltozások kórismézése, a gyógykezelés eredményeinek ellenőrzése csak endoskopikus úton lehetséges. *Ezért a tágítók használata, jobban mondva alkalmazása csak annak engedhető meg, ki az összes vizsgálati módszereket, első sorban az urethroskopiát teljesen uralja.* Az urethrometerrel vagy gombos sondával való vizsgálás nem adhatja meg a tágítókkal való kezelés kriteriumait.

A jól vezetett, czéltudatos, könnyű kézzel és sebészi tisztasággal végzett műszeres gyógykezelés míg egyrészt teljesen veszélytelen addig másrészt az egyedül biztos, igazi és gyors útja a gyógyulásnak, ezelőtt gyógyíthatlannak tartott esetekben is. Ezen tudományos és gyakorlati tapasztalatukból eredő meggyőződésük mellett szerzők nem zárkóznak el azon talán jogos ellenvetés elől, hogy ez új irányuk az instrumentalis beavatkozások túlhajtásában szenved. Csakhogy ezen túlzások nem az irányból, nem is ez irány megalkotóinak felfogásából erednek, hanem az alkalmazók bűne és orvosi ép úgy, mint specialistikus kiképzésük fogyatékos voltában találja magyarázatát.

Gyakran, kéthetenként, reggel, vizelés előtt, kell urethroskopizálni, szigorú határt kell vonni a húgycső és az adnexek megbetegedései között és a két megbetegedési forma helyes elválasztása és mérlegelése alapján kell megválasztani a kezelés módját. Sok gonorrhoeát nem lehet egyszerre, egy gyógykezelés tartama alatt meggyógyítani. 1—3 hónapos szünet, teljes nyugalom után a kép egészen új alakban mutatkozik. Individualizálni kell és nem szabad a lehetetlent minden áron kierőszakolni. Oberländer szerint a chronikus gonorrhoea gyógyításának balsikerei a tudatlanul vagy elégtelenül végzett urethroskopiából származnak. *A helyes fokozásban, a tágítás hatásának utókezelésében és a tágítás ismétlésére alkalmas időpont megválasztásában rejlik a chron. gon. helyes instrumentalis kezelésének titka.* Már pedig a tágítás határát meghatározni csakis az exact urethronopikus vizsgálat alapján lehet, ép úgy mint a fokozatos tágítás által elért eredményeket csak ezúton lehet mérlegelni. A dilatatio hatásmódjának magyarázatául szolgáljon, hogy ezen hatás nem tisztán mechanikus, hanem dynamikus is, olyan, mely a kóros szövet vitalis tulajdonságaiban hoz létre változást. Ezért kerülendő minden vérzéssel járó, fájdalmas, durva kezü beavatkozás, ezért nem lehet eléggé a beszürődések felszakításától óvakodni ép úgy, a mint nem lehet, a mint már mondottuk, a beavatkozások halmozása által a sikert kiforçirozni.

Szemben azon régebbi, de most is széltében uralkodó felfogással, hogy a chron. gon. azonos a gon. posticával, szerzők megállapítják, hogy a *chronikus gon. által előidézett elváltozások kivétel nélkül a mellső húgycsőben székelnek* és így első sorban instrumentalis kezelésre ez szorul, a hátsó csak időbelileg utánna, legfeljebb mellette. A tágítás határát meghatározni csakis a fokozatos tágítás által létrehozott reactiv elváltozások helyes mérlegelése és a reperativ folyamat exact megállapítása alapján lehet. A teljesen kifejlett férfi normalis urethráját mellső részében az esetek túlnyomó számában 40 Char.-ig lehet tágítani. A tágítást Oberländer és Kollmann már az úgynevezett lágy infiltratióknál (acut gonorrhoea okozta elváltozásoknál) kezdik meg, tulajdonképeni alkalmazásának terrenumát azonban a fél (középerősségü) és egészen merev beszürődések alkotják Ezen legmagasabb fokú beszürődéseket (strikturák) újabb időben Belhorst ajánlatára elektrolytikus módon 4—5 beszúrással gyógyítják.

A *prostatitis kezelésében* annyiban térnek el az általánosabb felfogástól, a mennyiben a kezelés súlypontját a húgycsőre helyezik. Az urethra volt a baj forrása, a duct. prostaticusokban és közvetlen szomszédságukban legkifejezettebb a lob, a mirigy e részletei alkotják a recidivák forrását, e forrásokat kell tehát betömni. Tehát *tágítanak*, a mellett öblítenek, massiroznak, melegítenek, rectumba fecskendeznek, ellenben Janet, kit e helyütt szintén megszólaltatnak, miután előbb, kissé deplacirozottan ugyan, hihetetlen részletességgel elmondták egész öblítési módszerét, csak *massiroz* és *öblít*. Az utolsó rövid fejezet szól a chron. gon. complicatioiról, a chron. folliculitisről, a különös gondot igénylő paraurethralis járatokról, a cavernitisről, a mellékherelobokról, melyek chron. gon.-nál nem mindig a gonococcus, hanem genymikrobák által idéztetnek elő. A mellékherelobоknál *minden kezelés szünetel.* Ez egy igen régi szabály, melyet már igen sokszor támadtak meg, de a mely végre mégis csak érvényben maradt. Rheumatismusnál a baj acut stadiumában a húgycsőnek csak enyhe gyógykezelése engedhető meg, sőt hasznos is, ellenben a *tágítás feltétlenül kerülendő*, a chronikus stadiumban azonban ez utóbbi módszer is teljesen uralomra kerül, ha nagy óvatossággal is.

Az itt elmondottak képezik az eléggé vaskos könyvnek (250 és 170 oldal) lényegbe vágó tartalmát. A könyv első felének javarészét a tágítók technikai leirása, tökéletesítüknek egyes phasisai és használatuk módjának igen terjedelmes leirása tölti ki. Függelékül be van illesztve a húgycső belsejének fényképezése, a női húgycső idült kankójának gyógykezelése és az urethritis papillomatosának leirása és gyógykezelése.

A munkát objective ismertetni, a nagyhirű szerzők methodusa felől a magyar orvosi olvasóközönséget, ha csak nagy vonásokban is, de az adott határokon belül lehetőleg hiánytalanul tájékoztatni volt feltett czélunk. E czél elérésére zavarólag hatna, ha e helyütt egyben-másban eltérő nézetünknek teret engednénk. A könyv a gyakorló orvos számára csak mint ismereteit szaporító és új szempontokat feltáró, minden vontatottsága mellett is érdekes olvasmány jöhet számba, de nem mint tankönyv, a melyből végre megtanulja, hogy gyógyítsa meg a chronikus kankót.

A methodus annyi specialis ismeret elsajátítását tételezi fel helyes alkalmazásának előfeltételeként, oly nagy gyakorlatot, oly finom megfigyelőképességet igényel, hogy valóban kétségbe kellene esnünk, ha osztva a szerzők dogmatismusát, azt vallanók, hogy a chron. gon. csak így, csak csalhatatlanul így gyógykezelhető. Már más helyütt és e lap hasábjain is ismételten hangoztattuk, hogy a chron. gon. gyógykezelésében a legnagyobb haladást nem a gyógyítás művészi tökélyre emelése fogja alkotni egyesek birtokában, hanem a gyógyítás egyszerüvé tétele és az orvosi összesség számára való könnyü hozzáférhetése.

A haladást e methodus a maga sok nyomasztó subtilitásával, a tökéletlen elsajátításában rejlő sok veszélylyel nem szolgálja ugyan, de egyes részeiben legértékesebb, mert kórtanilag legindokoltabb, klinice legrationalisabb, eredményeiben legmegbizhatóbb és sikereiben leggazdagabb azon számtalan kisérlet és irány közül, a mely e baj meggyógyítását valaha czélozta.

Ráskai Dezső dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A diabetes mellitus kórtanához szolgáltat adatokat *O. Baumgarten*. Kisérletekkel bizonyitja, hogy a diabetesben szenvedők bizonyos anyagokat, a melyek aldehyd-természetük alapján rokonságban vannak a szőlőczukorral, vagy a melyek vegyi alkotásuk folytán mint a szőlőczukor oxydatiós termékei a glukosecsoporthoz tartoznak, képesek épen úgy szétbontani, mint az egészséges emberek. Meg van tehát állapítva egyrészt az, hogy

az oxydatio a diabetesben nem szenved zavart, másrészt, hogy a czukorral rokon számos testnek, nemkülönben a czukor hasadási termékeinek oxydatioja is minden nehézség nélkül megy végbe a diabeteses szervezetben. Annak a magyarázatára tehát, hogy a diabetesben szenvedő miért bontja hiányosan a czukrot, azt kell felvennünk, hogy egy olyan folyamat hiányos a diabetesben, a mely folyamatnak előbb be kell hatnia a czukorra, hogy ez azután oxydáltathassék. Ez a folyamat pedig valószinüleg valamelyes fermentativ müködés eredménye. Ha a ferment feladatát: a czukormolekula meglazítását, egyensúlyi állapotából való kihozását teljesítette, akkor az oxydatio már könnyen megy végbe. Érdekes, hogy *Schultzen* már több mint 30 évvel ezelőtt felállította azt az elméletet, hogy a czukor bomlását a szervezetben nem okozhatja közvetlenül az oxyydatio, hanem a czukornak előzőleg már „fermentative hasítottnak" kell lennie. (Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie II. kötet 1. füzet.)

Izzadmányokban levő sejtes elemek vizsgálására *Jagic* a következő eljárást ajánlja: A vizsgálandó folyadék alapos centrifugálása után a folyadékot az üledékről leöntjük s az üledéket mintegy 10 cm³ 2%os formalin-oldat hozzáöntése után jól felrázva, újból centrifugáljuk (a formalin-oldat a leukocyták elölésére való, mert a még élő leukocyta-magvakban a methylenkék leuko methylenkékké alakul át s igy a festés methylenkék- vagy azurfestékekkel eredménytelen). Ezután a formalin-oldatot lepipettázzuk az üledékről s ez utóbbihoz kevés Giemsa-oldatot adunk, melyet ugyanannyi párolt vízzel higítottunk (a Giemsa-oldat követ kezőképen készül: 3 gramm azur II-eosint és 0·8 gramm azur II.-t 60° mellett 250 cm³ glycerinben oldunk és az oldathoz 250 cm³ methylalkoholt adunk). Az üledéket a festékkel jól összekeverve, körülbelül 5 perczet várunk s ezután egy cseppecskét kivéve, mikroskoppal megvizsgáljuk. A készítmény asphalt lakkal körülvéve, hosszamosabb ideig eltartható. Ha a festés nem volna eléggé erős, még néhány csepp higítatlan Giemsa-oldatot cseppenthetünk a higított festék-oldattal kevert üledékhez. (Wiener klin. Wochenschrift, 1905. 40. szám.)

Belgyógyászat.

