

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGANTANÁR,
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 Babarzi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 854. lap.

Ónodi A.: A rostaüreg mucoceljeje. 858. lap.

Manninger Vilmos: Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.) Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával. 859. lap.

Tárca. Győry Tibor: A történelmi igazság a Czermak-Türek-féle ügyvezetett prioritási harcban. 862. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismeret. Fingert: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. (Ráskai Dezső.) 863. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bond: Nyálkahártyával bevont csatornáknak és mirigykivezető csövekben észlelhető felhagyó áramlások és ezek befolyása a fertőzés keletkezésére. (Pickler Rezső.) — Belgyógyászat. B. Fischer: Aneurysmák kísérletes előidézése. (R. Zs.) — A. Schmidt: Az idült obstipatio kezelése. — Collatz: Botulismus esete. (H. P.) — Idegkórtan. Erb: A tabes kezelése. (Kollarits Jenő.) — Sebészet. Brünning: A rákos gyomor resectioja. (Steiner Pál.) — Craig és Ellis: Cargile-hártya. (Pólya.) — Gebele: A korai masszálás és

mozgatók törések kezelésénél. (Pólya.) — Jonnesco: Pylorusszűkület alapján fejlődött tetania. (Pólya.) — Brünning: A biceps brachii s a tibialis anticus inának subcutan szakadása. (Pólya.) — Meyer Westfeld: Mediastinopericarditinek cardiolysis után gyógyult esete. (Pólya.) — Börlórtan. Vörner: Tömény karbolsav használata. (Guszmán.) — Lengefeld: Hyperhydrosis. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Aronheim: Alsószékfélék gyógyítása. — Weissmann: Collargol. — Bresler: Neuronal. — Haburn: Brachialis neuralgia és ischias. 863-867. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezések. — Kopits Jenő. — Pólya Jenő Sándor. — Ötvös József. — A budapesti orvosi kör országos segély-egylete. — A Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. — 85 éves keresetképtelen collega számára adakozás. — Neisser tanár. — Bakteriumok életképessége földbe eláított hullákban. — A londoni orvosi társulatok egyesülése. — A liszaboni nemzetközi orvos-congressusról. — Megjelent. — A szolnok-doboka vármegyei „Rudolf“-kórház. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Markusovszky-féle jubilaris előadások. — Nemzetközi sebésztársaság I. congressusa. — Közkórházi Orvostársulat. — Debreceni orvos-gyógyszerészegylet.

Mellékletek. Gyermekegyógyászat. 4. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. egyet. tanár. — Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning „Pyramidon“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Kollarits Jenő dr., tanársegédétől.

Ebben a dolgozatban azoknak az öröklött idegbajos eseteknek tanulságait kívánom levonni, a melyeket az egyetemi idegklinikán Jendrassik tanár úr 1902-ben megjelent munkája óta megfigyelni alkalmam volt. Erről a kérdéstről számos közlemény jelent meg és ezek közül igen sok ad irodalmi összefoglalást, a melynek megismétlése céltalan volna. Ezért csak azokról a dolgokról emlékszem meg, a melyek valamely itt megbeszélendő kérdésre világot vetnek.

Az izomatropiáknak különféle, addig egymástól elválasztott alakjait a közös tulajdonságok alapján Erb¹ foglalta össze egy betegséggé. Ezen összefoglalásban döntő volt az izomzat szövettani leletének azonos voltán kívül azon körülmény, hogy a dystrophia különböző típusai egy ugyanazon egyéneken egyesültek, illetve, hogy az egyes alakok egymásba folytak. Nyilvánvalóvá lett ezenkívül a dystrophia egyes alakjainak közös kóroka, az öröklés is. Jendrassik² tovább vitte ezt a gondolatmenetet és 1896-ban megjelent munkájában egybefoglalta az öröklésből származó többi idegbajokat az öröklött vagy családi degenerációk neve

¹ Erb: Neurol. Centralbl. 1883. 452. l. és Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. I. k., 1. l.

² Jendrassik: A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában. Orvosi Hetilap. 1896. 522. l. — Az átöröklődő idegbajokról. U. o. 1898. 347. l. — Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. U. o. 1902. 676. l. — Az átöröklődő idegbajok. Belgyógyászat kézikönyve 1899. VI. köt.

alatt, kifejtve az egységes kóroktól létrehozott bajok együvé-tartozását. A közös kórokon kívül ezen összetartozást bizonyítja, hogy az egyes kóralakok határ nélkül mennek át egymásba. Így Jendrassik dolgozatában kimutatja, hogy az öröklött merevgörösös bénulás tünetei egyes családokban tisztán maradnak, másokban látászavarokkal, ismét másokban beszédzavarral, szemizombénulással, nystagmussal társulnak. Néha reszketés és ügyetlenség, vagy elbutulás szegődik a kórképhez, azok az esetek pedig, melyekben incoordinatio is áll fenn, átmenetet adnak a Marie-féle herédo-ataxie cerebelleuse felé, mely viszont a Friedreich-féle ataxiával áll rokonságban. Ezek szerint a családi degenerációk elnevezése alá mint typosokat foglalhatjuk a dystrophiás, merevgörösös, Friedreich-féle stb. alakot. Ez a beosztás az újabb munkákban elfogadásra talált, a mennyiben a megfelelő esetek közlései családi idegbajok vagy heredodegenerációs idegbajok címe alatt jelennek meg.

Ezek az átmeneti formák, a melyekről mint nem typosos esetekről szokás szólni, igen fontosak mint az egyes alakok közt fennálló kapcsolat bizonyítói és most, hogy a kutatók figyelme azok felé fordult, meglehetősen megsaporodtak. Bernhardt¹ apa és fiú kórtörténetét közölte, betegek paroxysmális családi bénulásban és dystrophiában szenvedtek.

Ide tartozik Jendrassik 3. közleményének XV. észlelete, melyben Friedreich-kór tünetei mellett szemizombénulás és juvenilis dystrophiának megfelelő tünetek voltak együtt. Ezen családban egy újabb megbetegedés támadt, ezt alább közlöm. Bäumlín² közleménye rokonszülöktől származó testvérpárról szól, a kik egészben véve a Friedreich-féle ataxia képét adták, de a mellett

¹ Bernhardt: Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscul. progr. und deren Combination mit periodischer paroxysmaler Lähmung. D. Zeitschr. f. Nhk. VIII k., 111. l.

² Bäumlín: Über familiäre Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1901. 20. köt., 265. l.

kifejezetten pseudohypertrophiások voltak. *Bing*¹ eseteiben a 42 és 36 éves testvérek öröklött kisagyvelői ataxiában és izomdystrophiában szenvedtek. Az idősebb testvér bonczolása szövettanilag is mutatta a két kóralak egyesülését.

A merevgöresös bénulás és az izomdystrophia között is vannak átmenetek, ezek klinikailag izomatropiákban nyernek kifejezést, a melyek mellett az inreflexek fokozottak.

*O. Maas*² két testvér: egy 29 éves férfi és 26 éves nő kórtörténetét közli. A fiú 13 éves korában kezdett gyengülni, a leány 12 éves korában lett beteg. A férfin egy év alatt majdnem az egész izomzat sorvadt, az arcz és rágóizmok gyengültek, a beszéd dünyögő volt, e mellett az inreflexek fokozottak voltak és lábelenus volt kiváltható. A leány betegsége hasonló képet adott, csak hogy itt a merevgöresös állapot még kifejezettebb volt. Itt tehát merevgöres és izomsorvadás együtt támadt a két testvéren. Szerző az eseteket valami ismert kóralakhoz igyekszik csatolni, de sem a dystrophiához, sem a neuralis izomatropiához nem sorolhatja, mert ezekben nincs merevgöresös tünet, bár a kórkép mind a kettőhöz hasonló vonással bír. A *Friedreich*-féle ataxiában viszont nincs izomsorvadás. Izomsorvadás és fokozott reflex az amyotrophiás oldalsclerososisban fordulhat elő, de az e bajhoz sorolt esetek későbbi korban támadtak. Így a meglévő kórképek egyike sem követelheti magának ez észleleteket.

Maas e cikkében az angol *Gee* és azonkívül *Seeligmüller*³ közleményeit említi meg, melyeket a szerzők családi amyotrophiás lateralsclerosis néven írnak le. *Seeligmüller* egy családot ismert, melyben a nagyszülők unokatestvérek voltak. Hét gyermek közül négy betegedett meg ugyanazon bajban, mely csak fokozatilag különbözik. A gyermekek 10, 8, 6³/₄, 1¹/₂ évesek, körülbelül ³/₄ éves korukban kezdtek betegek lenni. Atróphiák és contracturák együtt jártak az izmokban, a beszéd nehézkes volt, később a nyelvnek alig maradt egy kis mozgása.

Hasonló esetekről szól *Hoffmann*⁴ közleménye, mely négy testvér betegségét ismerteti, a kik gyengeelméjűek voltak, beszédjük nehézkes volt, athetoid mozgásokat végeztek. A felső végtag inreflexei két esetben, a patella-inreflexek mind a négy esetben fokozottak voltak, dacára annak, hogy az első esetben a czombizmok paresisban voltak, a második esetben a m. quadriceps béna volt; e mellett mind a négy esetben izomatropiák állottak fenn a test különféle izmaiban. *Hoffmann* a további közlésektől várja ezen esetek önállóságának eldöntését. Bonczolás-lelet az említett esetek egyikében sincs.

Jendrassik harmadik közleményében, mely egész sorozatát tartalmazza a nem osztályozható eseteknek, ugyancsak találunk hasonló adatokat. A második észleletben szereplő *Sch.* család 5 tagja beteg. A tünetek izomrövidülésben és izomsorvadásban állanak, e mellett a felső végtagok remegnek és a betegeknek nystagmusuk is van, az inreflexek fokozottak. Ezen testvérek közül az egyiket később a klinikára felvettük, itt hosszabb észlelés után meghalt. A szövettani vizsgálat, melyet megejteni alkalmam volt és a melyet alább közlök, kiderítette, hogy az izmokban a dystrophiához hasonló elváltozások voltak találhatóak, e mellett a pyramis-pályák a merevgöresös bénulásnak megfelelően fajultak el.

A VII. észleletben leirt két testvéren lábeltorzulás, gerincoszlop görbület, látászavar, dünyögő beszéd, intendált remegés voltak a főtünetek. Az inreflexek fokozottak voltak, az idősebb testvér alszára aránytalanul vékony, mind a két beteg izomzata gyenge volt. Ezen esetek mutatják, hogy a pyramis-pályaelváltozás és a dystrophia szövődését nem czélszerű külön typossá emelni, hiszen a többi tünetekben mindegyik család más-más képet ad.

¹ *Bing*: Eine kombinierte Form der hereditären Nervenkrankheit. (Spinocerebellare Heredoataxie mit Dystrophia musculorum) Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1905. 83. köt., 199 l.

² *Maas*: Über ein selten beschriebenes familiäres Nervenleiden. Berlin. klin. Wochenschr. 1904. 832. l.

³ *Seeligmüller*: Einige seltene Formen von Affektionen des Rückenmarkes. Deutsch. med. Wochenschr. 1876. 185. l.

⁴ *Hoffmann*: Über einen eigenartigen Symptomencomplex, eine Combination von angeborenen Schwachsinn mit progressiver Muskelatrophie, als weiteren Beitrag zu den erblichen Nervenkrankheiten. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1895. 6. köt., 150. l.

Ugyancsak sajátos csoportosulása a kórtüneteknek a X. észlelet, melyben 2 nőtestvéren előhaladott korban lassanként támadt ptosis és a külső szemizmok bénulása és inreflexhiány.

Jendrassik az öröklött elfajulásokra nézve megemlíti, hogy azok a szervezet minden szövetét illethetik, az idegrendszert, az izomzatot, a kötőszövetet, a csontokat, az egyes szerveket. Így észlelünk soványságot, obesitást, achondroplasiát, osteo-dystrophiát stb. Ezek az alakok egymás között is szövődnek. Így a *Jendrassik* 1. közleményében leirt egy családban obesitas társul a családi merevgöresös bénuláshoz, a 3. közleményben pedig példait látjuk a dystrophia azon típusának, mely a csontok és szalagok ellazulásával jár. Ezekben az esetekben a dystrophia többnyire az egész izomzatra kiterjed és egyenletesen oszlik el, leginkább az arcizmok, a légzési és zsigeri izmok maradnak épen. A sorvadt izmok rövidülése mellett egyes ízületekben fokozott a mozgathatóság, a láb equinus vagy varoequinus állásba kerül, a gerincoszlop oldalt görbült. Ennek szép példái az említett közlemény III., IV., V., VI., VII. és XV. számú észleletei, melyekben a gerincoszlop elferdülése részben a dystrophiához, részben a merevgöresös családi bénuláshoz, részben a *Friedreich*-ataxia és dystrophia átmeneti alakjaihoz csatlakozik.

Ez a csontelváltozás első megtekintésre az izomatropiák következményének volna gondolható, de az adatok mást bizonyítanak. Már *Friedreich*¹ közölt egy esetet, melyben előhaladó izomatropiához csontatrophia társult és a csontelváltozásnak az izom elfajulásából való magyarázata ellen azokra az esetekre hivatkozik, melyekben kiterjedt izomsorvadás nem járt csontsorvadással.

Schultze munkájában 2 testvérről van szó, a kik közül az egyik pseudohypertrophiában és csontsorvadásban, a másik egyszerűen csontsorvadásban szenvedett. Ebben a családban a csontok vékonyodása a dystrophia folyamán fejlődött ki. *Schultze* a folyamatot csontdystrophiának nevezi és kifejti, hogy a csont és izomzat elváltozása egy ok következtében támadt. *Schultze*² egy másik munkájában figyelmeztet a fej alakjának gyakori megváltozására, 11 dystrophiás esete közül ötben volt deformált a fej. A deformatio gyakran csontkidudorodással járt.

Több ilyen észleletem van, melyben nagy fej mellett aránytalanul kicsinyek a fülek. Érdekes csontelváltozások voltak *Eulenburger* egy infantilis dystrophia esetében. A beteg feje rövid, részaránytalan volt, a fülek elálltak, alaktalanok voltak, orresontja vastag és elődudorodó volt. Ugyancsak megvastagodott a clavicula is, mely ezenkívül meg is hosszabbodott és acromialis részében kihajlott volt, a mellkas összenyomott, a szegycsont és bordák keskenyek voltak. Kis fokban vastagok voltak a metacarpal csontok és az ujjbasis phalanxai, különösen ízületi végeikben. Ezen munkák még *Le Gendre* csontatrophiával járó esetét említik.

Ugy ezen csontelváltozásokra, mint egyéb átmeneti alakokra nézve magam is szerezttem tapasztalatokat. Nem említi a kisebb gerincoszlopelgörbületeket, az V. számú észleletben leirt pseudohypertrophiás család egyik leánytagja fejlődésben elmaradt, 16 éves kora ellenére csak 135 cm. magas, hónalján és fändombján nincs szőrzete. Sajátos körülmény, hogy ez a fejlődési elmaradás a család többi tagjain, sem a 3 dystrophiás testvéren, sem a többi gyermekeken nincs meg, bár az öröklött rendellenességek ugyanazon család tagjain egyenlők szoktak lenni. A családban több kis termetű nincs, az anya középnyag, az atya magas termetű. A VI. sz. észlelet lúdtalpas anyától származó két pseudohypertrophiás fiútestvér kóradatait tartalmazza. Az idősebb testvér 15 éves, feje rendkívül nagy, 56,5 cm. körfogatú, a koponyacsontok kidudorodók, fülei kicsinyek, ferdén állanak, az alsó fogsora néhány millimeterrel előbb áll, mint a felső, a gerincoszlopa kevésbé görbült, de mellkasának alakja is szabálytalan, alul szélesebb mint felül. A fiú 6 éves öcscsének 55 cm. kerületű feje van, mellkasa szintén alul szélesebb mint felül. A VIII. sz. észleletben

¹ Idézet: *Schultze*, Über Combination von familiärer progressiver Pseudohypertrophie der Muskeln mit Knochenatrophie und von Knochenatrophie mit der Spondylose rhizomélique bei zwei Geschwistern (mit Sectionsbefund in einem Falle). (Deutsch. Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1899. 14. kötet, 459. l.)

² *Schultze*. Beiträge zur Muskelpathologie. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1895. 6. kötet, 71. l.)

leirt 18 éves fiú esontrendszere jelentékenyen eltorzult, a gerincoszlop elferdült, a mellkas lapos, a szegycsont beesett, a bordák alsó széle kiemelkedő. A zápfogak egymást érik, a metsző- és szemfogak ellenben nem, az alsók felső szélei 0.5 cm.-rel lejjebb és 4 mm.-rel hátrább állanak, mint a megfelelő felső fogak szélei. A IX. sz. észlelet dystrophiás fiúra vonatkozik, a kit 10 és 17 éves korban vizsgáltam, az első alkalommal a koponyacsontok kidudorodók voltak, a gerincoszlop lordosisban állott, a mellkas alsó része széles volt, a beteg lúdtalpas volt és két év óta dobverőujjai fejlődtek. A második vizsgálat idején már nagyfokú kyphoscoliosis fejlődött ki, a kéz- és ujjcsontok megvékonyodtak, a dobverő ujjak azokkal élénk ellentétben állottak, az ujjperczek túlfeszíthetők voltak, a gerincoszlop mellkasi kyphosist mutatott. A X. sz. észlelet 14 éves dystrophiás fiúról szól, a ki korához képest túlságosan fejlődött, erős hónalj- és fanszörzete van, mellkasa lapos, alul széles, feje nagy. A XII. sz. észleletben, juvenilis dystrophia-esetben, szabálytalan a fejalkotás, a mellkas lapos, az ujjak túlfeszíthetők. A IV. sz. észlelet merevgörccsös bénulásban szenvedő 7 éves fiú kórrajzát adja. A beteg feje 52 cm. körfogatú, e mellett genu recurvatum áll fenn. A II. sz. észlelet *Jendrassik* közleményének XV. szám alatt leirt családja történetét egészíti ki. Ez a család a Friedreich-féle ataxiához közelálló, dystrophiával szövődött kórképet mutat. Közleményem a régebben egészséges, most már szintén beteg gyermekre vonatkozik. Ezen a gerincoszlop elferdülése igen nagyfokú és gibbus-képződésre vezetett. Bár a gibbus-képződés épen a tuberculosis spondylitisre jellemző, mégis meggondolandó volna, vajjon az öröklött elgörbülések, ha oly nagy fokúak, mint a jelen esetben, nem vezethetnek-e szintén gibbus-képződésre.

A kidudorodó fejesontok és az alul széles mellkasalak a rhachitisra emlékeztet, a mely baj szintén gyakran egy család több tagján észlelhető, sőt *Bassi* esetében angolkór és dystrophia ugyanazon betegen állottak fenn.

A közölt esetek elferdülései mutatták azt a két sajátságot, melyekre *Jendrassik* figyelmeztetett, t. i., hogy a gerincoszlop bizonyos fokig ki volt egyenesíthető, de nem teljesen, és az izomrövidülés azon jellemző tulajdonságát, hogy az izom a végtag mozgását egy bizonyos pontig akadály nélkül engedi, de ezen a ponton túl a legkisebb mozgás sem lehetséges.