Köszvényes vagy csúzos eredésű izületi zsugorodások eseteiben jó eredménynyel használja *Moser* a Röntgen-sugarakat. Ujabb közlése szerint azonban e kezelésmód nem csupán zsugorodások eseteiben, hanem általában köszvényben vagy csúzban is eredményes lehet. Főleg friss köszvényesetekben eleinte csak rövid ideig kell behatni engedni a sugarakat, körülbelül 1 perczig ülésenként. Némelyek azon állítása, hogy a Röntgen-sugarak csupán fájdalomcsillapítóan hatnak, nem állhat meg; a sugarak magára a csúzra illetve köszvényre is hatnak. Az eredmény tartósságáról ez idő szerint még nem mer véglegesen nyilatkozni; azt azonban már most is meri állítani, hogy a Röntgen-kezelés az eredmény tartóssága tekintetében sem áll mögötte az eddig használatos csúz, illetve köszvényellenes kezelésmódoknak. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 10. kötet, 1. füzet.)

A thymomel scillae *Winterberg* tapasztalatai szerint nagyon jó eredménynyel használható a gyermekgyakorlatban olyan esetekben, a melyekben rohamokban jelentkező görcsös köhögést kell enyhíteni (tehát szamárhurut eseteiben), vagy a melyekben a sürü, tapadós hörgváladék folyóbbá tétele a czél. A thymomel scillae ugyanis kifejezetten sedativ hatású, másrész a nyálka folyósabbá tevésével az expectoratiót is megkönnyíti. Ezen tulajdonságai miatt felnötteknél is jó eredménynyel használható, főleg a légutak idült hurutos állapotaiban. A thymomel összetétele a következő: 100 rész tartalmaz 0·35 extractum bulbi scillae-t és 14·3 extractum thymi serpylli-t; a többi higított és eczettel gyengén megsavanyított méz. Az említett kivonatok készítése légüres térben történik. Gyermekeknek ½, felnötteknek evőkanálnyi adható 1—2 óránként. (Pharmakologische und therapeutische Rundschau, 1905. 19. szám.)

Sebészet.

Áthatoló mellkassérülésekről értekezik *Haim*, a bécsi Ferencz József-kórház sebészeti osztályáról. Az utolsó 10 évben észlelt 407 mellkassérülés közül 49 volt penetráló, vagyis a pleuraür megnyitásával járó sérülés. A kórokozó tényezők 1. tompa erőszak, 2. metszés-szúrás, 3. lövés voltak. Néhány esetben egészen kisfokú tompa erőszak, mint elcsúszás, elesés után áthatoló mellkasi sérülés keletkezett; ennek mechanismusát a bordatörés által okozott fragmentumok magyarázzák. A sarkalatos tünetek: *bőremphysema*, *pneumothorax* és a *vérzés*, Ugy a bőremphysema, mint a pneumothorax létrejöhet tompa zúzódásnál, valamint nyilt sérüléseknél is; míg a tompa zúzódásnál a tüdő sérülésére utal, addig nyilt sérülés mellett isolált pleurasérülésnél is létrejöhet. A *vérzés* vagy mint haemoptoë vagy mint haemothorax léphet fel, gyakran egyúttal haemo pneumothorax volt jelen. Jellegző, hogy ilyen esetekben a vér nem alvad meg. *Haim* ezt úgy magyarázza, hogy a kiömlött vér serosus pleuraizzadmányt von maga után, a melylyel a vér bensőleg elegyedik s ez gátolja meg az alvadást. Ép ezért serosus izzadmány jelenléte még nem jelenti a pleura infectioját, a 4 esetben vett punctiós folyadék mindannyi esetben sterilnek bizonyult.

49 penetráló sérülés közül meghalt 10 (20%), de 4 esetben egyéb súlyos sérülések (koponyaalapi törés, májruptura, gyomor szúrt sebe, rekeszruptura) is szerepeltek, úgy, hogy voltaképen csak 6 irandó a mellkasi sérülés rovására, ez 12%-nak felel meg.

A gyógyeljárásban *exspectativ* irányzatot követ, még alaposabb sebdesinfectiot sem végez és 17 nyilt penetráló sérülés után egy esetben sem észlelt empyemát. Csak súlyos haemopneumothorax esetekben, midőn aggasztó tünetek: dyspnoë, cyanosis, a szomszédos szervek kihelyezése vannak jelen, végzi a pleuraür tartalmának kiürítését, mert ez esetekben a vérnyomás maga is halált okozhatna. *Haim* ezen conservativ kezeléssel nagyon meg van elégedve. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1905. 79. k.)

Steiner Pál dr.

A supravaginalis amputatiók utáni bélobstructiókról ir *Corner*. A beleknek az intraabdominalis mütéti heghez való odatapadása s ily módon való megtörése és megcsavarodása és az ez által létrehozott ileus az összes laparotomiák közül aránylag leggyakrabban észleltetik hysterectomiák után. Szerző 3 idevágó esetet észlelt supravaginalis amputatio után, míg vaginalis hysterectomia, ovariotomia s egy curettezés okozta méhperforatio után csak 1—1-t. Az okát ennek C. a cervixcsonknak peritoneummal való tökéletlen fedésében látja, melynél fogva a peritonealis varratok átvágnak és hashártyától fosztott granulatiós felületek keletkeznek a méhen, melyhez a belek odatapadnak. A cervixcsonk fedésére ezért egy hosszú hátsó lebenyt ajánl, mely az ilyféle eshetőségeket kizárja. (The practitioner 1905. aug.)

Pólya.

Venereás bántalmak.

Ujabb adatok a Schaudinn-féle spirochaeta pallida ismeretéhez. A *Schaudinn*-féle spirochaeta pallidáról, melyet egyesek már eddig is több-kevesebb határozottsággal a syphilis kórokozójának tartanak, legújabban ismét számos szerző nyilatkozott. E lap hasábjain már több izben (Orvosi Hetilap, 1905. 31., 35., 37. sz.) volt alkalmunk az időnként felszaporodó idevonatkozó munkálatokat ismertetni s igy ez alkalommal csak a legújabban közölt vizsgálati eredményekre kell kiterjeszkednünk. Ezekről is általában az áll, a mi az előbbeni, már ismertetett közleményekre, hogy t. i. nem sikerült mindeddig a kérdést nevezetesebb, elvi jelentőségü lépéssel előbbre vinni. Az újabb munkálatok is csak ismétlik, megerősítik a már ismert és főleg magától *Schaudinn*-tól és *Hoffmann*-tól eredő adatokat, valamint azt, hogy a spirochaeta pallida rendszeresen, úgyszólván állandóan jelen van a korai syphilises nyilvánulásokban. Különösen az utóbbi adat ismétlődik ritka egyöntetűséggel a különböző szerzőknek hol kicsiny, hol bőséges anyagra támaszkodó munkálataiban. Ezen egyöntetűségben rejlik az adat jelentősége, melynek alapján ma már kétségtelen valóságnak kell tartanunk, hogy a *Schaudinn-Hoffmann*-féle lelet tényleg fennáll s objectiv alapon nyugszik, mert különben azt kellene felvennünk, hogy az eddigi, csaknem félszázat kitevő közlemények szerzői valamennyien tévedésbe estek. Ez azonban még mindig nem jelenti azt, hogy a spirochaeta pallida okozza a syphilist, mert egy élő lényre csak akkor mondhatjuk ki határozottsággal kórokozó voltát, ha birtokunk-

ban van összes biologiai (tenyésztés, oltás stb.) tulajdonságainak ismerete, nem pedig akkor, ha annak csak néhány festődési és morphologiai tulajdonságát ismerjük. A spirochaeta pallidára vonatkozó újabb adatok a következők: *Siebert* (Schles. Gesellschaft f. vaterl. Kultur, lásd Wiener klin.-therap. Wochenschr., 1905. 40. sz.) 47 esetről tesz említést, a melyekben a spirochaeta pallidát kereste. Ezek közül 32 kétségtelenül megállapított syphilis-eset volt. A többi 15 esetben egyéb, nem lueses bőrbetegségek szerepeltek. A 32 lueses eset közül 29 secundaer elváltozásokat mutatott; positiv eredményt 21-szer nyert. A spirochaeták egy hered. lueses gyermek májában, mesenterialis mirigyében és lépében is ki voltak mutathatók. Vérben, liquor cerebrospinalisban a spirochaeta pallidát nem tudta megtalálni *Siebert* kiemeli, hogy a spirochaeta pallidának elkülönítése a többi spirochaeta-fajoktól a morphologiai és festődési viszonyok alapján könnyen sikerül.

Érdekes *Guido Nigris*-nek (Spirochaete pall. u. refr. nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues. Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 36. sz.) egy koraszülött magzatra vonatkozó vizsgálata. A magzat testén egy papulo maculosus syphilid fejlödött ki, mire a szerző a sterilen kezelt vérben böven és typusosan úgy refringenst, mint *Schaudinn*-féle spirochaeta pallidát talált. Ezzel szemben kiemeli, hogy vesicator által létrehozott hólyagban, szintúgy pemphigus cont. benignus hulláiban spirochaetákat nem tudott találni. *Nigris* nek e lelete, mely tehát mindkét spirochaeta-fajnak a vérben való együttes jelenlétét bizonyítaná, felette sajátságos és egyedül álló és talán úgy magyarázható, hogy ő a pallidának szélső alakjait már refringensnek tartotta, a mi elvégre könnyen megeshetik, ha a vizsgáló a főtypust nem tartja állandóan szem előtt.

Nagyarányú vizsgálatokat végzett *Mülzer* (Über das Vorkommen v. Spirochäten stb. Berl. klin. Wochenschr. 1905. 36. sz.), ezekből kiderül, hogy a spirochaeta pallida a korai syphiliseseteknek csaknem minden alakjában megtalálható. Vizsgálatai 22 syphilis-esetben 20-szor teljesen positiv eredménynyel jártak. Az ellenőrző vizsgálatok, melyeket nem syphilises egyének különböző bőrbetegségein, valamint teljesen egészséges emberek smegmájával végzett, mindig negativ eredményt adtak, a mennyiben azokban a spirochaeta pallidát sohasem tudta kimutatni. Véleménye szerint a refringens alakot a pallidától megkülönböztetni kellő gyakorlattal aránylag könnyü. *Mülzer* szerint a *Kiolemenoglou* és *Cube*-féle adat, mely szerint nem lueses elváltozások is tartalmazhatnak Schaudinn-féle spirochaeta pallidát, tévedésen alapul és az e szerzőktől leirt spirochaeta-alakot „pseudopallidának“ tartja.

Nagyfontosságú eredménynyel jártak *Kraus* és *Prautschoff* vizsgálatai (Über das konstante Vorkommen der Spirochäte pall. stb. Wiener klin. Wochenschr. 1905. 37. sz.) is. E szerzők kimutatják, hogy a spirochaeta pallida egészséges emberek és majmok szervezetében sohasem fordul elő, szintúgy nem található kóros, de nem syphilises szövetek nedvében sem. Ezzel szemben megállapították, hogy a spirochaeta pallida csaknem állandóan található emberek és majmok syphilises nyilvánulásaiban. Azon körülmény alapján, hogy úgy az emberi syphilis termékeiben, mint a majmoknak experimentálisan létrejött sclerosisaiban a spirochaeta-lelet oly gyakori, szerzők valószinünek tartják, hogy a szóban forgó élő lény a syphilisnek kórokozója. Más nézeten van a kérdésben *Scholtz* (Über den Spirochätennachweis bei Syphilis. Deutsche medizinische. Wochenschr., 1905. 37. sz.). E szerző 50 esetnél többet vizsgált és syphilises termékekben igen gyakran találta a spirochaetákat, a mi szerinte kétségtelenül feltünő lelet. Elitéli azonban azt a felfogást, mely a spirochaetákat a syphilis kórokozójának tartja, mert a spirochaeta pallida nem syphilises egyének bőrlaesioin is található, a mint azt ő maga is ki tudta mutatni egy condyloma acumin.-ban.

Igen nagyszámú vizsgálatot végeztek *Sobernheim* és *Tomaszczewski* (Über Spirochäte pallida, Münch. med. Wochenschrift, 1905. 39. sz.), a kik 58 syphilises elváltozásban és igen sok más, nem syphilis bőrbajban keresték a spirochaetákat. Az 58 syphilis-eset közül csak 8 volt tertiaer, a többi 50 primaer és secundaer jelenséget mutatott. Negativ eredménynyel csak a 8 tertiaer eset járt, a többiben kivétel nélkül ki tudták mutatni a Schaudinn-féle spirochaetát Ezzel ellentétben kivétel nélkül negativ eredményt adott a nem syphilises, egyéb bőrelváltozások vizsgálata. Szerzők a spirochaeta pallida morphologiájára vonatkozólag kiemelik, hogy a csavarulatok száma a harminczat is elérheti s hogy a pallida hossza igen nagy differentiákat mutat. A Schaudinn-féle spirochaetát ők is a lues kórokozójának tekintik.

Positiv adatokról tesznek említést *Grouven* és *Fabry* (Spirochäten bei Syphilis, Deutsch. med. Woch. 1905. 37. sz.) valamint *Krzysztalowicz* és *Siedlecki* (Spirochäte pallida *Schaudinn* stb. Monatshefte f. prakt. Dermatol. 41. kötet, 7. füzet.), a kik közül az előbbiek számos syphilises elváltozáson kivül egy halva született lueses magzat szerveiben (lép, máj) is találtak spirochaeta pallidát. *Krzysztalowicz* és *Siedlecki* közleményének főleg az a morphologiai lelet kölcsönöz némi fontosságot, hogy a spirochaeta pallidák egyik-másik alakja hosszában való osztódást mutatott. Ez olyképen nyilvánult, hogy a spirochaeták egyik fele vaskosabb volt, másik fele ellenben két vékonyabb szárból állott; e két szár csavarulataival olykor egymásba kapaszkodott.

Új és talán fontos morphologiai leletről számolt be legújabban *Herxheimer* (Zur Kenntnis d. Spir. pall. Münch. med. Wochenschr. 1905. 39. sz.), a ki a spirochaeták festésére egy melegen telített, szürt gentiana-ibolya-oldatot használt. E szerző tapasztalata szerint a spirochaeták testében, annak hosszúságához képest többkevesebb kerek, kis testecskék vannak, a melyeknek némelyike a spirochaeta konturjait kis púp alakjában kitolja. E testek legtöbbször elég könnyen festődnek. Ezen intraspirochaetás testecskéken kivül láthatók még olyan apró ovális vagy kerek képletek is, melyek szintén festődnek és a spirochaeták egyik végéhez illeszkednek. De van még egy harmadik fajtája is e képleteknek; ezek teljesen olyan viselkedésüek, mint a második fajta beliek, csakhogy a készítményekben a spirochaetáktól elkülönítve, minden érintkezés nélkül fekszenek. Megemlítjük még, hogy a spirochaeta pallidának protozoon voltát *Herxheimer* feltétlenül elfogadja.

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Gonococcusokat tartalmazó váladékok festésére *Brönnum* nagyon híg (1:10000) methylenkékoldatot ajánl. Szerinte ezen híg oldattal is intensive megfestődnek a gonococcusok, míg a sejtek csak halványkék szint öltenek és így nagyfokú az ellentét a festődésben, a minek folytán a gonococcusok könnyen felismerhetők. (Hospitalstidende, 1905. 21. szám.)

Typhus eseteiben jó eredménynyel használja *Cannaday* a natriumbisulfatot, a melyből 3 óránként ad 2 grammot 60 gramm vízben oldva. A kedvező hatás a natriumbisulfat okozta béldesinfectioból magyarázható. (Ref. La semaine médicale, 1905. 30. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

\+ **Kitüntetés**: *Büben László* dr.-nak, a mária-nosztrai országos fegyintézet orvosának a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

× **Kinevezés.** *Fröhlich Jenő* dr.-t a pénzügyministerium vezetésével megbizott ministerelnök a désaknai sóbányahivatalhoz bányamű-orvossá nevezte ki.

‖ **Választás.** *Nagy Géza* dr.-t Bácsalmáson községi orvossá választották.

— **Gáger Károly** dr. királyi tanácsos gyakorlatát *Arco* klimatikus gyógyhelyen ismét megkezdte.

⊙ **Gyermekgondozónői szaktanfolyam.** A temesvári Fehér-Kereszt gyermekvédőegyesület által hivatásos gyermekgondozónők kiképzésére rendezett második tanfolyam f. hó 29.-én délelőtt 11 órakor tartja záróvizsgáját. A tanfolyam hallgatónői intelligens, négy polgári osztálynak megfelelő előképzettséggel biró nők, jó családok leányai. Elméletileg és gyakorlatilag kiképzést nyertek az összes szakba vágó dolgokról. A cursus időtartama alatt a temesvári állami gyermekmenhelyben és a gyermekpoliklinika egyes osztályain teljesitettek szolgálatot. A végzett növendékek a Fehér-Kereszt gyermekgondozónők országos testvérszövetségének tagjai lesznek, mely szövetség az okleveles gyermekgondozónők erkölcsi és anyagi érdekeit támogatja, állásnélküliség esetén állást szerez, betegség esetében pedig otthont nyujt a gyermekgondozónőknek. A most befejezett tanfolyam az egyedüli az egész országban; de úgy Budapesten, mint más városokban is készülnek már ilyeneket tartani. Az első tanfolyam végzett növendékei mindegyike kitünő állást nyert, kettő közülök mint állami menhelyi felügyelőnő működik.

† **Elhunyt.** *Burckhardt Emil* professor, a sebészet tanára Baselben, 51 éves korában. Burckhardt különösen az urologiai s cystoskopia terén tette nevét ismertté számos dolgozatával.

⋀ **Kisebb külföldi hirek.** *Bignami Amico* dr.-t rendkivüli tanárrá nevezték ki az általános kórtanból a római egyetemen. — *Peter* dr.-t az anatomia rendkivüli tanárává a greifswaldi egyetemen. — Az edinburghi egyetem szülészeti és nőgyógyászati tanszékére, mely Simpsen A. R. tanár lemondásával megüresedett, *J. Halliday Croom* dr.-t, edinburghi nőorvost választotta meg az egyetem curatoriuma.

⊕ **A Virchow-emlékszobor** Berlinben megvalósitása előtt áll, a mennyiben a szobor költségeire szükséges 80,000 márka már rendelkezésre áll. Ez összegből 36,000 márkát a gyüjtés eredményezett, a a többit a berlini városi tanács szavazta meg. A szobrot a Luisenstrasse és Karlstrasse szögletére tervezik.

⋀ **Házassági engedély orvosi bizonyitvány alapján.** Colorado állam törvényhozása elé az orvosi kar törvényjavaslatot terjesztett, mely szerint a házassági engedély úgy a férfiaknak, mint a nőknek csak orvosi bizonyítvány alapján adható meg s hogy az engedély megtagadandó a vizsgálatot végző orvos-bizottság részéről, ha a házasulandók egyike gyógyithatlan betegségben szenved, de akkor is, ha satnya fejlődésü. (Lancet, okt. 21.)

↑ **Goutte-de-lait-congressus.** Október 20—21.-én tartották Párisban az első nemzetközi Goutte-de-lait-congressust. A Goutte-de-lait (magyarul körülbelül „Ingyentej-egyesület csecsemők részére") jótékony intézmény, mely egy franczia orvos, Budin kezdésére létesült 1892-ben. Czélja első sorban az anyák kioktatása kis gyermekeik helyes ápolására, másodsorban sterilizált tejnek az ingyenes kiosztása csecsemők részére. Franczia országban, Németországban és Spanyolországban már számos városban van az egyesületnek rendelő helyisége. Az intézmény teljesen a közönség jótékonyságán s orvosok és orvostanhallgatók önzetlen közreműködésén alapul, a mentő-egyesületek mintájára. A goutte-de-lait működése az ingyentej kiosztásán kivül abban áll, hogy hetenként egyszer, leginkább vasárnap, rendelő órát tartanak, melyben megvizsgálják a behozott csecsemők táplálтsági állapotát, feljegyzik a súlyát, s ha ez az előző héthez képest csökkenést mutat, igyekeznek megállapitani ennek az okát, s tájékoztatják a helyes táplálkozásról az anyát. A rendelést a jelenlevő anyák részére népszerű előadás követi, melynek tárgya a csecsemők helyes gondozása. Beteg gyermeket a rendelő órára nem szabad elhozni.

A csecsemők halálozási arányáról az egyes országokban a következő adatokat olvassuk franczia lapokban a congressus alkalmával. 100 haláleset közül 1 éven aluli gyermekre esik: Szászországban 42, Bajorországban 38, Poroszországban 33·9, Ausztriában 31·8, az Egyesült-Államokban 19·2, Svédországban 17·4, Franczia országban 15. Hogy Franczia országban a csecsemők mortalitása ily alacsony, abban jelentékeny része van a Goutte-de-lait-egyesületnek. Egy franczia országi városban az intézmény behozatalával a csecsemők mortalitása 17·5%-ról 2·28%-ra esett le. De még nagyobb jelentőséget tulajdonitanak ez irányban a Roussel-féle törvénynek (beterjesztette és keresztülvitte Roussel orvos és senator 1874-ben), mely szerint minden oly 2 éven aluli gyermek, a ki dajkaságba van kiadva, állandó orvosi és rendőri felügyelet alatt áll. Erre a törvényre annál inkább szükség volt Franczia országban, mivel ott a csecsemők kiadása falura, „a jó levegőbe", igen elterjedt szokás, még legitim házaspároknál is.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 41. hetében (1905. október 8.-tól október 14.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Élveszületett 435 gyermek, elhalt 236 egyén, a születések tehát 228-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 27·0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 5, convulsiones 4, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordis 11, morbi myocardii 8, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 2, pneumonia 11, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 37, emphysema pulm. 5, pleuritis 2, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 21, 2 éven felüli 5, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 4, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 16, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 5, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 0, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 2, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 3, lues congenita 1, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 3, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3388 beteg, szaporodás 892, csökkenés 812, maradt e hét végén 3422 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 86 (70), vörheny 38 (34), álh. gége- és roncsoló toroklob 18 (15), hökhurut 5 (3), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 49 (53), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 29 (12), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (2), trachoma 0 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Gujasanol" czimű prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

Lapunk mai számához a F. Hoffmann-La Roche & Cie, Basel és Grenzach czég „Digalen" czimű prospektusa van mellékelve, melyre előfizetőink szives figyelmét ezennel felhivjuk.

„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.