Az öröklött idegbajok sokfélesége és az osztályozás nehézsége kiviláglik III. sz. észleletemből. Ebben a családban egy hysteriás és 3 neurastheniás testvéren kívül 3 eset érdemel különösebb figyelmet. A legidősebb férfitestvér bradycardiás rohamokban halt meg. A második beteg férfitestvér, 24 éves korban betegedett meg. Ekkor nystagmus, intendált remegése, kisagyvelői ataxiája támadt Romberg-tünettől, alsó végtagjai merevgörccsösek lettek, az inreflexei fokozottak voltak, hebegett, selypítve beszélt, nehezen vizelt, kezében nem volt stereognosis-érzése. Járászavara a kisagyvelői ataxia mellett egyéb sajátságokkal is bírt, lábai térdben megcsuklottak, és a láb lelépéskor intendált remegéshez hasonló mozgások állottak elő. A kórkép lefolyása kissé ingadozó volt. A harmadik beteg férfitestvér 25 éves korban betegedett meg, lueszt tagadott. Ép szív daczára környéki ereinek erős lükettése látszott, a kar verőere minden szívlökés alatt erősen előugrott, a beteg hebegve beszélt, a bal arczideg alsó ága gyenge volt, a jobb kéz fájdalmas contractura fejlődött, a bal kéz remegett. Járása a kisagyvelői ataxiának felelt meg és a mellett merevgörccsös volt és az időszakos sántításnak megfelelő tüneteket mutatott, inreflexei fokozottak voltak, a jobb kéz tenyere hypaesthesiás, háti felszíne hyperaesthesiás volt, a jobb kéz stereognosisa hiányos volt, a vizelés gyakori. Ez a kórkép is javult egy kissé, majd megint rosszabbodott. Ebben a sujtott családban tehát neurastheniás terheltség mellett arteriosclerosis fejlődött. Ugy hiszem, hogy az arteriosclerosis hereditásos okához ebben az esetben nem fér kétség akkor, a mikor az ilyen fiatal korban ilyen súlyos alakban támad két testvéren, a kik luesben nem szenvedtek. Az idegrendszerben mutatkozó tünetek a sokfoltú keményedéshez leginkább hasonlítanak.

A merevgörccsös bénuláshoz számíthatom IV. sz. észleletemet. A 7 éves fiú fejének körfogata 52 cm., a merevbénuláson kívül széttérő kancsalsága, oldalt hajlott gerincoszlopa, genu recurvatum van. Ebben az esetben tehát a merevgörccsös bénulás esontelváltozásokkal járt.

XIV. sz. észleletem a családi atrophia nervi optici példája, ebben a családban sok hysteriás beteg van, az anya látóidegsorvadásban szenved, ezt a bajt két leány örökölte, a kik közül az egyiknek e mellett szemizombénulása van és az egyik Achilles-inreflexe hiányzik.

Mindezen elsorolt esetek mutatják, hogy az öröklött idegbajok határ nélkül folynak egymásba és majdnem minden családban más képet adnak. A dystrophia egyes alakjainak egymásba folyása *Erb* munkái óta annyira ismeretes, hogy ebben az irányban újabb bizonyítékokra szükség már nincs; erre vonatkozólag kórtörténeteim között szintén találhatók adatok. Azok közül csak a VIII. és IX. sz. észleletemet kell kiemelnem. Mind a kettő eleinte pseudohypertrophiás volt, de a baj előrehaladásával mind a két esetben majdnem az összes izmok sorvadtak. Az egyik esetben az összehúzódáskor sajátságosan szögletes, de teljesen sorvad és már nem pseudohypertrophiás gastrocnemius mutatja a baj régi alakját. A másik esetben a pseudohypertrophiának, melyről a baj elején felvett fénykép tesz tanúságot, később semmi nyoma nincs.

Dystrophiás eseteim közül egynehányban olyan tünetek vannak, melyek arra látszanak mutatni, hogy talán azokban is sérült a pyramis-pálya. Így a VI. sz. észleletben a 15 éves pseudohypertrophiás fiú patella- és kartricepsreflexe ugyan nem váltható ki, de Achilles inreflexe fokozott, a mennyiben ezen reflex kiváltásakor több egymást követő összehúzódás jön létre, mint a hogy az a lábclonussal együtt gyakran észlelhető; ennek megfelelőleg ezen a betegen kisfokú lábclonus is váltható ki. A VII. sz. észleletben az ugyancsak pseudohypertrophiás fiúnak sem triceps-, sem patella-, sem Achilles-inreflexe ki nem váltható, de ismételt vizsgálatokkal is mindig a legkifejettebb módon volt meg a *Babinski*-tünet az öregujj feszítése (dorsalflexio) alakjában. Meg kell jegyezmem, hogy a klinikán eddig egyetlen egy olyan esettel sem találkoztam, melyben ezen tünet nem felelt volna meg pyramispálya-sérülésnek. A IX. sz. észleletben majdnem az egész testre terjedő dystrophia, mely eleinte pseudohypertrophiás jellegű volt, ugyancsak fokozott Achilles-inreflexekkel bír, a többi inreflex hiánya mellett, az egyik lábon lábclonus nyomával.

Az Achilles-inreflex, mely több idegbajban (tabes, alkoholismus) sokkal korábban és gyakrabbanvész el, mint a többi inreflex, a dystrophiában ellenkező magatartást tanúsít. Ugy az ezen dolgozatban közölt VI. 1., VIII., IX., X. észleletekben, valamint azokban az esetekben is, melyeket észleltem, de itt nem közlök, és az irodalomban említett esetekben is igen gyakori, hogy az Achilles-inreflex megmaradt, a mikor a többi inreflex eltűnt.

A dystrophiák tünettánának érdekes részét teszik az izomrövidülések és az inretractiók. Ezekről már *Friedreich* a dystrophiás láb tárgyalásakor is azt írja, hogy nem lehetnek meggyengült izmok antagonista contractioi, mert boncsolásra került eseteiben valamennyi izom kötőszövetesen elfajult és végső maradványig sorvadott.

*Hahn*¹ ezen lábclonok kifejlődésében a túlfelődött gastrocnemiusok erősebb húzását okolja, *Gast* pedig azt hiszi, hogy a peroneus-bénulás a dystrophia legkorábbi tüneteinek egyike. Tapasztalataim a dystrophiás contracturákat illetőleg *Friedreich* véleményét igazolják, így VIII. és IX. sz. észleletemben az alkar hajlító contracturában van, annak ellenére, hogy az alkarfeszítők erősebbek, mint a hajlító. E contracturák passiv mozgathatóságának azon sajátságát, melyet *Jendrassik* ismertett, minden esetben észleltem; ez abban áll, hogy ez a mozgás a lehetőség határán belül egy pontig nagyon könnyű, de azon túl átmenet nélkül hirtelen teljes ellenállásra találunk.

A zsigeri idegrendszer részvételt mutatja az öröklött bajokban az I. észlelet, melyben a betegnek csak 2—2 hetenként volt széke, a III. észleletben az egyik (*Erd Z.*) beteg, a XII. észleletben a dystrophiás férfi vizelési zavarokban szenved, a VIII. észleletben a dystrophiás fiú nyelése nehéz.

Az intellegentia eseteimben jó volt, a X. észleletben leirt

¹ *Hahn*, Über das Auftreten von Contracturen bei Dystrophia muscul. progress. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1901. 20. kötet, 137. l.)

pseudohypertrophiás fiútól eltekintve, a ki a kérdésekre alig ad feleletet.

Ezek után az öröklött bajok kóroktanára teszünk egy-néhány megjegyzést. Ma már kétségtelen azok öröklött természete, másrészt azonban igen sok észlelet található az irodalomban, melyekben az első tünetek fertőző bajok után tamadtak. Ilyeneket magam is találtam. VII., IX. és X. észleletemben az első tünetek scarlatina után fejlődtek, a VIII.-ban is valamely, a szülők előtt ismeretlen heveny lázas, vesegyuladással járó baj előzte meg a dystrophia fejlődését. *Allen Starr* a fertőző bajra nagyobb súlyt óhajt helyezni, mint az öröklésre, ennek bizonyosságára több tagú családra hivatkozik, melynek csak egy tagja esett scarlatinába és egyszersmind *Friedreich*-féle kórba, a többi 5 gyermek ép maradt. Magam viszont ezzel szembe helyezhetem X. számú észleletemet, melyben 4 scarlatinába esett testvér közül csak egy lett dystrophiás.

Több szerző a szülők alkoholismusára is mint kórokra hivatkozik. *Bäumlin* erre vonatkozólag 10 szerzőnél talál adatokat. Ezeket az eseteket semmiképp sem foghatjuk úgy fel, hogy az alkohol mint méregbehatás öröklött degenerációra vezet a gyermekeken, hanem vagy véletlen találkozásnak vehetjük, vagy azt mondhatjuk, hogy a hereditással sújtott családban gyakran többféle baj halmozódik. Így *Jendrassik* 6. számú észleletében 2 heredodegenerációs testvér kórtörténete van ismertetve, a harmadik súlyos hysteriában szenvedő nővér öngyilkos lett. Saját tapasztalataim ebben a tekintetben is vannak. A III. számú észleletben heredodegeneratio, arteriosclerosis, neurasthenia és hysteria áll fenn testvéreken, a XIV. számú észleletben anya és 2 leánya látóidegsorvadásban szenvednek, több nővér és az egyik nővér leánya hysteria miatt voltak a klinika kezelésében és a betegek bemondása szerint a többi családtag közt is több neurastheniás van. A VI. sz. észleletemben leírt 2 pseudohypertrophiás fiú atyja és atyjának egy nővére elmebajos volt, egy unokatestvér öngyilkos lett, egy másik epilepsiás, és az egyik testvér hülye volt. Ilyen halmozódása az öröklésnek *Jendrassik* esetei közül a I. sz. közleményben van adiposítással, a II. sz.-ban világra hozott szívbjajjal. Eseteim közül a VI., VIII. és IX. sz. észleletben van erős systolés zöreje más tünet nélkül, részben a pulmonalis felett, részben a szívcsonson, minthogy azonban mind a 3 beteg scarlatinában szenvedett, ez a baj szerzett lehet.

A szülők rokonságának fontos voltát az öröklött elfajulások létrejöttében különösen *Jendrassik* emelte ki saját esetei alapján és az irodalmi adatok áttekintésével. Ennek a körülménynek fontosságát észleletem is tanúsítja. II. sz. észleletem *Jendrassik* XV. sz. észleletének kiegészítése, ebben a szülők kétszeresen rokonok: az atyai nagyatya feleségének unokatestvére, ezenkívül az anyai nagyanya és atyai nagyanya is testvérek. A III. sz. észleletben a gyermek nagyszülői unokatestvérek, tehát a dédszülők testvérek. V. sz. észleletemben az anyai nagyszülők unokatestvérek. VI. sz. észleletemben a két nagyanya testvér. XV. sz. észleletemben az epilepsiában szenvedő három gyermek atyja a feleségének nagybátyja. Az itt nem közölt észleletem közül egy Basedow-kóros és egy petit mal-ban szenvedő beteg szülei voltak unokatestvérek.

A szülők korára és a szülők között fennálló korkülönbségre következő tapasztalataim vannak. A III. sz. észleletben 11 gyermek közül a 8., 9. és 11. beteg, tehát a későbbben születtek. A szülők korkülönbsége két év. Az atya a beteg gyermekek születésekor 39, 41, 44 éves volt, az anya 37, 39, 42 éves.

A IV. sz. észleletben hét testvér van, ezek közül csak az ötödik beteg. A beteg születésekor az atya 37, az anya 29 éves volt.

Az V. sz. észleletben kilencz gyermek közül a második, negyedik, ötödik és hetedik beteg, a gyermekek születésekor az atya 41—55, az anya 21—35 éves volt, a korkülönbség tehát 20 év.

A VI. sz. észleletben kilencz gyermek közül a hetedik és kilencedik gyermek beteg, a gyermekek születésekor az atya 37, illetve 45 éves volt, az anya 31, illetve 39 éves, a korkülönbség hat év.

A VII. sz. észleletben a beteg fiú kilencz gyermek közül a nyolcadik gyermek, születésekor az atya 53, az anya 43 éves volt, a korkülönbség tehát 10 év.

A VIII. sz. észleletben a beteg fiú négy testvér közül a második. Születésekor az atya 25, az anya 21 éves volt, a korkülönbség négy év.

A IX. sz. észleletben a beteg öt testvér között az első, születésekor az atya 25, az anya 24 éves volt.

A X. sz. észleletben a beteg öt testvér között a harmadik, születésekor az atya 37, az anya 28 éves volt, a korkülönbség kilencz év.

A XI. sz. észleletben négy testvér közül a három utolsó beteg, születésükkor az atya 44, 45, 46 éves volt, az anya 24, 25, 26 éves, a korkülönbség 20 év.

A XIII. sz. észleletben a beteg öt testvér között a negyedik. Szülei egykorúak, a gyermek születésekor 27 évesek voltak.

A XIV. sz. észleletben az atya 16 évvel idősebb, mint az anya. Az első gyermek születésekor az atya 37, az anya 21 éves volt. A gyermekek majdnem mind hysteriások és neurastheniások, a harmadik és hetedik szenved látóidegsorvadásban.

A XV. sz. észleletben öt gyermek közül az 1., 2. és 4. beteg. Az atya életkora a gyermekek születésekor 39, 41, 46 év volt, az anyáé 26, 28, 33 év. A korkülönbség 13 év.

Ha ezeket a számadatokat átnézzük, azt látjuk, hogy a szülők korkülönbsége nem egyszer nagy volt (20, 20, 16, 13, 10, 9), de kifejlődött heredodegeneratio 6, 4, 2, 2, 1 éves korkülönbségben is, sőt az egyik gyermek szülei egykorúak voltak. Érdekes a szülők életkora, a mennyiben gyakran az utolsó gyermekek betegek, az atya csak egy esetben volt 25 és egyben 27 éves a gyermek születésekor, a többi esetben 37 és 53 év közt változott az atya életkora. Az anya a gyermekek születésekor három esetben 21, két esetben 24, egy esetben 25, három esetben 26, két esetben 28 és 39, egy esetben 27, 29, 31, 33, 35, 37, 42 éves volt.

Jendrassik állította fel azt a tételt, hogy az öröklött idegbajok ugyanazon család több tagján körülbelül egy korban támadnak, egyenlően folynak le, a kórkép általános jellege ugyanaz, a részletekben azonban változatok lehetségesek. Ebben a tekintetben eseteim közül a III. számúban a két testvér 24 és 25 éves korban betegedett meg, a tünetek egyenlők azon különbséggel, hogy az egyik arteriosclerosis is fejlődött; egy harmadik testvéren szintén arteriosclerosis támadt, de ennek kezdetére nincs adatunk. Az V. számú észleletben a tünetek 11, 13, 10 és 4 éves korban jelentkeztek, az első betegek 12, 15 éves korban nem tudtak járni, a harmadik 16 éves korban még jól járt. Az első 18 éves korban halt meg, a negyedik 11 éves korban közbeeső bajban. A VI. sz. észleletben szereplő gyermekek közül az idősebb 8, a fiatalabb 5 éves korában lett beteg. A XI. sz. észleletben a legidősebb fiú 7, a második 18, a harmadik 12 éves korban betegedett meg. A XV. észleletben a 3 epilepsiás testvér közül a legidősebb 14, a második 7, a harmadik 9 éves korban betegedett meg. Ha tekintetbe vesszük, hogy ezen adatokat egyszerű bemondásból nyertük, úgy egynéhány év különbségnek fontosságot tulajdonítani nem lehet. Ezeknek a bemondásoknak megbízhatlan voltát mutatja, hogy egyik betegünk anyja fiának életkorában két évvel tévedett. Ez az asszony a nagyon kifejlődött fiút 12 évesnek mondta és minthogy ez valószínűtlennek látszott, az anyakönyvi hivatalhoz fordultam, a hol kiderült, hogy a fiú 14 éves. Egy esetet kivéve, ezen számadatok azt mutatnák, hogy a fiatalabb gyermekek korábban esnek bajba. Azonban ez is csalódásnak látszik, a mennyiben az ilyen családban a második, vagy még inkább a többi megbetegedéseket az aggódó szülők hamarabb ismerik fel, pl. a legidősebb gyermekre vonatkozólag azt a kort mondják, melyben az rosszul kezdett járni, a legfiatalabban már észreveszik a kisebb ügyetlenséget, pl. hogy a gyermek nem tud kapaszkodás nélkül a földről felállani.

Meg kell még említenem, hogy három észleletben csak a fiúk betegedtek meg, a leányok épek maradtak, egy családnak nem minden tagjáról van pontos adat (XIV., látóidegsorvadás), a többiekben fiúk és leányok vegyesen betegedtek meg.

Azon családban, melyben 2 nemzedék beteg (XIV. sz.), feltűnik, hogy a két leány rossz látása korábban kezdődött, mint az anyáé, és az egyik leányon e mellett még más kórtünet is fejlődött, a mely az anyán nincs meg. *Jendrassik* XV. sz. észle-

letében is korábban kezdődik a baj a második nemzedéken, mint az első. Ugyanez a magatartás észlelhető a *Jendrassik* első közleményében szereplő I. sz. esetben, a mikor a nagyanya nehezen járt, az anya gyermekkorra óta nehezen jár és fia merevgörösös benuulásban szenved. A további észleletek lesznek hivatva eldönteni, vajjon áll-e valamennyi öröklött bajra az, a mit *Heilbronner*¹ mond a Huntington-féle kóralakról, melynek általában megvan a hajlandósága arra, hogy minden következő nemzedékben általában fiatalabb korban támadja meg a beteget, mint az előzőben.

Az öröklött elfajulások közös kórbonezolási alapja *Jendrassik* szerint a hibás fejlődés, mely aplasia, a kifejlődés visszamaradása vagy gyenge életképesség alakjában jelentkezik; az ilyen hibás fejlődési részek a fejlődés folyamán egyszerű elfajulásba esnek, a mely alapján a korrallal való visszafejlődéssel tekinthető egyértelműnek, azzal a különbséggel, hogy itt korábban fokozottabb terjedelemben és fokban történik. Ezen felfogást két szövettani vizsgálattal támogathatom. Az egyiket, egy pseudohypertrophiás fiú bonezolási esetét régebben² közöltem. Ebben az esetben a középonti csatorna széles volt, a substantia grisea centralis, a Lissauer-féle zóna és a Clarke-féle oszlopok rostszegények voltak. Az elülső szarvak rostfogyottsága csekély volt. A lelet ezen részét a pseudohypertrophiával összefüggésbe nem hozható fejlődési rendellenességnek kell tekintenünk, de a gerincvelő mozgató sejtjeinek nagysága a nyaki és ágyéki részben jóval elmarad a rendestől, a mely körülményt egy ugyanazon időben meghalt esetünkkel egykorú fiú teljesen azonosan és egyidejűleg keményített gerincvelőjével történt összehasonlítás útján állapítottam meg. A mozgató sejtek ezen kicsiny volta fontosabb a többi leletnél és alapja lehet annak, hogy az izomzat fejlődésének bizonyos kortól fogva útjában álljon. Második szövettani leletemet ebben a dolgozatban közlöm, a tünetekben merevgörösös benuulás és dystrophia egyesült, a szövettani lelet is megfelelt ennek. A gerincvelő széles, lapos volta, a sűrű állomány vékonyasága ez esetben fejlődési hibaként tekinthető. Elfajult volt a Goll-köteg egy része és az oldalsó pyramis-pályák. Ha képeinken összehasonlítjuk a pyramispálya elfajulását a myelitises másodlagos elfajulással vagy a hemiplegiás pyramispálya-elfajulással, úgy feltűnik, hogy a mi esetünkben a pyramispálya még ott is, a hol teljesen színtelennek látszik, sokkal kisebb terjedelmű, mint a milyen a hemiplegiában vagy myelitises másodlagos elfajulásban lenni szokott. Ebből azt következtetem, hogy ezen esetben a pyramispálya már elfajulása előtt is kis terjedelmű, tehát gyengén fejlett lehetett.