Röntgen-kurzusokat

tartok magánintézetemben folyó évi november 20.-ától kezdve hat egymásután következő napon, az esti órákban. Fősúlyt a gyakorlati kiképzésre (átvilágitás, fotografálás, gyógykezelés) helyezem. A jelentkezők száma ötnél kevesebb és tiznél több nem lehet. — Tiszteletdij mérsékelt. — Bővebb felvilágositás levélben. — Jelentkezni lehet november 15.-éig **Dr. Huber Alfréd** Finsen- és Röntgen-intézetében Budapesten, (VIII. ker., József-körút 26. szám).

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék **vérzéscsillapitó vérnyomást fokozó, vérederőnyösszehúzó, szíverősítő, lobellenes** hatóanyaga **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, gynaekologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél mint vértelenitő szer. **Belsőleg:** mint cardiacum és haemostaticum. **Nagy üveg** = 30·0 gr. **Kis üveg** = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere a **kóros** ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák minden időben kaphatók.

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.) Teljes berendezésü 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. — Röntgentherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészet utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Markusovszky-féle jubiláris előadások. (I. előadás 1905. október 23.-án.) 774. l. — Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1905. október hó 23.-án.) 774. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1905. október hó 21.-én.) 774 l. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése. 776. l.

Markusovszky-féle jubiláris előadások.

Tartja **Korányi Frigyes** tanár.

(1. előadás 1905. október 23.-án.)

Mielőtt előadásának tárgyához, az újkori belgyógyászat vivmányainak fejtegetéséhez fogna, előadó szükségesnek tartja indokolni azt, hogy a mai kor belgyógyászatát a belgyógyászat tudománya *új korszakának* nevezi. Széles történelmi alapon jellemzi a belgyógyászat fejlődésének egymás után következő korszakait. Az egyszerű érzéki megfigyelésre támaszkodó észlelés korát, mely Hippokratestől két évezreden át húzódott és az alap nélküli theoriák terén mozgott, az alexandriai iskolának kora váltotta fel, mely a boncztani ismeretek fejlesztésével némiképen positivebb alapot adott az orvostudománynak. Majd Harvey és tanitványainak kora jelenik meg, a ki a vérkeringés felfedezésével és jelentős élettani tanulmányaival korszakalkotó jelentőségű volt. Mind e felfedezések azonban érintetlenül hagyták a tulajdonképeni kórtant, mely az alapnélküli theoretizálás, a skolastika homályos utain tévelygett egész Verulami Bacoig, a kinek inductiv logikája a kórjelenségek elemző fejtegetéséhez vezetett. Ezen időtől fogva kórboncztani kutatások képezik a belgyógyászat alapját, és Morgagni, Hunter, a dublini iskola, valamint a XIX. század elején a franczia iskola és főleg a szövettan megalapitója, Bichat voltak azok, a kik a belgyógyászat kórboncztani alapját megteremtették és Corvisart, Broussais és Laënnec nagyhatású működését lehetővé tették. A franczia iskolát a bécsi iskola váltotta fel jelentőségben, melynek legkimagaslóbb alakjai Rokitansky és Skoda, a kik már kórboncztani elváltozásokra alapitott kórfogalmakat állapitanak meg, s ezzel uralomra juttatják a tulajdonképeni kórboncztani iskolát. A tudomány fejlődésének e szakában lépett fel Virchow, az újkori pathologia egyik legtündöklőbb szelleme. Szakitva az előbbi korszakok elavult theoriáival, megállapitja az összes szervi életfolyamatok egységes kiindulási pontját: a sejtet, és a physiologia és a pathologia alaptörvényét, mely szerint minden sejt sejtből származik. Átvizsgálta, átdolgozta az egész kórtant, melyen át, mint előcsarnokon át lehet a tulajdonképeni orvostanhoz hozzáférni.

Mind e tudományos buvárlatok eredményének egy éles határuk volt, a mely határ ott kezdődött, a hol a betegségek *okainak* fejtegetésével kezdtek foglalkozni. Ez okok hozzáférhetéséhez új irányok, új módszerek, új ideák voltak szükégesek, és ezek voltak azok, a melyek az egész orvostudománynak és speciálisan a belgyógyászatnak legújabb korszakát megállapitották.

Ezen új felfedezések legjelentősebbje a bakteriumok felismerése, a melyhez Pasteurnek korszakalkotó felfedezései vezettek, a ki az erjedésnek vitalistikus theoriáját alapitotta meg, s a kivel majdnem egy időben mutatta ki Davaine, hogy a lépfenét egy állatról emberre átvitt bakterium hozza létre. E felfedezések egymásután maguk után vonták a különböző betegségek kórokozóinak felismerését, melyek között a legjelentősebbek egyike a magyar Semmelweis felfedezése a gyermekágyi láz eredetéről. Igy jött létre a fertőző betegségektől való egyéni és általános óvakodás, igy jött létre az immunitás tana és a serumtherapia. Ezen kutatási irányhoz a kórokozó hatányoknak más irányban való keresése is társult, a mely a szervezet belső elválasztása folytán létrejött betegségeket és azoknak gyógyitását fedezte fel. Az újkori physico-chemiai vizsgálatok szintén belejátszanak a kórfolyamatok szabatosabb felismerésének tanába és a vérnek és a szervezet nedveinek pontosabb ismeretére vezettek. Hozzávéve még a radioskopia kórismézési és gyógyitási jelentőségét, előadó indokoltnak véli a belgyógyászat mai szakát új korszaknak nevezni.

Ezután áttér a typhus tanának újkori fejlődésére, melyben hiven tükröződik vissza a belgyógyászat fejlődésének jóformán minden jelentékenyebb korszaka. Röviden vázolja azt a hosszú folyamatot, a mely alatt a typhus a XIX. század eleje óta a többi lázas betegség közül kivált s Rokitansky vizsgálatai által egységes alapot nyert. Oka azonban még ekkor homályos volt. Egyesek a talajban felhalmozott rothadási terményekben, mások az emberi csatorna bomlási terményeiben keresték; Pettenkofer a talajvíz állásával hozta összeköttetésbe a typhusepidemiák fellépését, míg végre eloszlatták a homályt Eberth és Gaffky, a kik Koch Róbert módszereivel dolgozva felfedezték a typhus bacillusát, megállapitották annak alaktani tulajdonságait, fejlődési módját stb. E felfedezések átalakitották az egész typhus-tant s pedig úgy annak klinikai részét, mint főleg általános gyakorlati jelentőségét, a mennyiben megáliapithatóvá tették a betegségtől való óvakodás szabályait. Kimutatták, hogy a typhus-bakterium a betegnek ürülékeivel távozik a testből. A kiürült bakteriumok úgy nedves, mint száraz közegben hosszú ideig hatóképesek maradnak és főleg az ételek és italokba jutás útján fertőznek. E felfedezések alapján vált lehetővé az egyéni óvakodás, valamint azon széleskörű intézkedések, a melyek a nagyobb epidemiák megszüntetésére, sőt felléptük meggátlására szolgálnak s a melyek hasonlóak a cholera-prophylaxis szabályaihoz.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1905. október hó 23.-án.)

Elnök: **Than Károly.** Titkár: **König Gyula.**

Tangl Ferencz lev. tag két dolgozatot mutat be, melyek vezetésével a budapesti k. m. tud.-egyetem élet- és kórvegytani intézetében készültek.

Az egyik dolgozat **Szili Sándor** „**Az érett magzat vérének hydroxylion- és titrálható alkali-tartalmáról**“ czimű értekezése. Szili vizsgálatait kiviselt magzatok placentaris vérével végezte, melyet közvetlen a magzat születése után a köldökzsinórból nyert. A vérserumban meghatározta a titrálható alkali mennyiségét, továbbá Farkas Géza elektrodjaival, melyeket módositott, a hydroxyliontartalmat. Összesen 31 vért vizsgált. Az eredmények a következők: A magzati vérserumnak hydroxylion-concentratioja a neutrális reactionak felel meg ($0{\cdot}64$—$2{\cdot}29 \times 10^{-7}$ gm. aequ. OH'pro lit.); az értékek többnyire $1{\cdot}1$—$1{\cdot}6 \times 10^{-7}$ gm. aequ. (pr. l.) között mozognak; középérték: $1{\cdot}6 \times 10^{-7}$ gm. aequ. A titrálható alkali mennyisége 0·036—0·050 gm. aequ.-nek (p. l.) felel meg; többnyire 0·046—0·050 gm. aequ. p. l. található; középérték: 0·0448 gm. aequ. A placentavérserumnak titrálható alkali- és hydroxylion-tartalma tehát ép oly nagy, mint az anyai véré.

A másik értekezés szerzője **Hári Pál** dr., czime „**Vizsgálatok a trypsinemésztésről**“.

Hári a trypsinemésztés reactiohőjét vizsgálta olyképen, hogy megállapitotta az emésztési keverék égési melegét — chemiai energiatartalmát — emésztés előtt és emésztés után. A chemiai energiában mutatkozó hiány bizonyos feltételek mellett megfelel az emésztési folyamat reactióhőjének. A kisérletekben az emésztés után tényleg energiahiány mutatkozott, mely a kisérleti hibákat meghaladta, mely azonban az emésztés tartamával és fokával összefüggést nem mutatott. Igy pl. 4 napi emésztés után megállapitott energiahiány 1·6%, 51 napi emésztés után 0·9% volt. Be lehetett bizonyitani, hogy ezen energiaveszteség forrása azon bomlások, melyek az energia meghatározására szükséges bepárlás közben bekövetkeznek és illó szerves vegyületek képződéséhez vezetnek. Elementáris elemzéssel ki lehetett mutatni, hogy a bepárlás közben C és H, esetleg N is vesz el. Magának a trypsinemésztésnek reactiohője zérus.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIX. rendes tud. ülés 1905. évi október hó 21.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Paunz Márk, Winternitz Arnold és Róna Sámuel tagtársakat.

Jelenti, hogy a tagajánlások deczember hó 1.-ig nyujtandók be. Levelező tagok ajánlása indokolandó.

Jelenti, hogy Pálmai Izsó tagtárs szeptember 2.-án elhalt. Ugyancsak elhalt egy régi tagunk, Puky Ákos, a ki mindnyájunknak kedves emlékezetében fog maradni. A 80-as években igen szorgalmas tagja volt egyesületünknek, a ki különösen az antisepsis tanának terjesztésével szerzett érdemeket. Mindkét kartárs emlékét megőrizzük és jegyzőkönyvünkben megörökitjük.

A könyvtár számára beérkeztek adományok: Bókay János, Szántó Manó, Budapest székes főváros, Epstein László, Pándy Kálmán és Tuszkai Ödöntől. — Köszönettel vétetnek.

A bronchoskopia gyakorlati értéke esetek kapcsán.

Paunz Márk: A laryngo-tracheoskopia és bronchoskopia diagnostikus és therapeutikus szempontból bir nagy jelentőséggel. Előadó a „Stefánia“ szegénygyermekkórházban tett számos vizsgálat alapján meggyőződött, hogy a laryngo-tracheoskopia a kisebb gyermekek gégebetegségeinek felismerésére nélkülözhetlen. A vizsgálat chloroformnarcosisban mindig sikerül. A gyermekek a vizsgálatot igen jól tűrik.

A bronchoskopia a mélyebb légutakra kerülő idegen testek eltávolitásánál fényesen bevált. Két esetről számol be. Egy 16 hónapos leány csirkehús evése közben hirtelen elfuladt. A gyermek 1905 junius 16.-án vétetett fel a Stefánia-kórházba. A gyermek lázas, köhög, jobboldali pneumoniája van. Idegen test gyanúja miatt junius 22.-én tracheotomia után bronchoskopia inferior végeztetett. Kiderült, hogy a jobb bronchus szürkésfehér idegen test által van eltömeszelve, mely genyes gyuladást okozott. A bronchusból ömlő geny a látást igen nehezitette, mégis sikerült egy kendermagnyi, genybe burkolt csontszilánkot eltávolitani. Junius 29.-én a gyermek még több apró csontdarabkát köhögött ki, ezután gyors gyógyulás következett be. A gyermek julius 4.-én elhagyta a kórházat.

Ezen esetben sem physikális vizsgálat, sem a Röntgen-átvilágítás nem tudta biztosan kideríteni az idegen test jelenlétét, de sikerült ez a bronchoskopia segítségével, egyúttal a csontdarabka egy részének eltávolítása is.

A második eset 3 éves fiú, a ki 1905. szeptember 6.-án került felvételre dinnyemag-aspiratio miatt. A légzési nehézségek miatt tracheotomia végeztetett, de a dinnyemag nem köhögtetett ki. Miután az állapot javult, a canule szeptember 13.-án eltávolíttatik azon hiszemben, hogy az idegen test észrevétlenül mégis kiköhögtetett. Fuldoklás miatt szeptember 18.-án újbóli tracheotomia. Az idegen test most sem köhögtetett ki. A szeptember 28.-án megejtett bronchoskopia inferior segítségével (mély chloroformnarcosisban) Paunz az idegen testet (nagy fekete görögdinnye-magot) a jobb bronchusba beékelve találta és fogó segítségével a bronchusba vezetett tubussal együtt kihúzta, miután az erősen duzzadt mag a tubuson át nem volt kihúzható. A gyermek október 1.-én gyógyultan elhagyta a kórházat. Ez esetben a bronchoskopia mint therapeutikus beavatkozás teljesen bevált.

A bronchoskopia jelenleg már mindenütt kellő méltánylásra talál. Nevezetesen a bronchoskopia inferior könnyen és jól sikerül előzetes tracheotomia után. Duzzadásra, szétmállásra hajlamos idegen testeknél (növényi magvak és egyéb szerves testek) czélszerűbb az alsó bronchoskopiát végezni, különösen kisebb gyermekeknél. Ezen szétmálló szerves idegen testek nem távolíthatók el mindig teljesen és így az esetleges maradékok utólag kiköhögtetnek. A szájon át végzendő bronchoskopia superior inkább oly eseteknél alkalmazható, a hol az idegen test (fémtárgyak) nem duzzad és nem okoz könnyen infectiót. Ily esetekben mindig kísérlet tehető a bronchoskopia superiorral és csak ha ez nem sikerül, végezzünk tracheotomiát és bronchoskopia inferiort.

Winternitz Arnold: Paunz bemutatásához megjegyzi, hogy a bronchoskopiát az említett idegen-test-eseteken kivül még jó eredménynyel alkalmazták két más bántalomnál, melyek klinice idegen test aspiratiójának tünetei között léphetnek fel és folyhatnak le és pedig:

1. A felső háti csigolyák spondylitisséhez szegődő praevertebralis tályogoknál.

2. A tracheobronchiális mirigyek gümös elgenyedésénél. Az első bántalomnál a praevertebrális tályog a mediastinum posticumban fel, a thoraxapertura fölé emelkedik és ha elég nagyra nő, a nyelő- és légcsövet a gerinczoszloptól elemelve, a tracheát a sternumhoz szoritja. Jellegző ilyenkor az exspiratorius stridor, mely a kilégzés végén a legerősebb. Ha gibbusképződés van jelen, úgy ebből a kilégzési stridorból és a manubrium felett rendszerint jelenlevő tompulatból a praevertebrális tályogot felismerni könnyű. Két esetben diagnostizálták is és szóló mediastinotomia collaris útján meg is nyitotta a tályogokat, mire a légzés felszabadult. Ha gibbusképződés nem jelzi a spondylitist, úgy a kórisme nehéz és ilyenkor nincs más hátra, mint légcsőmetszést végezni és bronchoskoppal deríteni fel a légcsőcompressiót. (Egy esete.)

A tracheobronchiális mirigyek elgenyedése, ha beletörés történik a tracheába, hirtelen támadó suffocatiót okoz és idegen-test-aspiratio gyanúját kelti. Bemutat egy 6 éves gyermeket, kinél hirtelen fellépő súlyos légszomj miatt légcsőmetszést végzett. A canule daczára sem szabadult fel a légzés, mire bronchoskopot vezetett be és ezzel vizsgálta át az alsó légutakat. Ekkor kiderült, hogy a jobb bronchus benyilása felett áttörés van a tracheába, melyen át sajtos törmelékek ömlenek elő. A bennhagyott bronchoskopon át nagymennyiségű sajtos törmelékek ürültek és távolíttattak el; gyógyulás. Általában szabályként állitja fel azt a tételt, hogy ha légcsőmetszés után nem szabadul fel a légzés, úgy azonnal bronchoskophoz kell nyúlni és ennek segélyével kell tájékozódni a trachea sebén át a fennforgó légzési akadály felől.

Az oesophagoskopia gyakorlati értékéről esetek kapcsán.

Winternitz N. Arnold: Az oesophagoskopia lényege, ép úgy mint a bronchoskopiáé, egyenes fémcsövek bevezetése, melyek segélyével a nyelőcső bármely szakaszát a direct megtekintés és a műszerek számára hozzáférhetővé tehetjük. Az oesophagoskopia technikája egyszerűbb, könnyebb, mert a nyelőcső egyrészt reflectorice kevésbé érzékeny, másrészt tágabb caliberű mint a légutak. Felnőtteken a garat és gégebemenet erélyes cocain-ecsetelése után narcosis nélkül lehet a tubusokat bevezetni; gyermekeket azonban narcotizálni kell és pedig elegendő mélyen. Biztonság kedvéért még be lehet a gégebemenetet és garatképleteket 5% cocain-antipyrin aa. oldattal ecsetelni. A csövek bevezetését előadó úgy végzi, hogy a narcotizált beteg a műtőasztalon baloldali fekvésbe helyeztetik, úgy hogy feje, melyet egy betanult segéd tart, a műtőasztalon túlérjen. Most a bal mutatóujjal előhúzza a nyelvgyököt és az epiglottist és az oesophagoskopot ujja mentén a nyelőcsőbemenetbe vezeti. Most a fejet tartó segéd a beteg fejét lassan hátrafelé hajlitja, miközben a csövet lassan előre tolva, az a cart. cricoidea táján mindig érezhető kis akadályon átzökkenve, besiklik a nyelőcsőbe.

A továbbvezetés már semminemű akadályba nem ütközik és ha a fej jó helyzetben tartatik, egészen simán és könnyen megy. A mellkasi részbe érve, a csőben sajátszerű locsogó hang keletkezik, minek oka az, hogy a mellkasi nyelőcsőszakasz nyitott és falai a légvételek alkalmával undulálnak. Mivel a mellkasi nyelőcsőrészlet a háti gerinczoszlop mérsekelt hajlatát követi, mikor a csővel ide értünk, kissé előfelé kell hajtatni a beteg fejét. Általában szabály az, hogy mihelyt a gyűrűporczon túlértünk, azonnal bevilágitunk a műszerbe és azt a szem controllja mellett vezetjük lejebb, miközben a nyelőcső lumenét a műszer előtt szépen kibontakozni látjuk és falait átvizsgálhatjuk. A legkisebb akadályra azonnal meg kell állni, a lument átvizsgálni. Erőszakolni a műszert semmi körülmények között sem szabad. Ha bekelt idegen testeket akarunk eltávolítani, úgy azok beékelődésének magasságát előrement bougirozásokból, a fogsortól számitva centiméterekben ismerni kell. Az oesophagoskopoknak is centimeterbeosztással kell ellátva lenniök. Bemutat 4 idegen testet, melyeket ez eljárással távolított el 1½—3 éves gyermekeknél, úgymint: egy nagyobb üveggombot, mely a gyűrűporcz magasságában volt beékelve, 2 darab 2 fillérest, melyek a manubrium sterni magasságban akadtak fenn és egy hetek óta beékelve volt nadrágcsattot, melyet a bifurcatio magasságából hozott elő. Jó hasznát vette az oesophagoskopiának nagyfokú, heges bárzsingszűkület azon eseteiben, hol a szájon át történő sondázás részint a szűkület excentrikus fekvése, részint annak mély helyzete miatt szálacsokkal sem volt kivihető. Ily esetekben többször sikerült neki oesophagskop segélyével a szűkületet beállitani, és egy szálacsot átvezetve, a gastrostomia felől a retrograd tágitást megkezdeni. Idegen testek eltávolítására az eljárás megbecsülhetetlen, mert a szem ellenőrzése mellett történhetik. Hegyes idegen testeket, mint csontdarabok, tűk, szegek stb. másként mint oesophagoskoppal nem is szabad eltávolítani, mert a vaktában történő eltávolítási kisérleteknél végzetes sérülések jöhetnek létre.

Zimmermann Károly: A bronchoskopiát Dollinger tanár klinikáján 5 év óta gyakorolják. Nincs okuk vele elégedetlennek lenni. Anyaguk bizonyos fokig alkalmasabb, mert felnőtt, narcosisra nincs szükség, de hátrány, hogy a gerinczoszlop kevésbé hajlékony, és ezért rövidnyakú egyénnél a bronchoskop néha nem vezethető be.

A klinikán diagnostikai és therapiai czélból alkalmazzák az oesophagoskopot. Egyszer hysteriás szűkületet, máskor carcinomát találtak. Therapiai beavatkozásként néha az egyedüli eszköz, mert hegyes idegen testek másképen nem is távolíthatók el. Az oesophagoskopiát ülve szokták végezni, helybeli anaesthesia nélkül és zsámolyról néznek bele felülről lefelé.

Pólya Jenő: Kétségtelen, hogy az oesophagoskopia kiváló eszköz az idegen test felismerésére és kihozatalára. De ennek más módja is van a szem controllja alatt. T. i. Röntgen-átvilágitás mellett fémfogóval megyünk be és így controlláljuk cselekvésünket Röntgen-fénynyel. A Graefe-féle fémfogó veszedelmes eszköz. Megakadhat a cartilagocricoideában és nem megy se le, se fel. Ezért jó készen tartani a halcsonton levő szivacsgomolyt, melylyel be lehet mégis nyomni.

Láng Kornél: A bronchoskopiát és oesophagoskopiát anaesthesia mellett kell csinálni. Nem diagnostikai, csak therapiai szempontból. Hogy a stricturát oesophagoskoppal tágitsa-e valaki, vagy a nélkül, ez felfogás dolga. Humánusabb a nélkül csinálni. Forcirozni annyit jelent, mint fausse routeot csinálni, a mi halált jelent. Látott esetet, melyben az oesophagoskop az oesophagus pars laryngeáját ledörzsölte. Idegen testnél is csak akkor szabad alkalmazni, ha már más úton nem megy.