Ugy hiszem, XII. sz. észleletem is arra mutat, hogy az idegrendszer elváltozásának van valami köze a dystrophiás izom-elváltozás létrejöttéhez. Ebben az esetben a bal testfél összes izmai sokkal erősebben vannak megtámadva, mint a jobboldaliak, legfeltűnőbb ez az arcidegen, melynek összes izmai (mind a két ága) bal oldalon annyira bénák a jobboldaliakhoz képest, hogy a beteg első pillanatra környéki facialisbenuulás benyomását kelti.

Természetes, hogy az egész facialisra való elterjedés akkor, mikor a test összes izmai betegek, nem jelent környéki megbetegedést.

Az öröklött idegbajok közül a dystrophia gyógyítására vonatkozólag azt kell megjegyezni, hogy az ilyen betegek kerüljék, ha bajuk nem kényszeríti úgy is arra, a fárasztó izommunkát. Egynehány esetben egyes tünetek ilyenkor állottak elő vagy rosszabbodtak. Így a XI. sz. eszemben szereplő (H. L.) beteg vállövének izmai rohamosan gyengültek épen akkor, mikor hosszabb ideig ismételve korához és erejéhez nem mért terhet vitt a vállán. A másik fiúnak (H. G.) szintén akkor gyengültek hirtelen a karjai, mikor fűszerkereskedésbe lépett és szokatlan erős munkába fogott. Míg az izomerőnek meg nem felelő munka gyorsíthatja a baj lefolyását, addig a figyelmesen végzett, nem fárasztó enyhe torna jó hatású lehet, a mint azt ugyancsak H. L. betegünkötől tudjuk, a ki a Whitely-féle tornakészülékkel fokozni tudta azon izmainak erejét, a melyek épen maradtak.

(Folytatása következik.)

¹ *Heilbronner*: Über eine Art progressiver Heredität bei Huntington'scher Chorea. Archiv f. Psychiatrie. 36. k. 1903. 889. l.

² Orvosi Hetilap. 1901.

A rostaüreg mucoceljeje.

Irta: *Ónodi A.* dr. egyetemi tanár.

(Vége.)

Hogy a homloküregnek benyúló ürterét a rostasejtek, a bulla frontalis által különböző mértékben kisebbíteni lehet, azt már *Zuckerkanndl* kimutatta. Saját vizsgálataink azt mutatták, hogy a bulla frontalis hossza 17 és 36 mm., szélessége 8 és 24 mm., magassága 3 és 24 mm. között ingadozhatik.

A bulla frontalis, mint egy esetünk mutatja, annyira szűkítheti a homloküregét, hogy a felső homloküregfaltól csak 1–2 mm. választja el. A bulla frontalis a homloküreg mellső falával vagy annak hátsó falával lehet összenöve, a homloküreg kivezető csatornája vagy a bulla frontalis előtt, vagy mögött lehet elhelyezve. Vannak eseteink, midőn a bulla frontalis nagyobb kiterjedésű mint a homloküreg, továbbá a homlok területén nagy kiterjedést mutat a bulla frontalis, míg a homloküreg alig néhány milliméternyi.

Könyvemben¹ az 5. tábla egy sagittalis metszeten mutatja a bulla frontalis-t, mely 22 mm. magas, 15 mm. hosszú. A homloküreg a bulla frontalis mögött és felett fekszik és 35 mm. magas.

A 28. tábla egy sagittalis metszeten mutatja a 17 mm. hosszú, 22 mm. magas és 21 mm. széles bulla frontalis-t, mely szűkíti a homloküregét mellső felében felényire, a felső homloküregfaltól helyenként 1–2 mm.-nyi tér választja el, kivezető csatornája a homloküreg előtt nyílik, a bulla frontalis kiterjedése a homlokön ép olyan nagy, mint a homloküregé, mely 25 mm. hosszú, 6 mm. magas, 34 mm. széles.

A 29. tábla szintén egy sagittalis metszeten mutatja a golyószerű, 18 mm. hosszú, 24 mm. magas, 14 mm. széles bulla frontalis-t, a homloküreg előtt nyílik, ez utóbbi 26 mm. hosszú, 40 mm. széles, 31 mm. magas.

Az 58. és 59. tábla homlokmetseteken mutatja mind a két oldalon a bulla frontalis-t, mely a jobb oldalon 20 mm. hosszú, 13 mm. széles, 20 mm. magas, a bal oldalon 30 mm. hosszú, 13 mm. széles, 20 mm. magas, a homloküreg a jobb oldalon 20 mm. hosszú, 30 mm. széles, 11 mm. magas, a bal oldalon 14 mm. hosszú, 30 mm. széles, 20 mm. magas. A két üreg kivezető csatornája egymás mellett nyílik a középső orrjáratban, oldalt a bulla frontalis, medialisán a homloküreg.

A 60. tábla egy homlokmetseteken mutatja mind a két oldalon a bulla frontalis-t, a bal oldalon 36 mm. hosszú, 20 mm. széles, 18 mm. magas, a jobb oldalon 32 mm. hosszú, 24 mm. széles, 20 mm. magas. Egymás mellett medialisán nyílik a homloküreg, lateralisán a bulla frontalis. A homlokön a bulla frontalis nagy kiterjedése mellett a homloküreg alig néhány milliméternyi tért foglal el.

Vizsgálataink azonkívül azt is mutatták, hogy a rostasejteknek a homloküregbe való benövésén kívül lehetnek olyan fejlődési rendellenességek, melyek különben izolált, praeformált üregek összefolyását mutatják. Így egyik esetünkben a homloküreg és a mellső rostasejtek egy üreget képeznek egy kivezető nyílással, ezen az üregeken kívül jelen vannak még a hátsó rostasejtek és az iköböl; idézett könyvünkben a 26. tábla mutatja ezt a viszonyt, a 96. és 97. tábla pedig harántmetszeten mutatja az állapotot. A bal oldalon a homloküreg a rostasejteket képviselő üreggel folyik össze két kivezető nyílással, a jobb oldalon a homloküreg és rostasejteket képviselő üreg izolált is, csak jobboldali iköböl van jelen.

A praeformált üregek mint a rostasejteken kívül a kagylókban foglalt kagylósejtek vagy a homloküregbe terjedő bulla frontalis képezhetik a rostaüreg-mucocelje kiinduló pontját. Lehetséges, hogy a lobos állapot, a felhalmozott váladék nyomása a hólyag csontfalainak elvékonyodásához, áttöréséhez is vezethet és

¹ *Ónodi*: Die Nebenhöhlen der Nase. Hölder. Wien, 1905.

a rostasejtek ily módon egy nagyobb, egykamarás üreget képezhetnek.

Esetünkben és az említett alakviszonyokra vonatkozó észleleteinkből mondhatjuk, hogy praeformált üregekben lobos inger folytán mucocela támadhat, mely *csontappositio* és *csontresorptio* alapján csontos falainak tágulásával járhat. Ha a mucocela a középső kagylókban foglalt kagylósejteken keletkezik, akkor annak növekvése rendszerint az orr ürege felé történik, ha pedig a mellső rostasejtek területében támad, akkor a növekvése rendszerint a szemüreg felé történik, de tágulhat egyidejűleg az orr ürege felé is, mint esetünk mutatja. Akár a mellső rostalabyrinthból, akár a bulla frontalisból indul ki a mucocela, különböző mértékben elnyomhatja a homloküreg ürterét, sőt a homloküreg-mucocela látszatát is keltheti, annál könnyebben, mert — mint észleleteink mutatják — a bulla frontalis a homloküreg és a belső szemzugban nagy kiterjedést érhet el. Végül lehetséges, hogy a homloküreg és a mellső rostasejtek összeolvadt ürege, valamint a homloküreg és az egész rostalabyrinth összefolyt ürege képezheti egy mucocela keletkezésének területét. Esetünk bizonyítja, hogy a 4 cm. terjedelmű egykamarás praeformált üreg a rostalabyrinth helyén a mucocela területét képezte, melynek sima nyálkahártyáját csillós szőrös hám borította; a lobos állapot látható volt az átváltozott kötőszöveti beszűrődésen és a esonthártyán és esonton. A hólyag tartalma jellemezte a mucocelét: nyálka és cholestearinjegecz. A szemet eltoló tágulata, valamint az orrüregben volt tágulata a mucocelének visszavezethető a nyomás és lob folytán beállott esontfelszívódás és esontlerakódás folyamataira, mint azt esetünk is mutatja.

A magunk részéről a mucocela ezen módon való keletkezését esetünkben bebizonyítottuk véljük. *Avellis*, midőn említett tételeit felállította, arra is hivatkozott, hogy mily ritka a homloküreg-mucocela, hogy azt *Killian* egy ízben sem látta, *Kuhnt* is csak egyszer észlelte. De a míg mi fentebbi fejtegetéseinkkel a homloküreg elnyomását egy rostaüreg-mucocela által lehetségesnek tartjuk és esetünkben be is bizonyítottuk, *Avellis* esetében hiányzik a megnyitott mucocela nyálkahártyájának szöveti vizsgálata, a homloküreg kutatásolása, a Röntgen-kép, szóval a homloküreg megállapítására vonatkozó minden kísérlet. E mellett főleg a makroszkopikus képe a nyálkahártyának és a váladékban talált cholestearin-jegeczek voltak a mucocela kórisméjének felállításánál döntők. A cholestearin-jegeczek jelenlétére vonatkozólag azt állítja: „Cholestearin-krystalle kommen nur in Cysten vor, nicht in entzündlichen Exsudaten“. Ezen állítása tévedésen alapul, mert a cholestearin-jegeczek chronikus izzadmányokban, tályogokban stb. is található. *Thierfelder*¹ munkájában olvasható: „Krystallinische Abscheidungen von Cholestearin kommen in vielen alten Transsudaten und Cystenflüssigkeiten, in Atherombälgen, den sogenannten atheromatösen Arterien geschwülsten, im Eiter, in Tuberkelmassen vor“. A cholestearin-jegeczek jelenlétét nem lehet kizárólagosan a nyálkacystára jellegzetesnek tekinteni. A mucocela tartalma lehet tisztán nyálka, lehet seropurulens és lehet genyes, vagyis pyocela lehet jelen. A mucocela lassan fejlődik, fájdalom és különös zavaró tünetek nélkül. Helyzete, nagysága szerint lehetnek nyomási tünetek az orrüregben, a szemüregben, esetlegesen kísérő fájdalommal, orrlégzési zavarokkal és látászavarral. Megtörténhetik a fal elvékonyodása folytán, hogy áttörik, kiürülhet az orrüreg felől spontan. A gyógybeavatkozásra vonatkozólag régebben a belső szemzugba kiemelkedő duzzanat megnyitását végezték, egyes esetekben az orrüreggel létesítettek összeköttetést. *Avellis* esetében a külső incisióra nem gyógyult mucocelét endonasalis beavatkozással gyógyította meg. *Baurowitz* esetében a sondázással történt véletlen megnyitáskor spontan ürült ki a mucocela. *Hajek* az endonasalis kiürítéstől várja a gyógyulást, mint mondja, feltevését már *Baurowitz* esete megerősítette. A mi esetünk, mely egy nagy, egykamarás üregegre vonatkozik, szintén a sikeres endonasalis beavatkozás mellett szól, a belső szemzugban levő daganat eltűnése és a váladékképződés megszűnése nyolcz nap alatt következett be. A magunk részéről is az endonasalis beavatkozás mellett foglalunk állást.

¹ Hoppe-Seyler's Handbuch der physiol. u. path. chemischen Analyse, herausgegeben von B. Thierfelder. 1903. 230. old.

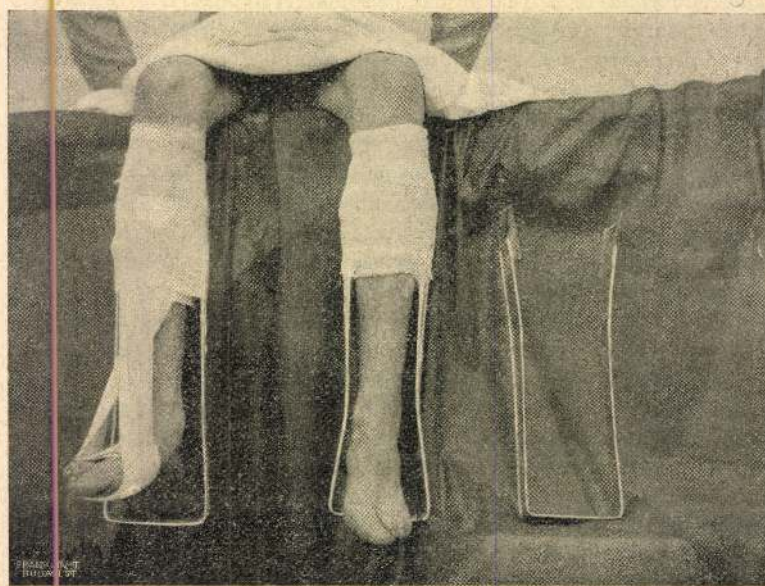
Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.)

Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával.

Irta: *Manning* Vilmos dr.

(Folytatás.)

Hogy a betegnek a járkálást lehetővé tegyük, a nélkül, hogy a mozgékonyság javulását hátráltatnók, a rendes lábszárszártöréshez is használt pléhkengyelbe függesztjük fel a lábszárt (1. ábra), mely hasonló esetekben igen jó szolgálatot tesz. A tibia bütykei magasságában néhány réteg gypspólyával megerősítjük a kengyelt. A lábat, valahányszor a beteg leszáll ágyáról, 8-as alakban feltett flanelpólyával felkötjük. Egyébként a láb szabadon marad. A sipolyokat naponként köthetjük, a lábat fürösztethetjük, a beteg mozgásait szabadon végezhet benne. Több betegünk e kengyellel hazament, hogy otthon folytassa, illetőleg befejezhesse a duzzasztó kezelést.



1. ábra.

Ily kezelés mellett, egyszerű steril fedőkötés alatt hónapok során az összes sipolyok bezáródnak. A láb hat hónap után még duzzadt, de mozgásai minden irányban szabadok; tályog nincs. A boka körül kemény kötőszövet tapintható, mely a láb hátán, a sipolyok környékén különösen vastag. Újabb hónapok telnek el, míg az újonnan képződött kötőszövet egy része felszívódik. Ennek ellenére a láb jól használható, hosszabb ideig való megterhelésnél sem fájdalmas.

E két példa, melynek egyes vonásait több egyező eset lefolyásából választottam ki, a legkedvezőbb eredményeket mutatja, melyeket ezzel az eljárással elérhetünk. Olyanok ezek az eredmények, a minőkhez hasonlót semmiféle eddig ismeretes kezelési eljárás fel nem mutathat. Egész apró beavatkozásoktól eltekintve (kis bemetszések, punctiók, esontszilánkok eltávolítása), az egész eljárás fájdalmakat nem okoz, csak egyet igényel: türelmet a beteg és az orvos részéről, gondos megfigyelést a beteg környezetétől.

Kárt az eljárástól nem láttam. Az egyetlen hátrány, mely ez eljárással jár, az, hogy sablonos alkalmazásával esetleg elmulasztathatjuk azt az időpontot, mikor egy veszendő végtag feláldozásával megállíthatnók az egyidőben jelenlevő tüdővész terjedését. Ha gondosan figyeljük az egész szervezet állapotát, e mulasztás nem fog terhelni. Ha magas lázak senyvesztik a beteget, amyloid elfajulás mutatkozik, egyikünk sem fog habozni, hogy a conservatív kezelést félretéve, a beteg részt eltávolítsuk. Igazat kell adnunk *Biernek*, a ki eljárásának tökéletesítése óta primaer amputatiós esetet nem ismer.

A teljesség kedvéért még egy részletkérdésre kell kitérnem.

Vannak esetek, melyek az első időben nem reagálnak a duzzasztásra. Főleg oly esetek ezek, a hol nehezen sikerül a vérbőség kellő fokát elérnünk. Ily esetekben Bier újabbon visszatért régi módszeréhez. A beteg izülettől peripheriás végtágrészt flanellpólyával beköti és csak az izületet duzzasztja gyenge, de hosszabb ideig tartó leszorítással (10—12 órát naponként). Mi is alkalmaztuk ezen eljárást és hasznot láttunk tőle. Csak arra kell ügyelni, hogy a keletkező oedema a szünetek alatt teljesen eltűnjön. Az állandósuló vizenyő miatt könnyen idézhetünk fel tályogképződést vagy orbánczot. A chronikus vizenyő a szöveteket fertőzések iránt fogékonyabbá teszi.

* * *

Egyéb chronikus izületi gyulladás kezeléséről (pl. idült rheumás izületi gyulladásokról) személyes tapasztalatom nincsen. Kórházunkban ez esetek jó része a belosztályra kerül, másrészt meg a beteg a kórházat fel se keresi, hanem fürdőbe megy. Így az érdeklődőket Bier eredeti közléseire kell utalnom.

Egyéb szervek és szövetek gümös fertőzését csak gyér számban, inkább kísérletképen kezeltük Bier szerint. A csontok gümös fertőzését a működés zavara nélkül, véres úton sikerül gyógyítanunk. Ép így állunk a gümös eredetű inthüvelygyuladással. Gyorsabb és úgy hiszem biztosabb ez az eljárás, mely kellő óvatosság mellett jó functiós eredményeket is nyújt. A gümös mirigytaályogoknak vérbőséggel való kezelésével most folynak a kísérletek. Minthogy kezelésük levegőritkítással, köpükkel a legbiztosabb, az acut fertőzések kezelésénél fogok a technika kérdéseire kitérni.

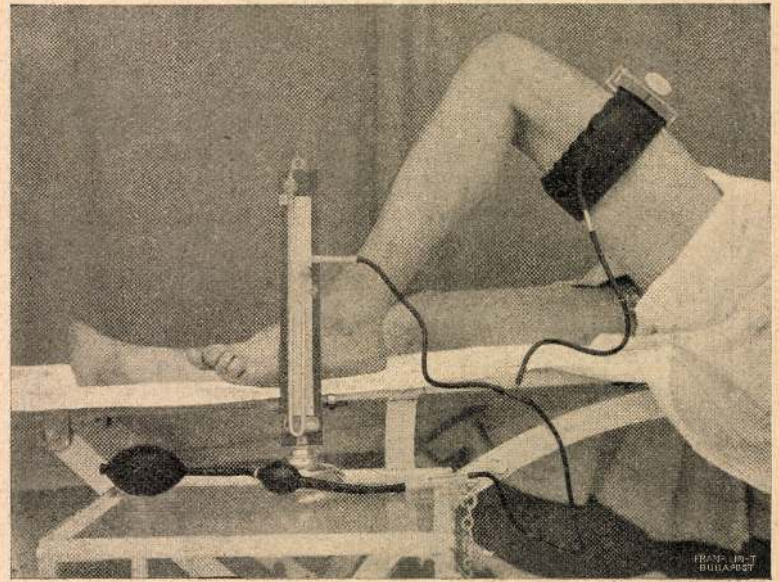
2. Subacut izületi gyulladások kezelése duzzasztással.