Bókay János: Láng félreértette előadót. Csak akkor csinálnak oesophagoskopiát stricturánál, ha a lumen excentrikus fekvésű, vagy alig permeabilis és ha a szájon át sondáznók, fausse routeot csinálnánk. Paunz esetében a bronchoskopia végzésére a tracheotomiát csak akkor végezték, mikor a szükség azt már megkivánta. Eredetileg a szájon át akarták a bronchoskopiát végezni, bár szóló is ajánlatosnak tartja a tracheotomia után végzett bronchoskopia inferiort.

Navratil Imre: Kétségtelen, hogy a bronchoskopia és oesophagoskopia nagy vivmány. Szólónak is vannak tapasztalatai. Vannak esetek, melyekben a bronchusba beékelődik az idegen test és a bronchoskopia inferiorral se lehet eltávolítani. Egy ilyen esetben szóló a tracheális sebet megnyitotta, a légcsövet kampóval szétfeszítette és ekkor elegendő rés maradt arra, hogy rajta az idegen testet kiköhögje a beteg, a mi meg is történt. Egy más esetben a babszem a jobb bronchuson ült, sikerült megfogni, de mikor meg akarta fogni a műtő, kettépattant, az egyik fél a jobb, másik a bal bronchusba ugrott és a beteg megfulladt. Ezért szóló jobb szereti, ha az idegen test solid, pl. pénzdarab. A bronchoskopia kétségtelenül diadalát üli.

Az oesophagoskopia könnyebb, traitabilisebb. Felnőtteknél nem szükséges a narcosis, cocain is czélhoz vezet. Egy lúgmérgezés után beállott szűkület esetében a krajczárt Röntgen-fény mellett vették ki. Beékelt idegen test, pl. csont esetében, ha idejében kapjuk az esetet, oesophagoskop jó szolgálatot tehet, de ha később, tizednapra jönnek, mikor már mélyre befúródott az idegen test, oesophagotomiával lehet csak czélt érni.

Manninger Vilmos: Breslauban látta az oesophagoskopot alkalmazni. Maga még eddig keveset alkalmazta, mert az eszközt nem régen kapta meg. Láng felszólalására az a megjegyése, hogy a ki az oesophagoskopot úgy alkalmazza, hogy ledörzsöli vele a trachea hátsó falát, annak kezébe az nem való. Lényeges javitás a Killián-féle műszer, mely gracilis; bevezetése mandrin segélyével könnyű, mintegy magától becsúszik, ha a cart. cricoideát elhagyta a műszer. Két esetben alkalmazta. Egyik esetben már 5 napja nem nyelt a beteg. 32 cm.-re volt az idegen test, mely husdarabnak bizonyult. Ezt könnyű lett volna úgy is letolni, de hogy mi volt, előre nem lehetett tudni. Ha fogpiécet nyel le valaki, nagyon óvatosnak kell lenni. Egy tabesra gyanús nőbeteg 5 napja nem tudott nyelni, még vizet se, vastag sonda megakadt. Az okot nem lehetett tudni, ezért oesophagoskoppal nézte meg és a Killián-féle eszközzel kihúzta az idegen testet. Két nap mulva jött egy férfibeteg, a ki korcsmában evett, egy barátja hátba ütötte, mikor épen falatot nyelt, s ez megakadt a bárzsingjában. Nem lehetett tudni, nincs-e anatomiai elváltozás, mely a nyelést meggátolta. Az oesophagoskop 25 cm.-re akadt reá a kenyérhéjra, melyet görcsösen befogott a bárzsing; könnyen volt letolható a gyomorba.

Fontos az, hogy van-e idegen test, hol van, milyen viszonyban van az oesophagus falával? Ez mind szemmel látható. Üdvözölni kell

az oesophagoskopot, mint nagy haladást. Más dolog az oesophagusból az idegen testet kihozni, mint oesophagotomiát csinálni, melyben 3 közül 2 meghalt. A bronchoskopiának ugyanez az elve.

Láng Kornél személyes kérdésében szólal fel. Barátja a bronchoskopiának.

Winternitz Arnold: Azon ellenvetéssel szemben, hogy az eljárással sérülések jöhetnek létre, megjegyzi, miszerint ilyen eset az irodalomban, sőt itt Budapesten is ismeretes. De minden therapeutikus eljárást lehet jól és rosszul csinálni. Ha áll azon tétel, hogy minden eljárást megtanulni és gyakorolni kell, úgy ez az oesophagoskopiára kétszeresen áll. Concedálja, hogy az eljárás igenis veszélyes, de csak tanulatlan és brutális kezekben.

Paunz Márk: Fontosnak tartja, hogy diagnostikus czélból gyakrabban kell alkalmazni a bronchoskopot, mint Láng kívánja. Valakit meg hagytak halni, mert baját carcinomának tartották, pedig idegen test volt, mely tályogot okozott és ebbe pusztult el a beteg. Az oesophago- és bronchoskopia alkalmazása előtt klinikailag észlelik, megvizsgálják, megröntgenezik a beteget és csak azután strict indicatio után alkalmazzák a bronchoskopot. Az oesophagoskop, mely bougieval vezettetik be, fájdalmat nem okoz, s kivált ha már a cart. cricoideán túl van, könnyen bejut.

Az oesophagoskopiát Hacker 87 óta űzi és azóta gastrostomiát nem végzett, 27 esetben teljes eredményt ért el. Fogsor kihozatala oesophagoskoppal bajos, mert sérthet; de Killián egy ilyen esetben platindrótot vezetett be, melyet villamárammal megtüzesített, ezzel meglágyította és megkisebbitette a fogsort és igy kihúzhatta felülről. Ez a technika arra indit, hogy az eljárást le ne szóljuk, hanem a tökéletesség magasabb fokára emeljük.

A bronchoskopia szempontjából az idegen testek két csoportra oszolnak, 1. fémtárgyak és csontdarabok, 2. mállékony idegen testek. Czélszerű tracheotomia inferiorból végezni az alsó bronchoskopiát, mely nem hagyja cserben azt, a ki behatóan foglalkozik vele.

Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülése.

(Folytatás.)

III. ülés augusztus 29.-én.

Elnök: *Báron Jónás*, később *Imre József*. Jegyző: *Berger Mór*, *Hollós József*.

1. *Mohr Mihály*: *A gyermekek szemsérülései.* A Bródy Adél-gyermekkórházban nyolcz év alatt 431 ambulans és 94 fekvő szemsérüléses gyermek orvosoltatott. Ezeken szerzett tapasztalatairól számol be.

A sérülések kóroktanának, egyes gyakoribb alakjainak, szövődményeinek, prophylaxisának, prognosisának tárgyalása után a therapiára tér át, melynek szigorúan conservativnak kell lennie. Körvonalozza az enucleatio indicatioit.

2. *Boross József*: *Hosszabb bélresectiók.* Két meteren felüli bélresectio 17 esetét sorolja fel az irodalomból, ezek közül három hazai sebészek esetét képezi. Azon következtetésre jut, hogy a 3 metert meg nem haladó bélresectiók az életet nem veszélyeztetik.

3. *Lévai József*: *A malum perforans pedis aetiologiája.* Előadó a „Klinikai füzetek" 1898. év augusztusi füzetében és a „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie" XLIX. kötetében tanulmányt irt a malum perforans pedisről. A bántalomnak tanulmányozására az anyagot a budapesti „Általános munkás-betegsegélyző pénztár" rendelő intézetében és kórházában 1891—1897-ig megfordult tiz eset szolgáltatta. Ezen eseteknek hosszabb időn át való észlelése, négy esetben műtét alkalmával nyert praeparatumnak boncztani és szövettani vizsgálata alapján előadónak sikerült bebizonyitani, hogy a szóban levő betegség, melynek lényegét ezideig zavaros homály fedte, nem más, mint a „lokalis gangraena, mely a láb egyes ütereinek elzáródása folytán jő létre és a láb ütereinek obliteráló megbetegedésétől feltételezett".

A külföldi orvosi irodalomban kellőképen méltányolták előadónak publicatioját, különösen szövettani vizsgálatainak értékét. Ugy látszott, hogy a malum perforans pedis aetiologiája végleg tisztázva van. Franczia szerzők azonban még mindig a bántalomnak trophoneurotikus eredetét vallják és ezen hibás felfogásból kiindulva kezelik a bántalmat. Eseteik nem bizonyitanak a bántalomnak trophoneurotikus eredete mellett, de közleményeik újra zavart okoztak a malum perforans aetiologiája körül.

Előadó kifejti, hogy a szóban levő betegségnek idegek útján való keletkezése mellett egyetlen elfogadható érv sem szól.

Előadó 1898-ban megjelent közleménye óta az „Általános munkásbetegsegélyző pénztár"-ban újabb 13 esetet észlelt. Ezen esetek közül tizenkettőnél vagy általános arteriosklerosist, vagy a láb ütereinek sklerosisát klinikus vizsgálati módokkal, a IX. esetben szövettanilag is meg tudta állapitani és igy ezen esetek megerősitik az első közleményében beigazolt azon tényt, hogy malum perforansban megbetegedett lábak üterein sklerotikus, primaer megbetegedés van jelen.

A láb üterei megbetegedésének aetiologiai fontosságát a malum perforans pedis keletkezésében és a bántalomnak további lefolyásában igen jól illustrálja négy eset, a melyeket előadó már első dolgozatában publikált és a melyek azóta újra észlelése alá kerültek. Ezen betegek egyikénél előbb kis üterek elzáródása folytán kisebb, majd nagyobb üterek elzáródása folytán mélyebbre hatoló typikus ulcus perforans keletkezett és évek multán magasabb rangú ütereknek obliterálódása mindkét láb és mindkét alszár teljes elhalását okozta.

4. *Falta Marczel*: *A pterygium pathologiájához.* A pterygium által okozott izgalom tüneteinek ecsetelése után hangsúlyozza, hogy a megállapodott pterygium is figyelem tárgyát kell hogy képezze. Felhoz eseteket, melyekben ezek ártalmassága nyilvánvaló volt. Arra a conclusiora jut hogy a szem megbetegedéseinél a megállapodott pterygium a kóros tüneteket növelheti és élesztheti, ilyenkor az feltétlenül eltávolitandó.

5. *Falta Marczel*: *Az orr és a női nemi szervek között levő összefüggésről.* A szegedi bábaképezde anyagából és magángyakorlatából idevágó eseteket hoz fel. Vizsgálásai azon eredményre vezettek, hogy az összefüggés csakugyan fennáll, az orr részéről egyes bántalmai a női nemi szerveknek kedvezően befolyásolhatók, sőt, mint a tiszta dysmenorrhoea esetei is, véglegesen gyógyithatók. Terhes nőknél az orrban mélyebb beavatkozás kerülendő.

Hozzászólt: *Doktor Sándor.*

6. *Béla Pál*: *A conjunctiva cystáiról.* A kötőhártya cystáinak morphologikus, genetikus és histologikus tárgyalása után előadó bemutat, egy nyolczéves fiucska bal felső átmeneti redőjéből általa eltávolitott kis galambtojásnyi cysta-praeparatumot, mely elhelyezödése, falának és tartalmának szöveti szerkezete folytán Krause-mirigyből származott typikus retentionális cystának bizonyult és keletkezésének megindító oka a mindkét szemen blennorrhoea conjunctivae neonatorum után létrejött normális heges zsugorodásban keresendő, melyben a fiúcskát annak idején előadó kezelte és mely különben nyom nélkül gyógyult, de mégis egy Krause-mirigy kivezető csövének eldugulásához vezetett.

7. *Eisenstein Jakab*: „*A trachoma gyógykezelése a szegedi állami trachoma-kórházban*" czimmel értekezést olvas fel, melyben a trachomatherapiával és a trachoma differentiális diagnostikájával általában foglalkozó bevezetés után először sorba veszi a trachoma gyógykezelésére általa használt gyógyszereket és gyógymódokat, mindegyiknél körülményesen leirva, hogy milyen javalatok alapján és mi módon alkalmazza azokat, azután a trachomának különféle megjelenési módjait, stadiumait és bonyodalmait veszi szemügyre, mindegyiknél röviden megemlitvén, milyen gyógymódokat alkalmaz ellenük. Értekezése a „Szemészet"-ben fog megjelenni.

Hozzászólt: *Falta Marczel* és *Mohr Mihály.*

IV. ülés augusztus 29.-én d. u.

Elnök: *Mohr Mihály*; jegyző: *Kain Sándor.*

1. *Klein Mór*: *A méhelőesésekről.* A szegedi m. kir. bábaképezdével kapcsolatos nőgyógyászati kórodán annak fennállása óta (1884. márczius hó 15.) 1905. julius hó végéig összesen 2772 nőbeteg vétetett fel, ezek közül 299 nőbeteg teljes méhelőcsészsel. A méhelőesés 299 esete közül három beteg hörghurut, kettő nagyfokú anaemia, egy terhesség, hét beteg a nemi részek körében talált lobos folyamat miatt későbbre rendeltetett be műtét végett, 6 beteg pedig visszautasitotta a műtéti beavatkozást. A többi 280 esetben a méhelőesés gyógyitása végett műtétet végeztünk.

A műtéti eljárásra nézve *Simon-Hegar* módszerét követtük. *Amputatio collit* 14 esetben végeztünk, három esetben egyedül a nagyfokban megnyúlt mellső ajkból, egy esetben a hátsó ajkból, 10 esetben mindkét ajkból ékalakú részlet kimetszése által. A hüvelycsatorna megszűkítése czéljából *kolporrhaphia anteriort* és *kolpoperineorrhaphiát* végeztünk egyszerre vagy két ülésben. A kolporrhaphia anteriort mindenkor érzéstelenités nélkül végezzük; a kolpoperineorrhaphiánál kezdetben chloroformnarcosist alkalmaztunk, 1886-tól 1898-ig 10% cocain-oldattal való befecskendezés által szüntettük a műtét fájdalmasságát, 1898 óta a II. sz. Schleich-féle anaesthesiát alkalmazzuk kitünő eredménynyel, nyolcz esetben megkiséreltük a morphium (0·01) és scopolamin (0·0003) injectiókat is; de csakhamar visszatértünk a Schleich-féle methodushoz. A kolporraphia posteriort a perineorrhaphiával egyesitve Ω alakú sebfelületet készitünk. A felfrissitést Cooper-ollóval végezzük keskeny szijak alakjában és az igy nyert sebfelületet sublimáttal (1 : 1000) desinficiáljuk és azután egyesitjük, varrásra k. anteriornál catgut-öt, kolpoperineorrhaphiánál ezüstsodronyt használunk, mindkét műtétet egy ülésben hajtjuk végre, a sebvonalat jodoform-porral hintjük be. Az utókezelés exspectativ. A varratokat a XI—XIII. napon távolitjuk el. *Lawson-Tait* szerint 7, *Freund* szerint egy, *Neugebauer* methodusa szerint két esetben operáltunk, két izben pedig a *méhnek teljes kiirtását* végeztük egy esetben a portio vaginalis carcinomája miatt, a másik esetben egy 58 éves nőnél, kinél háromszori műtét nem vezetett eredményre, mert a hypertrophizált méh újból előesett.

Ide számitva — mint gyógyitási szempontból ide tartozó rendellenességet — a *hüvelyelőesés* 132 esetét, a *ruptura perinei completa* 26, nemkülönben a *ruptura perinei* 27 esetét: összesen a kolporrhaphia műtétének 463 esetére vonatkozólag vannak megfigyeléseink.

A műtéti eredményt illetőleg 9 esetben találtunk jelentékenyebb szétválást, hatszor k. anteriornál, kétszer kolpoperineorrhaphiánál és egyszer Neugebauer methodusának alkalmazása után.

Haláleset három fordult elő, egy pneumonia crouposa, egy szivhüdés és egy vakbéllob folytán. A többi 460 eset közül 36 esetben jegyeztünk fel mérsékelt, többnyire egy izben mutatkozó hőemelkedést, súlyos jellegű megbetegedést nem észleltünk, *ennélfogva a műtétet veszélytelen eljárásnak tekintjük.*

A gyógyulási közvetlen eredmény szempontjából *gyógyultan* bocsáttatott el 448 nő, *javultan* távozott kilencz, nem javult három beteg.

A gyógyulás tartóssága tekintetében megjegyzendő, hogy nyolcz beteg kétszer, két beteg pedig háromszor operáltatott az állandó gyógyulás biztositására. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1241/1905. ig. szám.

A pécsvárosi közkórház elmebetegosztályán lemondás folytán megüresedett egy **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előirt minősitésüket, eddigi alkalmaztatásukat, s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal felszerelt és méltóságos dr. báró Fejérváry Imre úrhoz, Baranyamegye és Pécs szab. kir. város főispánjához czimzett kérvényeiket hozzám f. **évi november hó 10.-éig** küldjék be.

A kinevezendő másodorvos évi javadalmazása: 1500 korona fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezés.

Megjegyzem, hogy a mennyiben szabályszerű minősitésű orvos nem jelentkeznék, úgy orvosgyakornok fog kineveztetni, kinek javadalmazása 1200 korona fizetés, lakás és I. oszt. élelmezés leend.

A kórházi alapszabályok értelmében a másodorvosok két évre neveztetnek ki, mely idő igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbitható. Oly másodorvosok, kik ezen idő alatt kiváló szakértelmet és szorgalmat tanusitottak, kórházigazgató meghallgatásával, illetőleg annak előterjesztésére, véglegesithetők.

Pécs, 1905. évi október hó 26.-án.

2—1 *Erreth Lajos* dr. s. k., kir. tanácsos, kórház-igazgató.

5332/1905.

Torontálvármegye antalfalvai járásába kebelezett **Csenta községi orvosi állás** üresedésben lévén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

Mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket f. **évi november 20.-ik napjáig** nyujtsák be.

Az orvos javadalmazása:

1. *a)* évi fizetés . . . . . 1600 korona,
   b) 40 fillér helyi látogatási dij;
2. a szabályrendeletben megállapitott halottkémi és hússzemlédij.

Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó orvos a községi s körorvosi nyugdijintézetbe belépni tartozik.

Antalfalva, 1905. október 24.-én.

3—1 *Lowieser Imre*, főszolgabiró.

951/905. számhoz.

A lemondás folytán a nagyváradi m. k. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állás**, mely 1200 kor. évi fizetés, élelmezés, egy butorozott szobából álló lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve, betöltendő.

Felhivatnak mindazok az orvos urak a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyitvány, továbbá orvosi oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a belügyminister úrhoz czimzett folyamodványukat **1905. évi november hó 10.-ikéig** a nagyváradi m. k. állami gyermekmenhely igazgatóságánál nyujtsák be.

Nagyvárad, 1905. október 21. én.

Edelmann Menyhért dr., igazgató-főorvos.

1999/1905. sz.

A beéli járáshoz tartozó összes községeket magában foglaló **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot nyitok és mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivom, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1905. évi november hó 5.-ig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Javadalmazás:

1. 1000 korona évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a tenkei kir. adóhivatalnál utólagosan fizettetik.
2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy különálló rendelő szoba, udvar és konyhakertből.
3. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkuegyezmény útján megváltatik. 80 fillér beteglátogatási, 40 fillér vényirási dij.
4. Ökrös községben a levágott marhákért, ha a megválasztandó körorvos a vágatási biztosi teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapitott dijak.
5. Ökrös községtől 20 kor., Bogy községtől 4 kor. halottkémlési dij.
6. A megválasztandó körorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógyszertár engedélyezése kilátásba van helyezve.

A választás 1905. évi november hó 8.-án d. e. 10 órakor a beéli körjegyzői hivatal helyiségében fog megtartatni.

Beél, 1905. évi október hó 9.-én.

3—3 *Éder Géza*, főszolgabiró.

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.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készitményt rendelni: Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertozó betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél,

SYR. FERR. POLYBROM. GUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. á Na amon. brom. és 0·005 arsenO, mely nemcsak a vérszegénységet gyógyitja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat. Kellemes izénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

Készíti és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben valamint minden gyógytárban. Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

---

200 évnél több, hogy a rohitschi Styria-forrást akut és idült

Enteritis catarrhalisnál

általánosan és kiváló sikerrel rendelik.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Fürdők, szanatoriumok, pensiók, vendéglők, egyéb ingatlanok, villák **adás-vételét, bérletét;** mindennemű **fürdő-berendezések, épitések, javitások, fölszerelések;** mindennemű **kölcsönök,** prospektusok, **nyári lakások közvetitését** elvállalja a

KÖZPONTI FÜRDŐIRODA Budapest, II., Kapás-utcza 12.

Ugyanott több fürdő 5000—150,000 frtért eladó, bérbe- = adó és több nagy és kis fürdő bérbe kerestetik. =

„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 dijmentesen.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasut 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.

Pilulae kalii jodati perennes Szőllősi 0·20.

Eltartható, czukorral obdukált, nem hydroskopikus, székesfővárosi vegyészeti intézet vizsgálata szerint szabad jod- és jodsavmentes jodkészitmény.

Jodismus még erre disponált egyéneknél sem képződik.

Ajánlva: Prof. Korányi, Prof. Havas, Prof. Irsai, Dr. Török, Dr. Tauszk stb. egyetemi tanár urak által.

Ára 2 korona 60 fillér.

Készitő: **SZŐLLŐSI SÁNDOR** gyógyszerész, Nagymihály.

„Tritin"

Vegytiszta, homogen **növényfehérnye,** legczélszerűbb és legolcsóbb **tápszer.** Irodalommal és dijmentes mintákkal szolgál az ausztria-magyarországi főraktár: **Mr. Camillo Raupenstrauch, Wien, II., Castellezgasse 25.**

Hirdetéseket kizárólagosan

a „Petőfi" kiadóvállalat

(Budapest, VII., Kertész-utcza 16) vesz fel.