A kóroktan szempontjából ebbe a fejezetbe csak a gonococcus okozta izületi és inthártyafertőzést számítom. A duzzasztó kezelés ezeknél a betegségeknek adja a legbámulatosabb, legszebb eredményeket. A technika több lényeges pontban eltér a gümös izületek gyógyítására való eljárástól. A duzzasztó pólyát az izülettől jó távolságra (térdizületi gyulladásnál a csomb tövére, a kéz fertőzésénél a felkarra) kell alkalmaznunk. A gyuladt izület környéke rendszeren annyira fájdalmas, hogy nem tűri a leszorítást. A duzzasztás kellő fokát kissé nehéz eltalálni. Ne legyen az oly erős, mint a gümös bántalmaknál alkalmazott, de ne is legyen gyenge. A közepes leszorítás kellő fokát csak a tapasztalat és a betegnek subjectiv érzése szabhatja meg. Az utóbbi számbavevése sehol sem oly fontos és mértékadó, mint ezeknél a betegségeknek. Az esetek túlnyomó számában $\frac{1}{2}$ —1 órával a pólya felrakása után a fájdalomnak el kell tűnniök. Oly szembetűnő ez a fájdalomcsökkenés, hogy a legskeptikusabb észlelőt is meg kell győznie a vérbőséggel való kezelés bámulatos hatásáról. Oly fájdalmak, melyek napokon át teljes álmatlanságot okoztak, melyek aspirinre, morphiúra sem csökkentek, melyeket az ágytakaró érintése már tűrhetetlenné tett, mintegy varázsütésre eltűnnek. És mind ez bekövetkezik, miközben a gyulladás két objectiv tünete, a pirosság és a duzzanat lényegesen fokozódik.

A duzzasztó pólyát naponként 10—20 óráig alkalmazzuk. 5 órai duzzasztás után 1—2 órára leveszszük a pólyát, hogy a közben keletkezett vizenyő — legalább részben — eltűnhessen. A szünet hosszát a beteg subjectiv érzése szabja meg. Rendszeren már egy óra múlva követelik a pólya felrakását, annyira enyhíti a duzzasztás a fájdalmakat. A szüneteket azonban okvetlenül be kell tartanunk, mert — mint azt már fentebb hangsúlyoztam — az idültté váló oedema másodlagos fertőzésekre (orbáncz) alkalmasabbá teszi a talajt.

A duzzasztás technikai kivitelét ép ezeknél az eseteknél nagyon megkönnyíti a Henle ajánlotta manometeres duzzasztó készülék.¹ Lényegében nem egyéb ez, mint egy duplafalú gummi-kötő, melyet a végtágra erősítünk. Gummiballonnal a két lemez közé levegőt fújtunk, mely a vékonyabb falú belső lemezt kiboltoztatja és így a leszorítást eszközözi. T-csővel a szerkezet belsejét manometerrel kötjük össze, mely a levegő nyomását jelzi a csőrendszer belsejében. Ha egy ízben empirice megállapítottuk a

kellő nyomás nagyságát, a duzzasztás további kivitelét akár az ápoló személyzetre is bízhatjuk (1. a 2. ábrát).



2. ábra.

Az eljárás a szóban forgó betegségnél azért nagyon kényelmes, mert feleslegessé teszi a fájdalmas végtag megemelését és mozdítását. A kötőt a végtag alá csúsztatjuk, megerősítjük és így minden mozdítás nélkül akárhányszor ismételtetjük a felfúvást. A készülék egyetlen árnyékoldala, hogy a gummipólya igen gyorsan romlik, töredezik. Ára azonban oly csekély, hogy ennek ellenére is nagyon ajánlhatom az eljárást. (Haertel műszerész készíti a pólyákat Breslauban; árak nagyság szerint 1—3 márka.)

Az eredmények, melyeket kankós izületi és inthüvelygyuladással elérünk, fényeseknek mondhatók. A kezelés tartama általában 1—6 hét. Ha frissen kapjuk kezelésbe, ennyi idő alatt teljes, vagy alig korlátozott mozgékonyssággal gyógyulnak az izületek. Eseteink mindegyike meggyógyult. Bier, kinek anyaga sokkal nagyobb, említi, hogy vannak esetek, melyek e kezeléssel is daczolnak. Ezeknél később, a gyulladás lezajlása után, mechanikus kezelésre lehet szükség (esetleg a Bier ajánlotta óriás szívóköpük segítségével, melyek ugyancsak erős hyperaemiát okoznak). A kankós gyulladás kezelése duzzasztással nemcsak a functiós eredmények miatt a legjobb, hanem azért is, mert az egyetlen eljárás, mely a borzasztó fájdalmakat, melyekkel e betegség rendszeren jár, az első naptól kezdve csillapítja.

Mint a kezelést megkönnyítő eljárást az első napokban jó a végtagot sínre tenni. A mint azonban megszűnnek a fájdalmak, e síneket el kell távolítanunk, hogy a beteg izületben mozgásokat végeztessünk. Igen enyhe, passiv mozgatás, vagy még inkább kisfokú aktív hajlítás a legjobb eljárás, hogy az izület merevedését megakadályozzuk.

3. Acut fertőzések kezelése a vérbőség fokozásával.

Már az idült és subacut gyulladásoknak vérbőséggel való kezelésével is nagy ellenszegülésre talált Bier „szűkebb értelemben vett kartársai” körében. Valószínűleg ez a körülmény, de meg saját chirurgikus iskolája is, mely mindig az antiphlogosist tanította, tette annyira óvatossá, hogy kísérleteit acut fertőzések gyógyítására nagyobb mértékben is ki ne terjessze és hogy eredményeiről beszámoljon. 10 évig nagy óvatossággal kísérletezett ez eljárással, míg ez év tavaszán végre ki mert állni az orvosi közönség elé egy teljesen kidolgozott, gyakorlatilag kipróbált eljárással.

Még két év előtt így ír az eljárásról:

„Egész határozottsággal hangsúlyozom, hogy nem ajánlom az e téren való kísérletezést, legfeljebb oly orvosnak, a ki a pangásos vérbőséggel való kezelés terén a legnagyobb jártasságot sajátította el és hogy még ily körülmények között is csak egészen kezdődő esetek alkalmasak ez eljárásra.” (Bier: l. c. pag. 208.)

¹ Henle: Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie. Zbl. f. Chir. 1904. 13. szám.

Az utolsó két év tapasztalatai azonban bátrabbá tették. Kidolgozta — részben assistense, Klapp segélyével — a technika részleteit. Ez év elején írásban,¹ majd az ez évi német sebész-nagygyűlésen szóval és példákkal mutatta be eljárásának alapelveit és beszámolt az eredményekről.

Ez idő óta alkalmazzuk mi is ezen eljárást. Minthogy az eljárás új, róla közlés még alig egy-kettő jelent meg és előreláthatólag nagy ellenkezésre fog akadni, kissé részletesebben kell ezzel az eljárással foglalkoznunk, mint az előbbiekkal.

Az eljárás technikája változik a szerint, a mint végtagon, vagy törzsön van a fertőzés kapuja. A végtagokon az eljárás leginkább a subacut fertőzés kezeléséhez hasonlít. A pólyát itt is — a fertőzés súlyosságával arányosan — hosszabb ideig alkalmazzuk. Súlyos fertőzésnél, pl. friss phlegmonénál, 20 óráig fekszik a pólya. Könnyebb fertőzésnél 2×5 óráig elégséges a pólya alkalmazása. Közben 2 órai szünetet tartunk.

Sehol annyi kárt a pólya helytelen alkalmazásával nem okozhatunk, mint épen a szóban forgó betegségeknek. Ezért csak oly esetekben tartom alkalmazását megengedettnek, a hol a kezelő orvos állandóan ellenőrizheti betegét, tehát első sorban a klinikákon és kórházakban. Egészen friss fertőzéseknél, melyeket nem egyszer csirájukban fojthatunk el, az eljárás minden orvosnak, a ki lényegével és technikájával megbarátkozott, ajánlható. Elegendhetlen szükségnek tartom azonban, hogy mindenki, a ki ez eljárást a gyakorlatban alkalmazni akarja, néhány eset kezelését napokig figyelemmel kíséresse, mert minden technikai hiba súlyos következményekkel jár. A duzzasztás foka a legfontosabb. *A pólyát oly lazán rakjuk fel, hogy az épen csak valamicskét feszüljön.* Bámulatos, milyen erős hyperaemiát és duzzanatot idézhetünk elő alig észrevehető lezorítással. A duzzanat fokát naponként többször ellenőrizzük. A bőr színének nem szabad kékesbe játszanania. *Oly vörösnek kell lennie, mint az orbánczos bőrnek.* A bőr hőfoka tetemesen magasabb legyen az ellenkező oldalnál. *A fájdalomnak a duzzasztás következtében nem szabad fokozódnia; annak csökkenie kell.* Ha nem csökken, a pólya nincs jól feltéve.

Ezek a cardinalis szabályok, melyeket minden esetben szemünk előtt kell tartanunk.

A törzsön a duzzasztást nem alkalmazhatjuk. Ép így a fejen is csak mélyen fekvő fertőzéseknél ajánlatos a duzzasztás alkalmazása, a nyakra tett szorító gummipólya segélyével. E helyeken a hyperaemia legegyszerűbben a száraz köpű elve szerint szerkesztett szívóköpűk segélyével idézhető elő.² E köpűk alsó része vastag üvegből készült; szélük — hogy a gyuladt rész környezetét ne nyomja — szélesre van lapítva. Különböző nagyságúak, hogy a törzs minden részén alkalmazhassuk. A levegőritkítást a kisebb formáknál gummiballonokkal végezzük, a nagyobbaknál levegőritkító szivattyúval, vagy ennek híján jól záró, nagyobb sebfeeskendővel (pl. a Farkas fecskendővel, 1. a 3. és a 4. ábrát).

Alkalmazásuk úgy történik, hogy az üveg szélét vaselinnel bekenjük, a beteg részre ráborítjuk és most a gummiballon végét benyomva, a levegő egy részét a harangból kiszorítjuk. A mint a ballont elengedjük, a levegő megritkul és a köpű alatt fekvő részt az újra kitáguló gummi beszívja. A levegőritkítás annál nagyobb fokú, minél mélyebben nyomjuk be a gummit; a levegőritkítással pedig arányos a keletkező vérbőség foka. A köpűk levétele úgy történik, hogy a gummit újra benyomjuk, mire a köpű magától leválik. A nagyobb köpűket (pl. az emlőszívót) ugyanígy alkalmazzuk; bennük a levegőt szivattyúval ritkítjuk. Használat után az üvegrészek kifőzendők. A kisebb szívóknál a gummi — hogy levegőt ne bocsásson be — dróttal van az üveghez erősítve. A gummit pedig nem jó gyakran kifőzni. Osztályunkon ezért ezeket az apróbb szívókat használat után alaposan megtisztítjuk és utána lapos tában, melyben állandóan 5% lysoform áll, tartjuk. A gummilabda benyomásával az egész üvegrész belülről is megtölthető lysoformmal. Ily eljárás mellett nem láttunk bőrinféctiót a köpűk alkalmazása folytán.

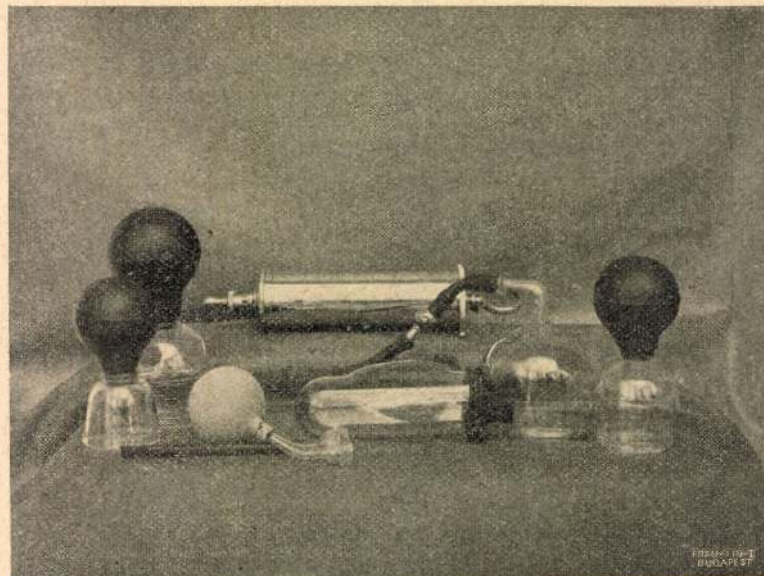
A szívásnak nem szabad erősnek lennie. Kezdek rendszeren

¹ Bier: Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. Münch. med. Wochenschrift. 1905. 5—7. sz.

² L. Klapp: Über die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittels Saugapparaten. Münch. med. Wochenschr. 1905. 16. sz.

nagyon is erősen ritkítják meg a levegőt, hogy a gyuladt rész szinte púpot képez az üvegben. Ezzel nem érünk célzt. A hyperaemiát igen kiséfokú szívással is alaposan fokozhatjuk, de nem szabad fokoznunk annyira, hogy apró bőralatti vérzések keletkezzenek. A legjobb mérték ennek megítélésére a beteg subjectiv kimondása. A szívásnak fájdalmakat okoznia nem szabad, akár nyitott genyedéssel, akár zárt fertőzéssel van dolgunk.

A szívást átlagban 5 perczig végezzük, utána 2 percznyi szünetet tartunk, hogy a keletkezett vérbőség és a kezdődő oedema eltűnhessék.



3. ábra.



4. ábra.

A második szívás rendszeren valamivel erősebb lehet, a nélkül, hogy fájdalmakat váltana ki. 3—7 szívást végzünk egy ülésben. Ha nyitott genyedéssel van dolgunk, eleinte vérrel bőven kevert geny ürül ki; a 3—4 szívásra csak tiszta savót szíhatunk már. Tapasztalásunk szerint ez a legjobb jele annak, hogy aznapra a szívást abbahagyhatjuk.

A technika általános pontjainak érintése után áttérhetünk a részletkérdésekre. Ugy hiszem, legáttekinthetőbb a kép, ha az egyes bántalmakat, melyeket ez eljárással kezeltünk, sorra vesszük és pedig súlyosságuk szerint következő sorrendben. Körtörténeteket csak kivonatban, illustringképpen iktatok be.

(Folytatása következik.)

Tárca.

A történelmi igazság a Czermak-Türek-féle úgynevezett prioritási harcban.

1908-ban ulti meg a tudományos világ — élén a gégeorvosi karral — a gégetükör orvosi használatba vételének 50. ik évfordulóját.

Szükségesnek véltem, hogy a gégetükör történetének e nagy jelentőségű phasisát az eredeti történelmi okmányok: az irodalmi adatok nyomán felkutassam, s ezek segítségével megállapítsam a — sajnos, mindmáig sem egyöntetűen elbírált — történelmi tényállást. Világosságot igyekeztem vetni e kérdésbe már csak azért is, mert az az elkeseredett prioritási harc, mely annak idején a gégetükör orvosi czélokra értékesítői, t. i. Czermak és Türek közt lefolyt, noha már csak véleménykülönbséggé szelidült formában, de a ma élő epigonokra is átszállott. Óhajtottam, hogy ez a harc, melyet Türek indított meg Czermak ellen és melynek folytatásába nagyon sok subjectiv vonás játszott bele, ma csak objective, a szenvedély nélkül való történelmi tények alapján döntessék el, s fejeztessék be. Mielőtt magára a prioritási harcra s tisztázására térnék át, szükségesnek tartom, hogy bizonyos, a köztudatba erősen átment traditiókat, nehogy épen bennünket magyarokat továbbra is fogva tartsanak, rektifikáljunk.

Nekünk ugyanis a Czermak-Türek-féle prioritási kérdéshez az igazság érdekén túl mindössze annyiban van több közünk, hogy Czermak minékünk — mint Markusovszky mondá — „kedves vendégünk“ volt, kit két év lefolyta alatt, melynek elteltével állását s Magyarországot elhagyta, „szinte miénknek tekinteni“ megszoktuk. Jóleső érzéssel jegyezhetjük fel azt is, hogy meghitt barátja és biographusa tanúsága szerint Czermak a nálunk töltött két esztendő életé legboldogabb idejének nevezte, és valóban annál nehezebbünkre is esik a kérelhetlen történelmi igazság fixálása s épen azon többször hangoztatott nézet correctioja, hogy Czermak a gégetükör alkalmazásának hazánkban tartózkodása alatt vetette volna meg alapját, s hogy a gégetükört először nálunk, és pedig a budapesti kir. orvosegyesület 1858. november 13. i ülésén mutatta volna be.

Itt-tartózkodása idején jelent ugyan meg több cikke az Orvosi Hetilapban, de alapvető laryngoskopikus dolgozatait már előbb, idejötté előtt, tette közzé külföldi folyóiratokban. A gégetükört bár nálunk is, az említett orvosegyesületi ülésen bemutatta, de korábban demonstrálta azt a bécsi orvostársulatnak.

Lássuk a dolgok folyását pontos chronológiájuk szerint. Legelőször is Czermak pesti működésének időpontjait kell megállapítanunk.

Czermak 1858 júniusában neveztetett ki az akkor nyugalomba vonuló Schordann helyébe az élettan rendes tanárává. Működését 1858 június hó 22.-én kezdte meg,¹ és 1860 július hó 13.-án pedig végbúcsút vett már tanítványaitól.²

Miként saját feljegyzéseiből is kitűnik, Czermak már 1857-ben kezdett a gégetükörrel foglalkozni,³ s első közleménye „Über den Kehlkopfspiegel“ czimvel 1858 márczius 27.-én látott napvilágot a Wiener med. Wochenschrift 13. számában, tehát mintegy 3 hónappal hozzánk került előtt.

1858 április 9.-én mutatta be Czermak a gégetükör használatát, és pedig önönmagán, a bécsi orvostársulatnak s ezen előadását pár nap múlva: április 17.-én közölte is, ugyancsak a Wiener med. Wochenschriftben.

Csak ezek után került Czermak Pestre, mint már említettük: 1858 júniusában, és csak ez év novemberében (1858 november 13) mutatta be a gégetükört a mi orvosegyesületünkben,⁴ tehát több mint 7 hónappal később minékünk, mint a bécsieknek.

Míndezekből világos, hogy mire Czermak Pestre került, tanait Bécsben már közzé is tette, gégetükört Bécsben már be is mutatta volt.

Ezen a réven tehát hazánkat csakis az a dicsőség éri, hogy a külföldön akkor már kiválóvá lett Czermakot egyetemi tanáru

¹ Orvosi Hetilap. 1858. 400. lap.

² Orvosi Hetilap. 1860. 579. lap.

³ Czermak: Der Kehlkopfspiegel (1860). I. kiadás, 2. lap, II. kiadás, 3. lap.

⁴ Orvosi Hetilap. 1858. 732. lap.

meg tudta nyerni, ki azután minálunk tovább folytatta munkásságát, sőt később kiszármazva tőlünk, egy-egy cikkével még vissza-visszalátogatott hozzánk. A Czermak fejét érő dícsfény első sugarai azonban nem a magyar földet, hanem a külföldet világitották be. Ez a történelmi igazság.

Az említett traditionalis nézeteknek az igazság nevében történt desillusionálása után azonban még mindig kellemes és méltányos kötelességként állhat előttünk, ha Türekkel szemben Czermak védelmére sietünk, midőn tisztázni óhajtjuk a kettejük közt fennforgott, s végleg még máig se tisztázott prioritási kérdést.

Előre is jelzem álláspontomat: ezt a prioritási vitának tekintett, ilyennek nevezett s ilyenként tárgyalt harcot a „prioritás“-nak Türek által imputált fogalma egyáltalán meg sem illeti. Személyes antagonizmus, félreértések és -magyarázások a litterarikus féltékenységi jelenetek egész sorát idézték fel Czermak és Türek között és érthető tán, ha e két férfiú a prioritási harc zászlaja alatt óhajtotta a személyes harcot végigküzdeni. Ma azonban, közel 50 esztendő után, mikor maguk a küzdők és velük együtt a szenvedély is rég kihűlték, a kérdés historikus megfajlásával nem is boldogulunk előbb, mielőtt a szóban forgó „prioritás“ fogalmát componenseire fel nem bontjuk, miáltal az két eddig széjjel nem tartott, sőt ellenkezőleg: eddig egymást folyton megzavaró részre esik szét. Mert ha egyszerűen azt kérdezzük: kit illet meg a prioritás babérja? Czermakot vagy Türeköt? akkor ez egyszerű kérdésnek megfelelő egyszerű választ nem tudunk adni. A kérdésre ilyen formájában nem felelhetünk; componenseire kell előbb felbontanunk. Ha azt kérdezzük: ki tükrözte meg kettőjük közül időrend szerint korábban az emberi géget? erre a felelet: Türek. De ha azt kérdezzük: ki kezdte kiépíteni a modern laryngoskopiát? kitől erednek a tapasztalatok első közzétételei? ki fedezte fel a gégetükör jelentőségét, széleskörű használhatóságát és jövődöbéli horderejét? akkor minderre Czermak nevével kell felelnünk.

Czermak maga írja s számos közleményében, miként bécsi orvostársulati előadásában is coram publico nem győzi megköszönni Türek szívességét, hogy kérésére neki a már használt gégetükreket átengedte. Ebből is láthatjuk, hogy Türek korábban tükrözött, mint Czermak.

De hogyan került Czermak Türekhez? ezt is tudnunk kell, mert ebből több fontos és a dolgok helyes megítéléséhez szükséges adat derül ki.

Czermak elolvastván Manuel Garcia-nak a Philosophical Magazine-ben 1855-ben (X. köt., 218. lap) megjelent közleményét az általa felfedezett gégetüköréről, kedvet kapott ezzel az eszközzel vizsgálatokat végezni. Ezt a tervét közölte azután Ludwig professzorral, a ki ezen alkalommal tudatta vele, hogy Türek már régebben — Garcia közleményéről mit se tudva — önállóan jött arra a gondolatra, hogy az emberi géget kis tükrök segítségével megvizsgálja; mikor azonban Garcianak eredményeivel Türek maga is megismerkedett, úgy látszik teljesen elejtette a gégetükörözést. Erre Czermak elment Türekhez, ki a legnagyobb előzékenységgel átadta neki gégetükreit. Czermak ezekkel végezte az első vizsgálatokat.

A felhozottakból tehát újra kiviláglik s újra kiemelem, hogy Türek előbb végzett gégetükörözést, mint Czermak. Hogy Czermak a Philosophical Magazine olvasása közben jött a gondolatra Garcia gégetükreit orvosilag kipróbálni, míg Türek magától jött a gégetükör gondolatára, Czermaknak ez az olvasottsága senki előtt sem vonhat le az érdemeiből. Az „újra felfedezések“ dícsősége sohasem teljes; jogos reklamálásokra mindig alkalmat adnak. Hiszen földrajzot is azért tanulunk, hogy ne kelljen Amerikát még valakinek megegyezően felfedeznie. Máris látjuk, hogy mindkettőjüknek, Czermaknak úgy, mint Türeknek, közös elődeik voltak a laryngoskop feltalálásában. Bozzini-től (1807) kezdve Liston-ig (1840) és Garcia-ig (1855) egész sora áll elő a férfiaknak, nagyobbára orvosoknak, kik — ha csak kezdetleges sikerrel is — máris foglalkoztak a gégetükörrel. Nekünk e perczen mindössze azt fontos tudnunk, hogy a gégetükör Czermak és Türek idejében már régóta megvolt.

Áttérek egyelőre a második és főbb kérdésre: ki ismerte fel korábban a gégetükör értékét, tudományos és gyakorlati jelentőségét? Kettőjük közül melyikük ajándékozta meg ezzel az eszközzel s a benne rejlő képességekkel a szenvedő emberiséget s a

segíteni vágyó orvosi világot? Nos, ez az érdem elvitathatlanul Czermak érdeme. Az első közlés a gégetükről használatáról Czermaktól ered, s az 1858 március 27. én a Wiener medicinische Wochenschrift-ben „Über den Kehlkopfspiegel“ cím alatt jelent meg. Pontosan leírja ebben Czermak a használat módját; ajánlja a mesterséges világitást, az átlukasztott concavtükröt; leírja a gégetükről megmelegítését és helyes elhelyezését a garatban, miáltal az edzőszereknek pontos applikálását a gégében lehetővé tette; e közben „a szem biztos vezetőjévé lesz a kéznek“. Czermak cikkét a jövőbe irányuló nagy perspektívával zárja be. „Soraim — úgymond — teljesen el fogják czélijukat érni, ha a gégetükről nemsokára a mindennapos eszközök sorából ép oly kevésbé fog hiányozni, mint jelenleg a szem- s már régóta a méhtükrő“.

Már ebben az első cikkében sikerült Czermaknak a módszert teljesen függetleníteni időjárás és napszakoktól a mesterséges világitás felhasználásával, holott Türek csak természetes világitás mellett dolgozott s első tükrözéseit is, állítólag „direct napfény hiánya miatt“, annyiban hagyta.

1858 április 9.-én, tehát alig néhány nappal az első közlés megjelenése után Czermak a bécsi orvostársulat színe előtt demonstrálta a gégetükröt. Ez az előadása április 17.-én nyomtatásban is megjelent a Wiener medicinische Wochenschrift mellékletében. Czermak ezúttal saját magát demonstrálta, mi mindent látott már ő másokon a gégetükről segítségével; látta ugyanis a trachea bifurcatióját és a bronchusok bejáratát, és végül expressis verbis utal az orrgaratüreg és tubanyilások tükrözhetésére.

Czermak-nak imént ismertetett két cikke az első közlések a tudományos laryngoskopia terén. Türek mindaddig egy szót sem publikált e téren.

9 nappal Czermak második közleményének megjelenése után vagyis 1858 április 26.-án néhány sor jelent meg a Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien szerkesztősége tollából. Szükszavú utalás után Czermak megtartott előadására, Türeknek — minden bizonnyal saját maga által sugalmazott — ellenfő álláspontját ismerteti a Zeitschrift szerkesztősége, melynek reseumé-ja: „Türek azzal végzi szavait, hogy nagyon is távol áll tőle, hogy valami túlságosan vérmes reményeket fűzzön a gégetükröknek a gyakorlatban való hasznavehetőségéhez. Türek dr. az itt csak érintett módszerről kimerítő ismertetést fog lapunkban közzétenni.“ Helyesen jegyzi meg erre Czermak, hogy ha Türek mindezt már látta volna, a mit ő látott a gégetükről, aligha titkolta volna el mindaddig s nem is halasztaná tapasztalatai közlését a jövőre.

Az említett ülésen, melyben Czermak a gégetükröt bemutatta s a laryngoskopiára oly nagyfontosságú enuntiatióit megtette, ezen az ülésen vetett lobot Türek féltékenysége. Nem is birta elfojtani és Czermakkal szemben annyira rangján alul viselkedett, hogy a jelenlévő orvostársulati tagok kérve kérték Czermakot, ne vinné az ülés botrányait a nyilvánosság elé. Czermak a tagok iránt való tiszteletből nem reagált Türek viselkedésére. Ezzel kapcsolatban még egy fontos dolog történt. Czermak az április 17.-i közlemény egyik jegyzetében nyilvánosságra hozta a Türek „prioritását“ elismerő, április 14.-én Türek óhajára kiállított nyilatkozatát. Hogy Türek ezzel az írással mennyire visszaélt, erre még reá fogunk térni.

Lássuk azonban, hogy akkor, a mikor Türek már hevesen követeli a maga prioritását, nyujtotta-e csak valami felmutatható eredményét is a gégetükről való foglalkozásának?

Már előbb említve volt, hogy Ludwig professor Czermak előtt azt a megjegyzést tette, hogy Türek, minekutána Garcia eredményeivel megismerkedett, úgy látszik egészen elejtette a gégetükrözést.

Virchow archiv-jának XXII. kötetében pedig egy nagy-jelentőségű levelet találunk, melyet Brücke professor irt Czermaknak, a mely Ludwig megjegyzésével megegyezik, s azt ily módon még megerősíti. A levél magyar fordításban így hangzik:

„Tisztelt Barátom! Ezennel bizonyítom Ön előtt, hogy Türek dr. urat — minekutána ő velem a gégetükről való első kísérleteit közölte — megkérdeztem, mint halad velük előre s felszólítottam őt, abba ne hagyná őket. Egy ízben kérdeztem-e őt vagy kétszer, ennyi idő után nem tudnám megmondani. Türek

dr. válaszát se tudnám pontosan idézni, de azt tudom, hogy azt a benyomást keltette bennem, hogy letett az egész dologról; annyi bizonyos, hogy további eredményekről többé nem számolt be. Bármennyire sajnálom, hogy két általam egyaránt nagyrabecsült férfiú közt folyton tart a harez, mégis rendelkezésére bocsátom Önnek, a megtámadott félnek e soraimat, hogy azokat bármi módon fel is használhassa, ha a saját igazolására fordíthatja őket. Bécs, 1859 november 13.-án. Öszinte tisztelője Brücke E.“

Ha Ludwig és Brücke ezen nyilatkozataihoz hozzávésszük Türek saját vallomásait, melyek szerint nagyon is távol állott tőle, hogy valami túlságosan vérmes reményeket fűzzön a gégetükrök hasznavehetőségéhez, akkor ezek egybehangzó okmányok a mellett, hogy Türeknek eleinte meglehetősen steril volt az álláspontja a gégetükről értékével szemben, a mennyiben — ellentétben Czermak kal, sőt ennek már második közleménye után — a gégetükről elérhető tudományos és praktikus eredmények iránt nem valami sok bizalommal volt eltelve, s előbb Czermaktól kellett hogy impulsusokat nyerjen, mielőtt ezen a téren újra felvette — s tegyük hozzá: oly sikeresen vette fel — a tudományos kutatás fonálát. Ebben, azaz a gégetükről elérhető eredmények iránt való, meg is okolt bizalmában, magukban az első laryngoskopikus pozitív eredményekben, a gégetükről tudományos és praktikus jelentősége felől való szilárd és nagyhorizontú meggyőződésben s az azok gyümölcsötetésére serkentő közlésekben — ezekben követelhetette Czermak teljes joggal a maga megtámadott prioritását. S ezt tőle elvitatni azon egyszerű tény miatt sem fogna sikerülni, hogy Czermak nemcsak az említett két, de immár három közleményt bocsátott világgá,¹ sőt közleményeinek hatása alatt Semeleder 1858 május 28.-án előadást is tartott a bécsi orvostársulatban a gégetükről diagnostikus és therapeutikus értékéről a nyelv megbetegedésénél, a mikor végül megjelenik Türeknek — Czermaknak már második cikke után kilátásba helyezett — első közleménye² és pedig 1858 június 28.-án a gégegarat-tükrőről és használata módszeréről.³

(Folytatása következik.)

Györy Tibor dr., egyetemi magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. Sechste wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1905.

Oly könyv, mely a sikernek útját oly gyorsan futotta meg, melynek népszerűségét sem az idő, sem az azóta megjelent munkák csorbítani nem voltak képesek, mely ellenkezőleg mindinkább terjedt, mindinkább hízagpótlónak bizonyult, tulajdonképen sem méltánylásra, sem ismertetésre nem szorul.

Rejlik pedig e siker kulcsa Fingernek rendkívüli didaktikai tehetségében, ekklekticismusában, mely sohasem visz rá valamely szélső, vagy csak subjectiv álláspont elfoglalására, az actualitás iránti kifejtett érzékében, a melylyel mindenkor a teljes modernség benyomását keltette, a nélkül, hogy alapjában nagyon messze távozott volna el a Zeissl-Sigmund iskolától és annak conservativ therapiái felfogásától.

Az első kiadás óta eltelt tizenöt év minden vívmányát ép úgy registrálja, mint a pathologiai részletmunka és a gyógyszeripar irodalmi üzemének ephemeridáit. Innen magyarázható a könyv terjedelmének megnövekedése az egyes újabb kiadások során az eredeti lapszám kétszeresére.

¹ Harmadik közleménye: „Physiologische Untersuchungen mit Garcia's Kehlkopfspiegel.“ (Sitzungsberichte der k. k. Akademie der Wissensch. zu Wien vom 29. April 1858. XXIX. kötet, 557. lap.)

² „Der Kehlkopfrachenspiegel und die Methode seines Gebrauches.“ (Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien. 1858 június 28., 26. szám.)

³ Türek munkáinak később (1860) összeállított lajstromában az 1858. április 9.-i ülésnek jegyzőkönyvét vette fel 1. számú munkájának, mely a szerkesztőség részéről tett ellenvetést tartalmazza Czermak előadására. Ez által Türek 2 1/2 hónapot nyert a chronologikus keltezésben. Az ellenvetés tartalmára még emlékezünk!

Ha ez talán a gyakorló orvos szempontjából, a kinek pedig e munka első sorban készült, némileg hátrányos is, mert a sok adat és a sok lényegtelen között a tényleges és fontos elszikkad: mint szerző lelkiismeretes buzgalmának tanújele elismerésre méltó.

A gonorrhoea lényegének és helyes gyógykezelésének megismerése az orvosi közönség sorában még sok népszerűsítő munkát igényel. A gyógykezelésben az általánosításra való hajlam, minden ellenkező tanítás dacára, az idők folytán nemhogy csökkent volna, hanem még növekedett. A gonorrhoeával, euphonistikusan „urologiával“ való specialistikus foglalkozás látszólagos könnyűsége e baj kezelésében mindenkor otthonos felületességet hihetetlen módon megnövesztette. Míg azonban a múltban a felületesség a baj gyógykezelésének elhanyagolásában, a gyakorló orvos részéről való lekicsinylésében nyilvánult, addig most a minden kórtani érzék és klinikai gondolkodás híján szűkölködő „kezelések“ és „beavatkozások“ képviselik a szenvedő emberiség és az orvosi tisztesség kárára a másik szélsőséget.

E tankönyv, különösen kórtani részében, igen sok helyes és alapos tudás forrása lehet azok számára, kik az áttanulmányozására fordítandó csekély fáradságot nem sajnálják. A helyes kórtani ismeretek a durva empirismus kinövéseit észrevétlenül nyesegetik le. A gonorrhoea gyógykezelését könyvből megtanulni ugyan nem lehet, de mivoltát, lényegét igen. A ki pedig tisztában van azzal, hogy mi a gonorrhoea és mi minden lehet a gonorrhoeából, az a kezelést már félig megtanulta.

Ráskai Dezső dr.

Uj könyvek. P. F. Richter: Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. — F. Köhler: Tuberkulin und Organismus. Jena, G. Fischer. — E. Siefert: „Über die unverbessertlichen Gewohnheitsverbrecher und die Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung.“ Halle a. S., C. Marhold. — A. Liebmann: Vorlesungen über Sprachstörungen. 6. Heft. Berlin, O. Coblentz. — C. Webster: Die Placentation beim Menschen. Ins Deutsche übersetzt von G. Kolischer. Berlin, O. Coblentz. — E. Frey: Abriss der Arzneibehandlung. Leipzig, F. C. W. Vogel. — O. Vierordt: Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden. VII. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Rádl: Geschichte der biologischen Theorien. Leipzig, W. Engelmann. — Ilberg: Aus Galens Praxis. Ein Kulturbild aus der römischen Kaiserzeit. Leipzig, Teubner. — Weber: Die Heilung der Lungenschwindsucht. Halle a. S., C. Marhold. — F. Calot: Traité pratique de technique orthopédique. Technique du traitement de la luxation congénitale de la hanche. Paris, Masson et comp. — F. Barbary: Interprétation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse. Thérapeutique préventive de l'hémoptysie. Paris, F. R. de Rudeval. — P. Séé: Contribution à l'étude des applications thérapeutiques des oxydases et des métaux ferments. Paris, O. Doin. — Ch. Aubertin: Les réactions sanguines dans les anémies graves. Paris, J. Rousset. — L. Marchand: Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale. Paris, O. Doin. — Francis Hare: The food factor in disease. London, Longmans, Green and Co. — B. Sachs: A treatise on the nervous diseases of children. New-York, Wood, William and Co.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Nyálkahártyával bevont csatornában és mirigykivezető csövekben észlelhető felhágó áramlásokról és ezek befolyásáról a fertőzés keletkezésére igen érdekes sebész-pathologiai tanulmányt tesz közzé Bond. Inguinalis colostomia 3 esetben (rákos bélelzáródás) és vakbélisipoly 1 esetben (appendicitis-műtét után) indigo-, illetve carminvégbélkúpot helyezett az illető beteg végbelébe. Kiderült, hogy a felhágó áramlás festékrészecskéket 24 óra alatt a végbél-nyílástól a colostomia helyéig képes elvinni; ezen áramlást nem gátolja meg a bélfal rákos elváltozása mindaddig, míg a bélelzáródás nem vált teljessé. Kiderült továbbá, hogy az esetben is jelen van ezen felhágó áramlás, midőn egy oldalsó bélsipolyon a bélsár csak részben távozik, és hogy hashajtószerek nem semmisítik meg; valamint azt is tapasztalta, hogy ezen áram az utat a végbéltől a vakbélig három nap alatt teszi meg. Szerző azt hiszi, hogy ezen áramlást nyálkaelválasztás tartja fenn, mely a nyálkahártya mentén a bélmozgás irányával ellenkező irányban halad.

Hasonló viszonyokat mutattak a női nemi szervek: 22 betegnél, kik laparotomia előtt állottak, a műtét előtt 20 órával steril indigo- vagy carminport helyezett el a méhszájon. 4 eset kivételével a festékrészecskéket vagy a tubákban, vagy közvetlenül

mindjárt a műtét alkalmával a fimbriákon, sőt a környező hashártyán is ki tudta mutatni. A 4 negatív eredményt adó eset közül egyszer kétoldali hydrosalpinx, kétszer a tisztulás okozta a kísérlet sikertelenségét, az utolsó esetben pedig a rövid időköznek (16 óra) tulajdonítható az eredménytelenség. Ezen felhágó áramlás ilyen módon történt kimutatása a belső női nemi szervekben világosan magyarázza, hogy mily könnyen jöhet létre nem teljesen aseptikus vaginalis és intrauterin beavatkozás után az endometrium, a kürtök és a hashártya fertőzése.

Az epeutakban a felhágó áramlás kimutatására 4 cholecystotomizált beteggel indigo-pilulákat vétetett be Bond. Az epében mikroszkop segítségével a második, harmadik és hatodik naptól kezdve tudta kimutatni igen csekély mennyiségben a festéket. Szerző ezen kísérleteiből azt következteti, hogy oly esetekben, midőn a levezetés rendes irányától el van térítve, az epeutakban is előállhat felhágó áramlás. Azon feltevés ellen, hogy a vér-, illetve nyirokáramba felvett festékrészecskék utólag választottak volna ki a májban, számos érvet hoz fel.

Hasonló módon sikerült alkalmas esetekben a húgyszervekben (húgyvese, hólyag és húgyvezér) is a felhágó áramlást kimutatni. Létrejöhete itt szintén a rendes vizeletáramnak teljesen akadályozott voltától vagy eltérítésétől függött. A cecsmirigyben is 2 esetben (rák és mastitis chronica) az egy nappal előbb a kivezető nyílásokba bedörzsölt festékrészecskéket műtét után a kivágott mirigy mélyében találta meg. Ezen jelenség magyarázatát megadni Bond ez idő szerint nem tudja és ez irányban további vizsgálatokat ígér. (Brit. med. Journal, 1905. július 29.)

Picker Rezső dr.

Belgyógyászat.