„Nervinol Barabás"

Tartalmazza: a Ferrum Calcium, Bromum Natrium Glycerophosphat sóit. Rendkivül gyors felszivódó képességénél fogva a legjobban ajánlható glycerophosphat készítmény mindennemü ideges bántalmaknál, úgymint: neurastheniánál, hysteriánál, ideges gyomor- és bélbajoknál, idegességből és vérszegénységből eredő főfájásoknál, álmatlanságnál. Az étvágyat nagy mértékben fokozza. Reconvaleseenseknél mint erősítő. Jó sikerrel alkalmazzák tabesnél, férfigyengeségeknél.

Több száz elismerőlevél közül egynehány szolgáljon bizonyitékul a „Nervinol Barabás" kitünő voltáról:

A „Nervinol Barabás" nevü készitményt, mely glycerophosphatokat, vas- és brómvegyületeket tartalmaz, neurasthenia és anaemiában szenvedőknél és különösen oly esetekben alkalmaztam, midőn ideggyengeség és vérszegénység mellett egyszersmind izgalmi állapotok csillapitásának kellett megfelelni. Úgy idegosztályomon, mint magángyakorlatomban azt tapasztaltam, hogy a betegek ezen szert szivesen vették, az ideges tünetek nemsokára engedtek és a táplálkozást oly előnyösen befolyásolta, hogy a testsúly is gyarapodott. A hol tehát idegzsongitó, vérképző és megnyugtató szerre van szükségünk, ott a Nervinol jó szolgálatokat tehet.

Budapest, 1903. szeptember hó 30-án.

Donáth Gyula dr.,
egy. magántanár, a szt. István-kórház idegosztályának rendelő főorvosa.

A „Nervinol sec Barabás" szerencsés módon egyesiti a glycerophosphat, vas és brom hatékony sajátosságait. Az ideggyengeség számos esetében, továbbá az idegességen és vérszegénységen alapuló gyomor- és bélbajok, szivneurosisoknál, súlyos betegségek utáni üdülési szakban tapasztaltam jótékony hatását. Jó ize és könnyü emészthetősége folytán minden esetben betegeim szivesen szedték és állandóan jól tűrték. Betegeimnek készséggel ajánlom.

Budapest, 1903. október hó 24-én.

Tauszk Ferencz dr.,
egy. magántanár, kórházi főorvos.

Az Ön által rendelkezésemre bocsátott „Nervinol Barabás"-adagokat köszönettel vettem, s május hótól fogva mai napig számos esetben kipróbáltam. Szivesen ismerem el, hogy a „Nervinol Barabás" nevü gyógyszerösszetétel az ideggyengeség legkülönfélébb alakjainál egyidejü csillapitó és erősitő hatásánál fogva kitünően bevált. Különösen kell kiemelnem feltünő étvágyfokozó hatását, mely annál értékesebb, a mennyiben épen gyenge és túlérzékeny betegeim igen jól tűrték és általán dicsérték. Adagolás módját illetőleg a legczélszerübbnek találtam az étkezés előtt 20—30 perczczel egy fél pohár vizben, esetleg ásványvizben való rendelését napjában 2—3 evőkanállal. Midőn még megemlitem, hogy junius hó óta a szert magángyakorlatomban a próbaadagokon kivül legkényesebb betegeimnél is jó eredménynyel rendeltem, maradtam kitünő tisztelettel

Budapest, 1903. junius 30-án.

kész hive **Ranschburg Pál dr.,** idegorvos.

Örömmel hozom tudomására, hogy a kegyed által forgalomba hozott „Nervinol Barabás" nevü készitményt gyakorlatomban szivesen és gyakran alkalmazom. Szerencsés összetétele folytán a „Nervinol Barabás" functionális idegbajban szenvedőknél úgy csillapító, mint roboráló hatást fejt ki, mi már rövid idő mulva a beteg izgalmi tüneteinek enyhülésében és az idegrendszernek megerősödésében nyilvánul. Ezen szer huzamosabb használat után sem okoz legkisebb emésztési zavart, sőt az étvágyat előnyösen befolyásolja.

Budapest, 1903. szeptember 18-án.

Kiváló tisztelettel **Hudovernig Károly dr.**
egy. tanársegéd, idegorvos

Az Ön által készitett és nekem kipróbálás czéljából felajánlott „Nervinol Barabás" próbaüvegeit márczius hónapban kiosztottam egyes ideggyenge és ideges betegeimnek, hogy annak hasznavehetőségéről meggyőződjem. Látva a kedvező eredményt, mind általánosabban kezdtem rendelni és a mai napig minden esetben, a hol ideggyengeség fennállott, volt alkalmam jó hatásáról meggyőződést szerezni.

Hatása a „Nervinol Barabás"-nak két irányban nyilvánul leginkább: egyrészt nagy fokban csillapit, másrészt mint glycerophosphat az idegeket erősiti.

Meggyőződést szerezve a „Nervinol Barabás" jó hatásáról, ezentúl mindazon esetekben, hol az előbb leirt két hatást elérni akarom, csakis ezen szerhez fogok folyamodni. Megjegyzem még, hogy betegeim elég szivesen vették és nem panaszkodtak, hogy a „Nervinol Barabás" bevétele valami kellemetlen mellékhatásokat idézne elő. Maradtam kész hive

Frey Ernő dr.,
idegorvos.

Az Ön által készitett és forgalomban tartott „Nervinol Barabás"-t számos esetben kipróbáltam és nagy örömömre szolgál Önnel közölhetni, hogy minden esetben kitünően bevált, főleg vérszegényeknél és az ezzel járó neurastheniánál sikerrel használtam a „Nervinol Barabás"-t, a mennyiben betegeim ezen szer bevételénél nyugodtan és jól aludtak, testben gyarapodtak, miáltal az alapbaj, mely az álmatlanságot okozta, feltünően javult.

Szivesen rendelem ezért a „Nervinol Barabás"-t minden alkalmas esetben, annál is inkább, mivel az íze jó, a betegek örömest veszik, étvágyukat **feltünően** javitja. Ezen okból mindenkinek a legmelegebben ajánlhatom.

Budapest, 1903. október hó 26-án.

Szilágyi Sándor dr.,
egyet. orvostudor,
a pesti magyar kereskedelmi bank alkalmazottainak rendelő főorvosa.

A „Nervinol Barabás" készitményt betegeimnek szivesen ajánlom, mert összes eddig észlelt eseteim arról győződtettek meg, hogy ezen hazai készitmény, az alkotó részeinek: glycerophosphat, vas és brom szerencsés arányban való összetétele, jó emészthetősége és jó ize folytán a többi forgalomban levő külföldi készitményekkel teljesen egyenértékű, sőt több tekintetben (nem zavaros, friss) azokat felül is mulja.

Budapest, 1903. október hó 27-én.

Weisz Hugó dr.

Elismerőleg nyilatkoztak még nagyon sokan az orvos urak közül. Például **Décsi Károly dr.** idegorvos, a budapesti megfigyelő-kórház assistense; **Simó Károly dr.** nőorvos, főorvos az aradmegyei kórház női osztályán; **csajághy Szőke Károly dr.** körorvos Csákberényben; **Malmos Miksa dr.** körorvos Abony-Zsadány; **Politzer Alfréd dr.** gyermekorvos, a bpesti szegénygyermekkert rendelő főorvosa; **Ehrlich Alajos dr.** körorvos Kötelek stb.

Már 1—2 üveg elhasználása után is a feltünő javulás megállapitható.

Egy nagy üveg (400 gm.) ára 5 korona, egy 200 gm. üveg ára 2 korona 50 fillér.

Készíti és szétküldi:

Lipótvárosi Szt.-István-gyógyszertár, Budapest

Alapitva 1803. évben. **V., Nádor-utcza 3. szám** **Telefonszám: 37—87.**

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.
Hatása biztos. Beszerzése olcsó.

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész
Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

Kriegner féle
TOKAJI CHINA-VASBOR

Vérszegénység, étvágytalanság, sápkór, idegesség gyógyítására és gyenge gyermekek erősbítésére a leghatásosabb készítmény.

Legmagasabb vas- és chinintartalma és a tokaji bor elsőrendű minősége folytán számos orvostanár rendeli.

Reell alapon készült megbizható kellemes izű magyar vas-specialitás. Óvakodjék a silány, bár hangzatosabb reklámmal hirdetett utánzatoktól.

Kapható 3.60 és 6 koronás üvegekben a készítőnél:
„MAGYAR KORONA" gyógyszertár, Budapest, VIII., Kálvin-tér.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

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.

RONCEGNO
természetes arzen-vasasforrás
ismeretes és gyógyüzemben 1856 óta.

Minden országban egész éven át legjobb sikerrel alkalmaztatik **házi kúrákhoz**; ajánlva számos orvosi tekintélytől **vérszegénységnél, chlorosisnál, a vér megbetegedéseinél, malariánál** és utóbajainál, **bőr-, ideg- és női bajoknál**, Basedow-kórnál stb.

Kapható minden gyógyszertárban.

Dr. EMMERICH gyógyintézete
ideg-morphium-alkoholbetegek stb. részére.
Baden-Baden. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer és kin nélkül; a fecskendő rögtön nélkülözendő; a kúra 4—6 hétig tart. Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

Tulajdonos és vezető orvos: **Dr. Arthur Meyer.** **2 orvos.**

Leukrol. Új, korszakalkotó, meglepő gyorsan és feltétlenül biztosan ható gyógyszer **vérszegénység, sápkór** és annak összes következményes, anaemiás állapotai ellen. Gyors és biztos hatásával az összes eddig ismert és alkalmazott szereket felülmúlja, bármily nevűek és összetételűek is azok. **Egyetlen belső specificum fluor albus non gonorrhoicus ellen, hámulatos és kétségtelen hatással.** Adagja: 5—6 db. tabletta pro die; 4-szer naponta 1 nagy teáskanálnyi a fluidextractumból.

Haemorrhoisid. Új, gyors és feltétlenül biztos hatású belső szer **aranyér-csomók** ellen, melyeknek terhes tüneteit 2—3 hét alatt teljesen megszünteti. Adagja: 3 db. tabletta pro die; 3-szor naponta 1 nagy teáskanálnyi a fluidextractumból.

Thiovinal. Orvosilag ajánlva, a légzőszervek minden megbetegedéseinél, Bronchitis, Phthisis pulm. stb.

Extr. fluid. Orthos. Sok éven át kipróbált, kiváló szer **vesekövek, epekövek, hólyagkövek, hólyaghurut, vizeletretentio** stb. eseteiben, kitünő hatásával a legkedveltebb forrásvizeket messze felülmúlja. Adagja: 4-szer naponta 1 nagy teáskanálnyi egy csésze felmelegitett vízben.

Nirvenol. Feltünő gyors hatású **csúznál, köszvénynél**, valamint **zúzódások, distorsiók, izomrándulások** stb. után fellépő fájdalmak gyors elhárításában. Alkalmazása folyékony bedörzsölés alakjában történik.

Irodalom az orvos uraknak rendelkezésre áll. — Eladás csak gyógytárak részére. —
Főraktár: G. & R. Fritz, Wien, I., Bräunerstrasse 5. Gyógyárúnagykereskedés.
CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERSGEHOFEN.

„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.