Aneurysmák kísérletes előidézéséről ír B. Fischer, kinek intravenás adrenalin-injectiókkal házi nyulakon végzett kísérletei közben az emberi arteriosclerosishoz hasonló kórkép mellett többször sikerült aneurysmákat is létrehozni. E mesterséges aneurysmák azért is érdekesek, mert eddig még traumák segítségével sem sikerült egészséges s így regeneratióra alkalmas falú edényeken azokat előállítani, hanem csakis helyi edzések, tehát localis nekrosisok útján. Az edényelváltozások, melyek képződését megelőzik, nem azonosok az emberi arteriosclerosissal találhatók. A kerekded vagy ovalis, kiemelkedő szélű szigetecskékből a muscularis és a ruganyos lemezek primaer nekrosisa az első elváltozás, mit hamarosan követ e terület elmeszesedése, annyira, hogy a mediában compact mészlemezek találhatók. Reactiv mesarteriit's csak igen hosszú kísérletezés után, kivételesen észlelhető, a folyamat jóformán sohasem éri el az adventitiát és ritkán terjed az intimáig. Az arteriosclerosistól megkülönböztetendő, arterionekrosissnak nevezi az elváltozásokat. A nekrosisok területén sikerült nagyobb, multiplex aneurysmákat is előállítani, melyek praedisponáló helye az arcus aortae és aorta thorac. volt, sőt egy aneur. dissecans-t is észlelt. Ez esetben az elmeszesedések, melyek úgy látszik némi védelmet alkotnak az aorta-repedéssel szemben, a nekrosisos területeken kimaradtak. A kísérletek, melyek digalenek intravenás befecskendezésével (20 inj. 0.1—2.0) is sikerültek, szerző szerint egyrészt igazolják, hogy a media-elváltozások és fokozott vérnyomás együttes fennállása lényeges kelléke az aneurysmafejlődésnek, másrészt megdöntik az arteriosclerosissnak Thomas-féle histo-mechanikus alaptörvényét, mely szerint az edénytágulás okozta áramlassulásnak mindenkor az intima kötőszövetzaporodása a következménye, miután a legnagyobb fokú edénytágulatok tartós fennállása esetén is csak akkor vastagodik meg az intima, ha a nekrosishoz gyuladós reactio társul. (Deutsche med. Wochenschr. 1905. 43. sz.)

R. Zs.

Az idült obstipatio kezeléséről tartott előadást A. Schmidt a német orvosok és természetvizsgálók idei vándorgyűlésének belgyógyászati szakosztályában. Az atoniás idült obstipatio keletkezésében a főszűnyt a táplálék túljó kihasználódásában keresi; ennek következtében hiányos a bélsár mennyisége okozta mechanikai inger, de még inkább az ennél sokkal fontosabb chemiai inger, a mennyiben a táplálék jórészt felszívódván, kevés jut a bakteriumoknak, ennek következtében kevesebb a bakterium is (Strassburger szerint idült székrekedésben szenvedőknél a normális bél-

bakteriummennyiségnek csak $\frac{2}{3}$ -a található), tehát kevesebb oly bomlástermék képződik, a mely chemiai hatás útján izgatná a beleket. A táplálék túljó kihasználódását sok salakot tartalmazó diatával sokszor nem érheti el, mert némelyek még a cellulosét is jól kihasználják. Ilyen esetekben jó eredményeket ért el agar-aggarral, mint a mely apró pikkelykében adva a bélben erősen megduzzad, nagy mennyiségben adható káros következmények nélkül és változatlanul ürül ki a bélsárral; minthogy egy részét más tápanyagoknak is magával ragadja, a táplálék kihasználódását is csökkenti. Sokszor azonban, főleg az agar-agar használatának kezdetén, a mikor még kevés a bakterium s így kevés a belet izgató bomlástermék, valami más módon kell némi ingert gyakorolni a bélre. Erre a célra cascara vizes kivonatának kis mennyiségét ajánlja. A Helfenberg-féle gyár most már nagyban készíti regulin elnevezéssel az ilyen készítményt, a mely agar-agarhoz kötött cascara-kivonattól áll s a melyből kávéskanálnyi — két evőkanálnyi veendő be levesben, burgonyapépben stb. Egy idő múlva az adag megkisebbithető, sőt a közönséges agar agar használatára térhetni át. Ezen kezelésmóddal előadó nagyon jó eredményeket ért el; természetesen egyidejűleg más physikalís és psychikai kezelésmódok is igénybe veendőek. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 41. szám.)

Botulismus-nak igen érdekes esetéről számol be *Collatz*. Házilag készült zöldbab-conservből annak előleges felfőzése nélkül többen ettek, s 20-nál többen betegedtek meg tőle, 10 egyén pedig meg is halt. A zöldbab maradékából sikerült a bacillus botulinust kitenyészteni. A kórjelenségek közül legfeltűnőbbek a szemizombénulások és a bulbus-hűdés voltak. Érdekes körülmény az, hogy ezen typosos, részben halálos botulismust tisztán növényi tápszer okozta. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 45. számához mellékelt „Fest-Nummer.“) *H. P.*

Idegkórtan.

A **tabes** kezeléséről *Erb* a következőket írja. A baj megelőzése szempontjából a lüestől való óvakodás volna a főfeladat. A syphilis alapos kezelése a bekövetkezendő tabes valószínűségét csökkenti. A lueses tabesjelölt óvakodjék a meghűléstől, a fáradtságtól, túlzásoktól a nemi életben, a dohány és alkohol élvezetétől, izgalomtól, szellemi túleröltetéstől, ne használjon forró fürdőket és nagyon alacsony hőfokú értelmetlen hidegvizes kezeléseket. Ezek a tanácsok különösen az idegesen terheltek számára nem feleslegesek. Kéneső kezelés szükséges minden friss tabesben, ha nem túlságos hosszú idő előtt folyt le a syphilis, azután olyan esetben, a hol valami lueses tünet van, vagy kifejezett typosos lymphocytosis található a lumbal punctio alkalmával és minden olyan esetben, melyben a syphilis elégtelen módon volt kezelve. A syphilis ellenes kezelés *Erb* szerint sohasem fejt ki káros hatást és csak előrehaladott régi esetekben, lesóványodott, cachexiás, dyspepsiás betegek ellenjavalt, továbbá olyan esetekben, melyekben a lues nagyon régi vagy már történt sikertelen jod- vagy kéneső-kezelés. A luesellenes kúrát erősítő kezelésnek kell követnie, ilyenek hegyi levegő, gyenge vízkúra, arsen, lecithin, glycerophosphatok, kakodyl. A kéneső kezelést 4—12 hónapi megszakításokkal, melyeket erősítő kezelésekkal kell eltölteni, egynéhány évig lehet folytatni, ha a beteg e mellett elég jól érzi magát. A Franciaországban legutóbb ajánlott rendkívül erélyes kéneső-kezelésektől *Erb* úgy a tabesben, mint a dementiában sok rossz eredményt látott. A jod időközben egynéhány hónapon át jól adható leginkább jodipin alakjában. *Olyan esetekben, melyekben semmi lueses tünet nincs a kórelőzményben és a lumbal punctio nem mutat nagyfokú lymphocytosist, Erb kéneső-kezelést nem alkalmaz.*

A tabeses beteg életmódjára vonatkozólag *Erb* azt szokta mondani: „éljen, mint a hogy az öreg embernek kell élnie, egyszerűen, józanul, nyugodtan és szabályosan“. Leginkább a túlfáradástól és sportoktól kímélje magát a beteg. Az *Edinger* féle elmélet értelmében a baj kezdetén és a kiújulások vagy friss hajtások alatt teljes nyugalmat, esetleg ágyban fekvést kellene ajánlani a betegnek. De természetesen lehetetlen egy betegségek kezdetében levő tabeses emberen, a ki még évtizedeken át munkaképes lesz, ezt keresztülvinni, okvetlen szükséges azonban a gyorsan előhaladó, rohamosan fejlődő ataxiákban és azokban

az esetekben, a melyek gyors lesóványodással járnak. Szükséges azonban ilyenkor minden egyes beteg megfigyelése, különösen a nyugalom idejének megszabása miatt, mert némelyik beteg energiáját veszti és állapota romlik. Ezen tekintetben még további adatok gyűjtésére van szükség, hogy az indicatiót pontosan megállapítsuk.

A gyógyszerekben 30 év óta nincs haladás, az argentum nitricum most is közkedvelt 0.03—0.05 gm. napi adagban nux vomica extractumával keverve. Ebből 10—12 gm.-ot kell egyfolytában elfogyasztani. Hólyaggyengességgel járó esetekben a secale cornutum 0.20 gm. adaga 2—3-szor naponként 1—2 héten át hasznos lehet. Jodkali sokszor használ a lancináló fájdalmak ellen. *Erb* az arsen készítményeket nagyon dicséri, ezek hatása csak mint tonicum érvényesül, Fowler-solutio, leuicoi víz vagy kakodylinjectiók alakjában adja. A strychnin is csak tonicum 0.002—0.01 gm.-os injectiók alakjában. Minthogy egyik szer sem használható hosszabb időn át, közben vasat is lehet adni, különösen hosszabb Hg- vagy jodkúrák után.

A szénsavas fürdőkötől *Erb* jó eredményeket látott, de csak középhőfokokat és közepes szénsavtartalmat lehet ajánlani, a túlzás határozottan ártalmas. A kénes fürdők Hg-kúrák után használhatók, de óvakodjunk a magas hőmérséktől! Forró gőz-, levegő- s villamos fényfürdőket ne rendeljünk!

A hydrotherapiás eljárások közül veszedelmesek a nagyon hideg fürdők, doucheok, leöntések, hideg bepakolások, Kneipp-kúrák, ellenben jók a langyos fürdők (30—20° C.), nedves le-dörzsölések, hűvös teljes fürdők, lemosások, de mindig csak mértéketlenül alkalmazva. A fürdőhely megválasztásakor nem a fürdőre, hanem arra kell nézni, hogy van-e a fürdőhelyen képzett, értelmes orvos. Erős hullámverésű hideg tengeri fürdő rossz hatású.

Az elektrotherapiában *Remak* illuzióitól messze kerültünk. *Erb* a hátan galvánáramot szokott alkalmazni nagy elektrodokkal, kiserejű áramokkal. A farádós esetet fájdalomcsillapító.

Mint derivans szereket hátfájdalmak, gyomorkrisisek megszüntetésére *Erb* gyakran használja a francia iskolában még mindig használatos pointes de feu eljárást, mely abban áll, hogy kis thermocauterrel tenyérgy területen 30—50 apró égetést alkalmaz és területenként 6—8 naponként végighalad így a gerincoszlopon. Ugyanilyen célra egyszer-máskor a rubefaciensek, mint spiritus camphoratus, veratrin alkoholos oldata is használhatók.

A massage csak akkor lehet jó, ha nem fárasztó, inkább sovány, gyenge embereknek rendelhető.

Benedikt azt mondta, hogy a véres idegnyújtások meg nem ejtése műhiba, azonban nem egy beteg halt bele ebbe az eljárásba. A vértelen idegnyújtás ellen mérsékeltén alkalmazva, *Erb*nek nincs ellenvetése. Ez legegyszerűbben úgy vihető ki, hogy a beteg egész laposan hanyatt fekszik és lábait a medenczében annyira felhajlítjuk, hogy a lábak a fejig jöjjenek. De a túlzott és fájdalmas eljárások itt is veszedelmesek.

A felfüggesztést *Erb* igen sokat alkalmazta, ez az eljárás veszedelmes az arteriosclerosisban és szívbetegségeknél szenvedő emberekre; úgy látszott, hogy más esetekben jó volt, de nagyon sokszor nem használt. Jól alkalmazott *Hessing*-féle támasztó-corszet tehermentesíti a gerincoszlopot, maradandó haszna azonban nincs, néha a fájdalmak, hólyagzavarok, paraesthesiák javultak alkalmazásakor. Egynéhány beteg szívesen hordta, dicsérte egy ideig, de azután elég hamar megunt.

A tüneti kezelésben a már mondottakon kívül a következők veendőek figyelembe. A fájdalomakat először nervinumokkal (phenacetin, antifebrin, pyramidon) csillapítsuk, azokból nagy adagokat adjunk, ha kell; később keverjük codeinnal, heroinnal, morphiummal, a vége mindig a morphiumbefecskendezés; a morphiummal tűrhetővé tett élet jobb, mintha a beteg azt végtelen kínokkal tölti el. (Mint a morphiium elbirásának kivételes maximumát említem, hogy egy 9 év óta észlelésem alatt álló beteg élete csak úgy lett tűrhetővé, hogy állandóan morphiium befecskendezéseket kapott. Az egyes adagokat 0.01 gm.-mal kezdtük, és a 9 év folyamán lassan emeltük. A beteg most az egyetemi idegklinikán fekszik, kénytelenek vagyunk neki 4—5-ször naponként 0.14 gm. morphiiumot adni. A napi adag tehát 0.56—0.70 gm. Eddig semmi

kellemetlen tünetet ez nem okozott, sőt a beteg a legutóbbi időig hízott, testsúlya most már 100 kgm.-ra emelkedett. Ref.)

Gyomorbélkrisisek esetén a beteget nyugalomba helyez- zük, szigorú diatára fogjuk, sokszor sósvizes infusiókat és klysmákat kell adnunk. Itt is a morphium a főorvosság, eleinte néha egy ideig a pointes de feu, villamozás, hideg vagy meleg jó hatású. A lumbal punctiora nézve Erbnek nincs tapasztalata.

A gégekrisisek ellen chloroform-belélegzés, cocain-csetelés, a clitoriskrisisek ellen helyi szerek használhatók, e mellett brom, codein, heroin, morphium.

Az atrophia nervi optici a baj kezdetén kénesőre vagy jodra elég ritkán megáll.

Az ataxiát, ha az lassan fejlődik, a Frenkel-féle módszerrel kell kezelnünk, de ha az gyorsan fejlődik, úgy csak a hetekig tartó ágynyugalom használhat. A Frenkel féle gyakorlatokra leg- jobban illik *Raymond* kifejezése: „rééducation des mouvements“, mert a beteg csakugyan újból tanulja meg az egyes mozgásokat. Legfontosabb figyelembe veendő mozzanat ezen gyakorlatok alkal- mazásakor, hogy a beteget ki ne fárasztjuk! Ezen módszer egyes részletei itt nem tárgyalhatók, az érdeklődők olvassák el *Frenkel* könyvét.

Ezt a gyakorlást az ataxiás betegen mielőbb kezdjük el; ellenjavalt friss, acut esetekben, gyenge, lesóványodott embere- ken, arthropathiák, izomsorvadások, krisisek eseteiben, opticus- atrophiaiban, szívbajok vagy súlyosabb arteriosclerosisok fenn- állásakor, vagy ha agybaj, dementia társul. *Frenkel* és *Leyden* a praetaxiás szakra is ajánlják, de ezek a betegek nem igen fogják a sok időt igénylő kúrát elfogadni.

Vizelés-zavarokban villamozás és secale cornutum jó. Ha a hólyag nem egészen ürül ki, úgy esetleg kézzel nyomhatjuk ki a telt hólyag tartalmát, hogy a rendszeres katheterezés minél későbbre maradjon.

A nemi zavarok közül csak a fokozott nemi inger ellen küzdünk brommal, kámmal, heroinnal, a nemi képesség csök- kenésével ne törődjünk.

Az obstipatio ellen eleinte massage-t és beöntést alkalmaz- zunk, csak később hashajtókat.

Az arthropathia nyugalmat követel, jó a könnyű nyomó- kötés, jód csetelés, a hydrarthros punctioja. Resectiókat is szok- tak használni, de az eredmény ritkán kielégítő. Végül támasztó és védő készülékek kerülhetnek alkalmazásba.

Malum perforans ellen *Erb* egynehányszor Hg-tól és jodtól látott eredményt.

A psychés kezelést soha se mulasztjuk el. Humánus és hasznos a beteg előtt eltitkolni baja természetét, de annyira mégis komolynak kell feltüntetni a bajt, hogy elfogadja a szük- séges kúrákat.

Könnyű lesz ezekből kiválasztani, hogy mi alkalmas a baj kezdetén és mi később. Ezen kiválasztásban mindig jól figyeljük meg a beteget, ha valami eljárás hasznosnak látszik, folytassuk, ha valamely kísérlet eredménytelen vagy káros, hagyjuk azon- nal abba.

A baj utolsó szakában kiméljük meg a beteget a fárasztó kúráktól, haszontalan kiadásoktól és csak a legszükségesebbre szorítkozzunk (Deutsche Klinik. 1905. Abth. f. Nervenkrankh. 144—145. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A rákos gyomor resectiojáról értekezik *Brüning* a gies- seni sebészeti klinikáról. *Billroth*-nak 1881-ben sikerrel végzett első gyomor-resectioja óta a gyomor rákos megbetegedésével behatódiban kezdett a sebészet foglalkozni. Egész sorát ismerjük már a sikerrel végzett gyomorkiirtásoknak, a külföldi sebészek ese- tei mellé méltán csatlakoznak *Dollinger*, *Herczel* eredményes gyomor-resectioi. *Poppert*, a gieseni sebészeti klinika vezetője 32 esetben végzett gyomor-resectiót; ezen esetekben 6-szor a *Kocher*- féle gastro-duodenostomia, 26-szor *Billroth* II. módszere került alkalmazásba. A gastro-enterostomiát rendszeren *Murphy*-gombbal végezte. A kórelőzményben 9 esetben találjuk az ulcusi felemlítve, a kerek fekélyt, mint a rák fejlődésére kedvező tényezőt *Poppert* is elismeri. A gyomorrák székhelye eseteiben főleg a kis gör-

bület és a regio pylorica volt. A gyomor motorius elégtelensége nem minden esetben volt jelen. A gyomorvadás vegyi vizsgálata nem nyújt minden esetben megbízható támpontot, voltak esetei, melyekben a gyomor secretorius functioja kielégítő volt.

Poppert nagy súlyt helyez a betegek előkészítésére a műtét előtt. Naponta végez gyomormosást, a műtét napján pedig közvetlenül az operatio előtt a *Trendelenburg*-féle helyzetben végzett gyomor- mosást nagyon ajánlja. Operatio mortalitása 6 esetben (18,8%) volt (3 pneumonia, 1 collapsus, 1 embolia, 1 phosgentartalmú chloroformmérgezés), tehát valamennyi esetben a halált nem lokális szövődmény idézte elő. 11 esetben állott be a halál később, még pedig 9 esetben *recidiva*, illetve *metastasis* folytán (2 eset ismeretlen). Ezeknek műtét utáni átlagos életkora 16²/₃ hónap volt. 13 beteg van még életben, a műtét óta a legrégebbi esetben 17¹/₂ hó telt el, végleges gyógyulásról még nem számolhat be. Az irodalom- ban legidősebb *Kocher* esete 13, *Czerny* esete 12 évi *recidiva*- mentességgel, ezekhez csatlakozik *Dollinger* esete 10 évi *reci- diva*-mentességgel,

Poppert szerint rákos gyomor esetében akkor javult a resec- tio, ha csak a környi mirigyek vannak rákosan megbetegedve s ha ezek oly tájékon ülnek, a honnan eltávolításuk könnyen végezhető. Májbeli áttételek, kiterjedt mirigybeszűrődés, a ráknak a pankreas-szal, colonnal való összenövése esetében, ha pylorus- stenosis is van jelen, a gastro-enterostomia javalata forog fenn.

Minthogy ez idő szerint sem a physikai, sem a chemiai jelek alap- ján biztos korai kórismét felállítani nem tudunk, mindazon esetekben ajánlandó a próbaparatomia, midőn idősebb egyének hoszas gyomor- hurutjával állunk szemben, mely lesóványodással és obstipatioval jár, s a mely belgyógyászati kezelésre nem javul. Nem szükséges, hogy bevárjuk ama ismert trias — sósavcsökkenés, motorius erő zavara, tejsav jelenléte — jelentkezését, mert akkor számos eset- ben már elmulasztjuk a műtét beavatkozására a kedvező időpontot. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, 1905. 80. kötet, 1—2. füzet.)

Steiner Pál dr.

A *Cargile*-hártyára vonatkozó experimentalis és szövettani vizsgálataikról számolnak be *Craig* és *Ellis*. Ezen hártyát, a mely szarvasmarha peritoneumából készül és két féleségben: chrommal impraegnálva és e nélkül kerül forgalomba, *Morris* 1902-ben ajánlotta peritonealis adhaesiók meggátlására. *C.* és *E.* vizgá- latai szerint ennek a ezélnak a hártya nem felel meg, ellenben különösen a chromozott féleség igen alkalmas arra, hogy inak- nak, idegeknek sérülések után a környezethez való tapadását megakadályozzuk, különösen ha a hártyával több rétegben vesz- zük körül a sérült inat vagy ideget; ép úgy használhatónak látszik a chromozott *Cargile*-hártya duralis defectusok pótlására. (Annales of surgery, 1905. 150. füzet.)

Pólya.

A korai masszálást és mozgatást ajánlja a törések kezelé- sénél *Gebele*. A müncheni sebészeti klinika nagy törésanyagán ezen elv keresztülvitelétől igen szép és gyors functionalis ered- ményeket látott. Radiustörésnél 1, felkartörésnél 2—3 hét alatt elhagyja a fixálást. Alszártöréseknél csak a duzzanat teljes le- apadása után, a mely idő alatt a sinben fixált végtagot masszirozza alkalmaz járókötést és pedig párnázás nélkül, e kötést 3—4 hétig hagyja rajta, azután massagera tér át. Czombtöréseknél párnázott járókötést, de szivesebben *Bardenheuer*-féle extensiót alkalmaz jócska (20—25 kiló) megterheléssel; 3 hét után *Thomas*-féle sinben mankók segítségével járattja a beteget és masszál. 8—10 hét alatt így teljes gyógyulást ér el, rendszerint nem több, mint 1 cm. rövidüléssel. Patella, olecranon törést csak különös indi- catioók alapján varr, rendszerint fedetten kezeli az ilyen eseteket. Pseudarthrosisoknál a *Bier*-féle hyperaemiát dicséri. (München. med. Wochenschr., 1905. 39. sz.)

Pólya.

Pylorusszűkület alapján fejlődött tetaniát sikerrel gyógyí- tott *Jonnescs* gastroenterostomiával; az irodalomból még 8 hasonló gyógyulást állított össze, 3 beteg a műtétnek áldozatul esett. A pylorusszűkület okozta tetaniát a szervezet vérszegénysége által okozott autointoxicationak tartja, konyhasó-infusio megszüntette a rohamot. (Münchener med. Wochenschrift, 1905. 40. sz.)

Pólya.

A biceps brachii s a tibialis anticus inának subcutan szakadását észlelte 1—1 esetben *Brüning*; a sérült inak össze-

varrásával mindkét esetben szép functionalis eredményt ért el. Míg a biceps szakadásnak az irodalomban mintegy 100 esete szerepel, a tibialis anticus szakadása szerző tudtával leírva nincs; esetében a sérülés oly módon állott elő, hogy a beteg koresolyázás közben a láb rögzített volta mellett hátra és oldalt esett. (Münchener med. Wochenschr., 1905. 40. sz.)

Pólya.

Mediastinopericarditisnek cardiolysis után gyógyult esetét ismerteti Meyer Westfeld. A Brauer által 1902-ben ajánlott műtét, hogy a szívnek a mellső mellkasfalhoz való odanövése esetén a felette levő bordapercok (III—IV.) eltávolíttassanak, a miáltal a szív fokozott munkája (mely a mellkasfalnak e helyen való systolikus behúzásában áll) lényegesen megkönnyebbül, eddig a szerző által közölttel együtt már 8 esetben igen jól bevált. (Münch. med. Wochenschr., 1905. 40. sz.)

Pólya.

Börkórtan.

Tömény karbolsav használatát ajánlja Vörner (Lipese) scrophuloderma és furunculosis eseteiben. A tömény karbolsavnak külső alkalmazása nem új dolog, a mennyiben azt már Kaposi ajánlotta lupus erythemat. eseteiben, Déclás, Unna s mások a lupus vulgaris kezelésében, Neisser pedig az ulcus molle-nak esetelésére. Lokálisan alkalmazva egyrészt gyuladást támaszt, másrészt kisebb nagyobb nekrosist okoz, mely a beteg bőrrészletet mortifikálva, lelékődésre bírja. A kifejlődött nekrosis megakasztja a resorptiót. A karbolsavat mindig csak apró vattagomolylyal való esetelésre szabad használni. A scrophulodermát, mely különben spontan is szokott gyógyulni, szerző úgy kezeli, hogy 8 napon át eseteli karbolsavval, az ezalatt elhalt szövetrészeket pedig eltávolítja. Természetes, hogy ezen eljárás a radikális kezelést, az operációt felül nem multhatja s ezért szerző is csak akkor ajánlja és akkor alkalmazza, ha a beteg mindenemü sebészi beavatkozástól irtózik. A furunculosis karbolkezelésében különbséget tesz kemény, el nem lágyult és fluctuáló góczok között. Az el nem lágyultaknál elegendő egy centralis esetelés, mely, ha azok nagyobbak, egy a centralisan fekvő tűszönylítésbe tölt finom sondával történik. Az ellágyult góczokat a természetes nyíláson keresztül, vagy apró szűrés útján eseteli karbolsavval. Az így kezelt furunculosisokat az első napokban vagy borogatja, vagy indifferens kenőcsökkel keneti. Szerző ezen eljárását különösen a tarkó furunculosisainak kezelésére ajánlja. (Münch. med. Wochenschr. 1905. 42. szám.)

Guzsman.

Hyperhydrosisnál a lenicet alkalmazását ajánlja Lengefeld a Deutsche med. Wochenschrift 1905. 36. számában. Közleménye elején elismeri, hogy a formalinkezeléssel általában meg lehetünk elégedve, minthogy az többnyire sikerre vezet. Vannak azonban esetek, a mikor a formalinoldat nem szünteti meg a hyperhydrosist, sőt vannak olyan esetek is, a mikor a formalinkezelés contraindikált, mint például olyankor, a mikor már erosiók, rhagadok és fekélyek vannak jelen. Ilyen esetekben egyenesen megbeesülhetetlen volt a lenicet, ez a rendkívül finom, poralakú, hófehér új aluminiumacetat készítmény. A készítményt úgy tisztán, mint talcummal keverve használta. A beteg azt az utasítást kapta, hogy a beteg testrészt eleinte naponta kétszer, később egyszer, még később hetenként 1—2-szer hintse be a puderral. Súlyosabb lábizzadásonál azt is ajánlották a betegnek, hogy harisnyái belső felületét is hintse be a puderral. Ha a lenicetet nem tisztán alkalmazták, hanem talcummal, a therapeutikus célt rendszeren 20%-os keverékkel is elérték s csak ritkán kellett az 50%-os keverékhez nyúlni. A hatás már néhány nap múlva mutatkozik s a gyógyeredmény annál felülőbb, minthogy a túlbő izzadással egyidejűleg a kellemetlen szag is azonnal megszűnik.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Alszárfekélyek gyógyítására Aronheim a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Argenti nitrici 0.3; Balsami peruv. 5.0; Paraneprini 2.0; Ungu. diachyli ad 50.0. E kenőcs eleinte naponként egyszer, később hetenként 3-szor alkalmazandó; a gyógyulás 4—6 hét alatt következik be. A kenőcs alkalmazása előtt a kóros területet szappannal, majd 3%-os perhydrol-oldattal jól meg kell tisztogatni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 37. szám.)

Collargollal szerzett tapasztalatait Weissmann a következőkben foglalja össze: A collargol a sepsis specificuma. Kitűnő prophylacticum mindennemű súlyos sérülésnél és nagyobb műtėti beavatkozásnál. Az eredményre nézve nagyon fontos, hogy jókor jöjjön alkalmazásba. A legbiztosabb használatmód az intravenosus injectio. (Therap. Monatshefte, 1905. 8. füzet.)

A neuronal izgatott elmebetegnek csillapítására kiterjedten és jó eredménnyel használta Bresler, a lublinitzi elmebeteggyógyintézet főorvosa. Az átlagos adag 2.5—3.5 gramm volt. Kiemeli a szer előnyeként, hogy cumulativ hatása nincsen. (Psychiatrisch neurologische Wochenschrift, 1905. július.)

Brachialis neuralgia és ischias ellen Haburn a következő combinatiót szereti használni: aspirin és phenacetin aa 0.3, chininum salicylicum 0.1, codein 0.02. Idült esetekben, feltéve, hogy nincs szervi szívbaraj, pilocarpin-befecskendezéseket végez; 2—3 héten át ad harmadnaponként 2 centigrammot. (British medical journal, 1905. február 4.)

Hetiszemle és vegyesek.

○ Kinevezések. Schächter Miksa dr. egyetemi magántanárt a belügyminister a budapesti állami gyermekmenedékhelyhez főorvossá nevezte ki. — Kölesy Ferencz dr. szatmári közkórházi főorvost a kereskedelemügyi minster a szatmári vasúti internátus orvosává nevezte ki. — Győrmege főispánja Weisz Sámuel dr. győrvárosi kerületi orvost tiszteletbeli városi főorvossá, Weiner Miksa dr. győri kórházi rendelő orvost pedig tiszteletbeli kórházi főorvossá nevezte ki.

∞ Kopits Jenő dr. műtőorvost a „Stefánia pesti szegénygyermek-kórház-egylet” választmánya orthopaediai rendelő orvossá választotta.

△ Pólya Jenő Sándor dr. közkórházi rendelő orvos lakását VI., Uj-utca 1. sz. alá tette át.

> Ötvös József dr. lakását IV., Váci-utca 61. sz. alá helyezte át.

× A budapesti orvosi kör országos segély-egylete pénztárába befizettek: Néhai Szenger Ede alapítványa 1000 korona, Stern Frigyes-alapítvány 100 kor., Lőri Ede dr. adomány 10 kor. Tagdíjat fizettek: Duchon János, Hercz Oszkár, Berkovics Emil, Doktor Sándor, Györgyi József, Cséby Antal, Klein Jakab, Handl József 8—8 kor. Andrassy Ferencz 12 kor.; Schönfeld Mór dr., Wappenstein Henrik, Krausz Samu, Lipscher Mór, Szepesi Zsigmond, Tapay József, Cseresnyés Ernő, Clementis Géza, Imre József, Breuer Mór, Hanke József, Bruck Ferencz, Engel Gábor, Gergő Samu, Hecht Adolf, Eckstein Márk, Faller Gusztáv, Gonda Péter, Décsi Mór, Himler Sándor, Fodor Mór, Chudovszky Móricz, Engel Ignác, Hubsch Miksa, Berger János, Fischer Miksa, Gerő Mór, Auerbach Lajos, Hafit Dezső, Jonkura Iván, Bertalan Pál, Dobrovits Mátyás, Glücksthal Adolf, Bácskai Vilmos, Diamant László, Fehér Samu, Czilow Benedek, Gál Arthur, Gerl Adolf, Duhnitz Emil, Hajnal Albert, Sztankovics Géza, Czukor Lajos, Bonet Ignác, Dudich Endre, Grauer Adolf, Fenta Adolf, Dragits Imre, Medveczky Károly, Budai Mór, Deutsch Mór, Huszár Adolf, Gerő Adolf, Ajkay Endre, Glück Soma, Hofbauer Miklós, Hoffmár, Hegyesi Béni, Blasberger Ignác, Fodor Ignác, Pollák József, Rozs István, Márkus Miklós, Császár Miklós, Posevits Albert, Ersek Elek, Ráth Márk, Spuller József, Jurgmann Mihály 4—4 kor. Ferenczvárosi orvos-társaság 2 kor. 80 fill. Hevessi Gyula 1 kor. 20 fill. Aldor Gyula 5 kor., Szántó Armin Budapest, 10 korona adománya. Budapest, 1906. november 20.-án. Katona József dr. Budapest, IX. ker., Ferencz-körút 18.

— A Budapesti Orvosi Kör 1906-ban is rendez sorozatos előadásokat, még pedig a gyomorbetegségek köréből. Az eddigi megállapodás szerint következő előadások lesznek: január 30.-án Tangl Ferencz: A gyomor élettanának és általános kórtanának haladása; február 6.-án Imrédy Béla: A gyomorbetegségek korai felismerése; február 13.-án Hirschler Ágoston: A gyomor mozgási zavarairól és helyzetváltozásairól. Az előadásokon, a melyet a Budapesti Kir. Orvosegylet természetben fognak tartani, a Budapesti Orvosi Kör szívesen lát vendégeket.

— 85 éves keresetképtelen collega részére adakozott: Huray István dr. (Balaton-Füred) 10 k., Róna Sámuel dr. egyetemi tanár 20 k. Gyűjtésünk eddigi összege 143 k.

△ Neisser tanár a napokban visszaérkezett Breslauba Bataviából, hol 10 hónapon át végzett nagyszabású oltási kísérleteket majmokon a syphilissel, segédei, Bärman dr. és Halberstädter dr. segédkezelésével. Neisser tanár az expeditio költségeit teljesen maga fedezte, pedig ezek igen magasra rúghattak, mivel a beoltott majmok száma már akkor, mikor Neisser tanár elhagyta Bataviát, közel járt az ezerhez, és segédei még ott maradtak és folytatják az oltásokat. Neisser tanár kibérelt egy házat Bataviában a maga s segédei részére, s e mögé ápolólakást és nagy istállót építtetett a majmok számára. A majmok ára nagyság és minőség szerint 6 és 180 korona közt ingadozott. A fentemlített szám csak egy részét teszi a megvásárolt majmoknak, mert ezek jórésze csakhamar elpusztult, nem az oltások, hanem leginkább bélbajok következtében. Nagy várakozással tekinthetünk Neisser tanár vizsgálatainak eredményei elé.

— Földbe elásott hullákban a bakteriumok életképességét tette vizsgálat tárgyává Klein. Azt találta a többi között, hogy a

staphylococcus pyogenes aureus 28 nap után még életképes, 6 hét múlva azonban már elpusztultnak bizonyult. Cholera- és typhusbacillusok 19 nap után még éltek, 4 hét alatt azonban elpusztultak. A pestis kórokozója még rövidebb ideig marad életben (3 hét). Nagyon kevésbé ellenállóknak mutatkozik a gümöbacillus is. Ezen eredmények alapján tehát cholera- vagy pestis-járványok jelentkezésének kapcsolatba hozása régi temetők felásásával nem jogosult.

☒ **A londoni orvosi társulatok egyesülése.** London orvosi köreiben mozgalom indult meg abban az irányban, hogy London különböző orvosi társulatai közös egyesületté olvadjanak össze. A legfontosabb egyesületek a következők: Royal Medical and Chirurgical Society, Clinical Society, Pathological Society, Obstetrical and Gynaecological Society. Ezenkívül még számos specialista-egyesület van, mint a Neurological S., Ophthalmological Society, stb. Az ügy tanulmányozására bizottságot küldöttek ki, mely már megtette javaslatát. E szerint e sok társaság egy közös, nagy egyesületté, a Royal Society of Medicine-né olvadna össze, melynek az egyes társaságok szakosztályai volnának. E szakosztályok alapszabályaik és ügyrendjük tekintetében lehetőleg teljes önállósággal bírnának s csak egyes pontokra nézve állanának egy közös igazgató tanács fennhatósága alatt. Évenként egyszer közgyűlést tartana a nagy egyesület a választások megejtésére, azonkívül négy közös ülést, melyben általános érdeklő orvosi kérdésekről tartanának előadásokat s folytatnának eszmecsereket. A nagy egyesületnek közös könyvtára volna, melynek alapjául a Royal Medical and Chirurgical Society mostani könyvtára szolgálna.

✕ **A lissaboni nemzetközi orvos-congressusról.** Egyik legutóbbi számunkban említettük, hogy azokat az angol orvosokat, a kik részt akarnak venni az április 19-26-án Lissabonban tartandó orvosi congressuson, a Cook-társaság külön hajón fogja — megfelelő díjazásért — Lissabonba szállítani, a mely hajó a congressus alatt lakóhelyül is fog az illetőknek szolgálni. Németország most utánozza Anglia példáját. A németországi bizottság, melynek élén Bergmann tanár áll, közzé teszi, hogy a Stangen-féle utazási vállalat közébe vette az ügyet s a Hamburg-Amerika-vonal „Oceana” nevű hajóját bérelte ki e célra. A hajó a Kanári szigeteket, Madeirát, Gibraltárt és Tangert is érinteni fogja s tervbe van véve, hogy az utazók e helyeken kiszállanak és szárazföldi kirándulásokat tesznek. Indulás április 7-én, Hamburgból, visszaérkezés 30-án. A jegy ára, a teljes ellátást, a kirándulási költségeket stb. beleszámítva 700—1300 Márka (a kabin helyzete szerint). Január végéig csak németországi orvosok jelentkezését fogadják el, azon túl, ha marad még hely, külföldiekét is.

< **Megjelent: Velits D.: Weitere Studien über die Spontanheilung des Chorioepithelioms.** Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. LVI. kötet. — **Buday K.: Zur Pathologie der gangränösen Mund- und Rachenentzündung.** Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathologie. 1905. 38. k. 255. l.

— **A szolnokdoboka-vármegyei „Rudolf”-közkórházban** — a mint azt Parádi Ferencz dr. kimutatásában olvassuk — az 1904. évben összesen 1570 beteget (978 férfi és 592 nő) áptáltak. Egy betegre átlag 27-3 ápolási nap esett. Halálozás 3,7% volt. Nagyobb műtétet 221 esetben végeztek. A kimutatás nagyon behatóan foglalkozik a syphilissel, érdekes adatokat sorolva fel a syphilitikus fertőzés ismeretéhez.

— **A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint** az 1905-dik év 46. hetében (1905. november 12-től november 18-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Élveszületett 411 gyermek, elhalt 209 egyén, a születések tehát 202-el multak felül a halálozásokat. — **Születések arányszáma:** 1000 lakosra: 25-6. — **Halálozások arányszáma:** 1000 lakosra 13-0. — **Nevezetesebb halálokok voltak:** meningitis 3, meningitis tuberculosa 3, apoplexia cerebri 5, convulsiones 2, paralysis progress. 9, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordis 24, morbi myocardii 1, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 7, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 5, pneumonia 18, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 30, emphysema pulm. 4, pleuritis 0, alii m. org. resp. 4, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 15, 2 éven felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocel. intestini 1, peritonitis 5, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 1, nephritis 10, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 2, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 11, paedatrophia 0, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 2, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 6, scarlatina 3, pertussis 0, croup-diphth. 4, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 1, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 1, suicidium 1, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** a) **Betegforgalom a községi közkórházakban.** A mult hét végén volt 3687 beteg, szaporodás 846, esőkenés 752, maradt e hét végén 3720 beteg. b) **Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint** (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 139 (197), vörheny 35 (62), álh. gége- és roncsoló toroklob 27 (34), hőkhurut 18 (12), gyermekágyi láz 0 (1), hasi hagymáz 20 (19), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 48 (56), vérhas 0 (0), járv.

agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 4 (0), trachoma 10 (6), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Egy újonnan épült fővárosi sanatorium számára orvoskerestetik. Szükséges feltételek: 1—2 évi klinikai vagy kórházi belgyógyászati gyakorlat és kellő jártasság a chemiai vizsgálati módszerekben. Ezeket kívül kívánatos lenne gyakorlati ismerete a hydrotherapiai eljárásoknak. Érdeklődőknek bővebb felvilágosítást nyújt Dr. **Surányi Miklós VI., Nagy János-utca 9., délután 3—4 óra között.**

A Szt. László gyógytár lapunk mai számában megjelent hirdetését az orvos urak szíves figyelmébe ajánljuk.

Digestol név alatt **Glück Rezső** fővárosi gyógyszerész egy új emésztőport hozott forgalomba, mely, mint orvosi tapasztalatok bizonyítják, az emésztést elősegíti, a széketételt szabályozza a nélkül, hogy hasmenést okozna. Ezen említett tulajdonságainál fogva gyomor- és bélbetegeknél a túlnagy mértékben elterjedt külföldi emésztőporokat igen jól helyettesíti.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a/M. „Pyramidon” című prospectusa van mellékelve.

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

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősítő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: **Tablettae Lecithini Richter** 0.05 és 0.025 gr. lecithintartalommal. **Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter** (Lecithines csukamáj-olaj). **Lactolecithin Richter** (Lecithines tejszukur-por) **Lecithine granulee Richter** (izletes lecithingranulák). **Lecithinol Richter** (steril lecithinolj 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. Kopits Jenő, operateur, testegyensítő intézet Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárt Kazinczy-u. 2.)

Genococcus-vizsgáló labororium. 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, csúsz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 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. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán**



Tatrafüred

(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva december 1-jétől március végéig. Vizgyógyintézet, massage, villamosítás, diétaasztal, f-Iséges enyhe téli klíma. Téli sportok. Központi fűtés, villamos világítás, állandó gyógyszerértár. Indikált: **Basedow-kór,** idegbajok, vérszegénység stb.

Tuberculosis kizárva.

Orvos: Dr. Dalmady Zoltán.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Markusovszky-féle jubilaris előadások. (5. előadás 1905. november 27.-én.) 869. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXVI. rendes tudományos ülés 1905. november 25.-án) 869. l. — Nemzetközi sebészársaság I. congressusa. 871. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1905. november 8.-án) 872. l. — Debreczeni orvos-gyógyszerész-egylet (Ülés 1905. november 14.-én.) 873. l.

Markusovszky-féle jubilaris előadások.

Tartja Korányi Frigyes tanár.

(5. előadás 1905. november 27.-én.)

Midőn a belső elválasztások és az ezekből származó betegségek tárgyalásához fog, oly tudományág terére lép, a mely teljesen a belgyógyászat eszmekörében fogalmazott és növekedett egy bárha szűkebb körű, de az exact tudomány minden attributumával felruházott tanná. A testben több oly szerv található, melynek mirigyszerű alkotása van, a mely azonban kivezető csővel nem bír és állományában váladék nem található. Ilyen a pajzsmirigy, mellékvese, thymus, hypophysis és tobozmirigy.

E szerveknek megbetegedései alkalmával tapasztalták azt, hogy távoleső szervekben, sőt az egész szervezetben mélyreható elváltozások és működési zavarok léptek fel, a melyeknek magyarázására azt vették fel, hogy az illető szerv a szervezet épségben tartásához valamely specifikus anyaggal járul hozzá, melyet nem a test felületén választ ki, hanem a vérbe vagy nyirokpályába juttat. Kiderült azután, hogy ezen belső elválasztás útján nemcsak oly anyagok képződnek, a melyek maguk szolgálnak a vitalis functiók előmozdítására, hanem hogy egyes szervek olyan anyagokat is készítenek, a melyek maguk közöttbőve, de más a vérben keringő kóros anyagok ártalmatlanná tételére szolgálnak. Így a máj a vérben keringő ammoniakból ureumot készítvén, megakadályozza a szervezetnek ammoniakkal való mérgezését. E belső elválasztások jelentőségét először Brown-Séquard kísérletei derítették fel, a ki a herék nedvének saját magába való befecskendezése után izomerejét fokról fokra fokozódni és az aggsági gyengeség jelenségeit gyengülni látta; és bár Brown-Séquard nem érte el tulajdonképeni kitűzött célját: az öregnek megifjítását, de eszméje nagy horderejű elvet rejtett magában: az organo-therapia elvét.

A belső elválasztás nagy fontosságú tényei között jelentős helyet foglal el a diabetes mellitus és a pankreas megbetegedésének összefüggése, a miből kiderült, hogy nemcsak a kivezetős nélküli mirigyek azok, a melyek belső elválasztást végeznek, hanem egyes oly mirigyek is, a melyeknek azonkívül a test felületére jutó váladékuk is van.

Azok a betegségek, a melyek belső secretioval függenek össze, a következők: cretinismus, tetania, myxoedema, cachexia strumipriva, a Basedow-kór, mely a pajzsmirigy, az Addison-kór, mely a mellékvese, a pankreas-diabetes, a mely a pankreas, az akromegalia, mely a hypophysis, az osteomalacia, mely az ovariumok és az eunuchismus, mely a herék belső secretiojának megváltozásával függ össze. A legújabb vizsgálatok még azt is kiderítették, hogy a mellékvese kivonatainak a szervezetbe való bevitele a nagy edényeknek aneurysmáshoz elváltozásait hozza létre.

A pajzsmirigy pathológiájának fejlődésében tükröződnek vissza az összes hatásmódok, valamint az összes buvárlati módszerek, a melyek a belső secretio tanának kifejlődéséhez vezettek és azért a pajzsmirigy elválasztása folytán létrejövő betegségeket tárgyalja részletesebben. A pajzsmirigy szerepét a szervezetben azelőtt sokféleképen magyarázták. Voltak, kik vérkészítő szervnek fogták fel, mások az agyverkeringés módosító szervének tartották, stb.

Tulajdonképeni jelentőségének felismerése akkor kezdődött, midőn a golyvakiirtások kezdtek nagyobb terjedelemben eszközöltetni. Billroth írta le először a golyvakiirtás utáni tetaniát, majd Kocher a cachexia strumiprivát. Ezek után ismeretes lett a myxoedema tünetcsoportja, a mely hasonló volt a pajzsmirigy kiirtása után létrejött tünetcsoporthoz. Ez esetekben a pajzsmirigy atrophiját találták. A pajzsmirigy működésének hiánya tehát háromféle betegséget okozott: a tetaniát, a cachexia strumiprivát és a myxoedemat, a melyek egymással való összefüggése hosszú ideig homályban volt. Az állatkísérletek sem derítették fel e viszonyokat, a mennyiben a pajzsmirigy kiirtása után egyiknél tetania, a másikonál cachexia strumipriva lépett fel. A kérdést teljesen a fejlődéstan világította meg, a mely kimutatta azt, hogy a foetális életben a harmadik és negyedik zsigerívén epitheliális telepek képződnek, a melyek egy külön szervnek, a glandula parathyreoideának első nyomai.

Az epitheltestek elhelyeződése a különböző állatfajoknál különböző. Némelyeknél a pajzsmirigy mellett, másoknál attól távol, ismét másoknál magában a pajzsmirigyben foglalnak helyet. Az epitheliális testeknek, illetőleg a glandula parathyreoideának kiirtása a tetaniát, a pajzsmirigynek a kiirtása a cachexia strumiprivát, illetőleg a myxoedemat vonja maga után.

A pajzsmirigy működésének felismerése s az az irányzat, melyet Brown-Séquard a herenedv injiciálása által alkotott, vezetett az organo-therapiára, mely azután utolsó bizonyítékait szolgáltatva a belső secretio összefüggésének a szervezet bizonyos megbetegedéseivel. A pajzsmirigyből készített gyógyszerek a pajzsmirigy hiányából származó betegségeket gyógyítják. E szerveknek azonban másféle hatásuk is van, a mely hatás főleg a fehérjeanyagforgalom gyorsításában nyilvánul. E hatását

felhasználták a kövér emberek soványítására is és ezeknél azt tapasztalták, hogy létrejön az érlökés szaporodása s a vérnyomás csökkenése, remegés, néha kiskokú exophthalmus is. E kép hasonló a Basedow-kór képéhez és Moebius volt az, a ki a myxoedemat athyreoidismusként, a Basedow-kórt hyperthyreoidismusként nevezte. Ezen elven alapul a Basedow-kór sebészi kezelése a pajzsmirigy részleges kiirtása útján; az így kezelt betegeknek azonban csak egy része gyógyul, a minnek oka abban keresendő, hogy Basedow-kórban a pajzsmirigynek nemcsak quantitativ, de qualitativ elváltozása is van jelen.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tud. ülés 1905. évi november hó 25.-én.)

Elnök: Eröss Gyula. Jegyző: Manninger Vilmos.

Elnök azt ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Alapy, Barlay, Navratil Dezső tagtársakat. A könyvtár számára beérkezett Réczey Imrétől „Dolgozatok a II. seb. klinikumról”. Köszönettel vétetik.

Idegen testek eltávolítása a szemből mágnes segítségével.

Barlay János: A szem belsejébe jutott vasszilánkok eltávolítását Hirschberg (1879) behatóan tanulmányozta s bár ez irányban előtte már mások is kísérleteztek, mégis az ő érdeme az, hogy eljárása a szemészeti therapiában mindenütt tért hódított s hogy lassanként már a köztudatba is átment.

Nedves elemmel összekapcsolt, izolált sodronnyal körülvevett alkalmas hegyes véggel ellátott, lágy vasmagot mágnessé tett s már ezen kis hordóképességű elektromágnessel is sikerült arra alkalmas esetben a szem belsejébe jutott vasat vagy vasszilánkot eltávolítani s a szemet a romlástól megmentenie.

Ezen kis elektromágnes csak az idegen testtel való közvetlen érintkezéskor fejthette ki hatását. Ezért Haab-nak 1892-ben 70—100 kg. hordóképességű óriási elektromágnes, mely már távolhatását is érvényesíthette s melylyel a szövetekbe beékelte vassrészeket is adott körülmenyek között el lehet távolítani, e téren határozott haladást jelent.

E mágneseken idővel részben azoknak könnyebben kezelhetősége, másrészt a mágneses erő jobb kihasználása szempontjából többféle javítás és újítás történt. A többek közt Volkman, Edelman, Schlösser s újabban Klinkfuss konstruáltak modelleket.

A szem belsejében levő vassrészeske jelenlétének és helyének megállapítására szolgál a sideroskop (Asmus, Hirschberg 1894), mely lényegében egy igen érzékeny, üvegcsőbe foglalt astatikus delejtű, mely kilengéseit tükör segítségével egy arra alkalmas skálára vetíti.

Tekintettel arra, hogy a szem belsejébe jutott s onnan el nem távolított idegen test a szemnek kevés kivétellel tönkretűtést jelent, sőt bizonyos körülmények között a másik szem épségét is veszélyezteti, felette fontos az idegen testnek lehetőleg korán való eltávolítása.

A szem további sorsa ezzel még nincs minden esetben biztosítva, függ ez a sérülés minőségétől, főleg attól, hogy a szemnek melyik részét érte a sértő behatás, származott-e nagyobb vérzés vagy retinaleválás, nem volt-e fertőzve a beröpítet vassrészeske. E tekintetben a hideg vassal történt sértések rosszabb, az izzó vassal történtek pedig aránylag kedvezőbb prognoszt nyújtanak. Függ a szem sorsa továbbá attól, hogy a sértést követőleg mily hosszú idő mulva történt a mágnesműtét s hogy e beavatkozás könnyen sikerült-e vagy nagyobb zúzódásokkal járt.

Az egyetemi szemklinikán a mágnesműtétnél a következő eljárást követjük. Ha az anamnesis, de főleg a klinikai jelek arra engednek következtetni, hogy a vas a szem belsejében van, a beteg a szükséges cautelák betartása mellett a sideroskop elé ültetjük s ily módon az idegen test helyzetéről is tájékozást nyerni. Ezután rendszerint a nagy mágnes elé ültetjük. A legkedvezőbb esetben a mágnes a vasat a behatolási nyíláson át húzza ki. Ez azonban csak a legfrissebb esetekben sikerülhet. Legtöbbször s főleg akkor, ha a vasszilánk az üvegtestben van vagy a szem burkaiba van beékelve, esetleg már be is van tokolva, a nagy mágnessel az elülső csarnokba igyekezünk azt behúzni. Innen vagy a meglevő sebnyíláson át, esetleg ennek tágitása után, vagy pedig új sebrészt a csarnokba vezetett kis mágnessel távolítjuk el. Az eltávolítás természetesen nem mindig jár eredménnyel, mert vagy nagyon kicsi a vasdarab s azonfelül talán még erősen beékelődött, vagy olyan röperővel történt a sértés, hogy a szemgolyó burkai kétszeresen átfűrődtek.

Tisztelettel van szerencsém az egyetemi szemklinikán az utolsó két éven át a szem belsejéből eltávolított idegen testek sorozatát bemutatni, mindegyik alatt jelezve van az idegen test minősége s az, hogy honnan és mi módon távolított el.

A bemutatandó beteg mult év februárjában két órával sérülése után jelentkezett az egyetemi szemklinikán. A vasszilánk a cornea és

iris átfürödése után jutott az üvegtestbe s ott tükrrel látható is volt. Adott esetben sclerális sebészen át kis mágnessel sikerült a vas eltávolítása. Látása most $\frac{5}{20}$. Látótere szabad. Az irisen a behatolási nyílás jól látható. A lencsében felül kis ék alakú homály van. Felül a chorioideában $\frac{1}{10}$ -ed papilla nagyságú, kissé sárgás, valószínűleg az idegen test odaitűdéséből származott kis folt látszik.

A másik beteg sérülése után $5\frac{1}{2}$ hónappal jelentkezett a szemklinikán. Jobb szemén külsőleg a sérülés jeleit nem találtuk. Szemfenekén ablatio retinae és begyógyult ruptura chorioideae-t láttunk fehér csik alakjában, mely alatt kis feketés folt van.

A nagy mágnes az iris mögé húzza az idegen testet. A corneában felül ejtett lándzsasebészen át kis mágnessel sikerült a köleszemeyi, kötőszövetes tokba burkolt vasdarabkát eltávolítani. A szemfenéki lelet egyezik az előbb elmondottakkal, de a fekete folt eltűnt. Fényérzése és localisatioja hiányos.

E két példával illusztráljuk a mágnestűtét módját s az elérhető eredményt. Mennél korábban történik a beavatkozás, annál nagyobb kilátás van a látás megmentésére.

Bélezáródással komplikált appendicitis.

Alapy Henrik: Még mindig nyílt kérdés, vajjon a vakbéllobos tályog megnyitása és begyógyulása után a féregnyúlvány utólag kiirtandó-e, vagy hogy az felesleges. Bemutató határozottan a kiirtást írta. A bemutatott eset szintén ezt az álláspontot támogatja. A 16 éves fiút $3\frac{1}{2}$ év előtt operálta először igen súlyos heveny vakbélgyulladás-rohamban. Akkor csupán tályognyitásra szorítkozott, a féregnyúlványt nem találta, nem is kereste. A seb gyógyulása után azonban javaslatba hozta a gyökeres műtétet, dacára annak, hogy a féregnyúlvány idült lobjának semminemű tünete nem maradt vissza. Ezt a műtétet a beteg későbbre halasztotta. Három évig teljesen egészséges volt. Ez évi május havában újabb roham lépett fel bélezáródás tüneteivel, mely azonban nem volt teljes. Bemutató a roham negyedik napján látta először a beteget és minthogy azt a benyomást nyerte, mintha a roham lezajló felében volna, várakozó álláspontra helyezkedett. A roham kilenczedik napján azonban kénytelen volt beavatkozni, minthogy a bélezáródás jelei mindinkább előtérbe léptek. A műtét terve az volt, hogy egy baloldali körülírt fájdalmas hely megnyitása után enterostomia végeztesse. A fájdalmas hely azonban nem tályognak, hanem a hasfalhoz nőtt, részben üszkös bélkaesnak bizonyult, melynek megnyitása után külön enterostomiára nem volt szükség. A bélsipoly nyitvatartásával az ileus-tünetek visszafejlődtek és a fiú hetekig jól érezte magát, míg a sipoly megszűkülésével ismét fájdalmaktól kísért meteorismus kezdett mutatkozni. Ekkor végezte bemutató a gyökeres műtétet, t. i. jobboldali metszésből úgy a féregnyúlvány kiirtását, mint a bélezáródás megoldását. Hegyes szögletben törött három bélkaesot választott le a nagy mértékben beteg nyúlványról, mire az összeesett bélkaesok ismét megteltek.

A nyúlvány kiirtása után réteges hasfalvarrat. A bélpassage teljesen helyreállott, a sipoly elzáródott, a fiú meggyógyult.

Egy körülménynek konstataálására bemutató súlyt fektet. A régi appendicitisekhez csatlakozó belősszenövés és bélezáródás központját többnyire a féregnyúlvány képezi. Ennek a körülménynek az ismerete a tájékozódást és az ileus megoldását nagy mértékben megkönnyíti. Míg az előzetes pontos kórisme nélkül végzett ileus-műtétek prognosisa elég rossz, addig a vakbélgyulladásos összenövésektől függő bélezáródás jóslata nagyon megjavul, ha tudjuk, hogy a bélezáródás kulcsát a féregnyúlvány képezi.

a) *Spirochaeta pallida* bujakóros újszülött szerveiben és vérében.

b) Méhen belül megindult streptococcus-sepsis $2\frac{1}{2}$ napos koraszülöttn.

Feldmann Ignác: Egy az I. sz. kórboneztani intézetben boncolt 46 cm. hosszú és 2700 gm. súlyú újszülött fiú kultakaróján testszerte akár fillérnyi kiterjedésű, lapos, petyhüdt, genyes hólyagok és erősen belővelt hámbiányos foltok voltak sűrűn elhintve. A has felső része a köldökig leérő máj által feltűnően elő volt domborítva. A pemphiguson és májmegnagyobbzáson kívül léptültség, a hasnyálmirigy megvastagodása és elkeményedése. Wegner-féle osteochondritis és halvány foltok alakjában nyilvánuló myocarditis képezték a világra hozott súlyos luesnek szembetűnő jelenségeit.

Bemutató a májnak aseptikus cautelák mellett vett nedvében úgyszólván minden látótérben — némelyikben tiznél is több — spirochaeta pallidát talált. A szív vérében már gyérebben, körülbelül minden 4—5 látótérben volt 1—2 spirochaeta. Míg a máj vérében egyéb mikroba nem, addig a szív vérében — a melynek vételénél nem volt figyelemmel az asepsisre — néhány rövid bacillus is mutatkozott, de jóval kevesebb számban, mint a spirochaeta. Azonkívül a pankreas nedvében, melyben még eddig nem mutattak ki spirochaetát, és egy pemphigus-hólyagban is akadt néhány példányra. Az utóbbiban sem voltak idegen mikrobák.

A spir. pallidát a vérben sokan keresték, de többnyire eredménytelenül. Mindamellét már több közlemény számol be pozitív leletről. Így pl. Babes és Panca örökölt luesnél a szív vérében, Noeggerath és Stacheli három felnőttnél, Raubitschek 23 éves egyénnél, Guido Nigris hereditaer luesnél, Richards és Hunt szerzett bujakór három esetében, de Souza és Pereira congenitális syphillisnél.

Azonkívül Buschke és Fischer, Simon és Hoffmann, Levaditi mutattak ki világra hozott luesnél a belső szervekben spir. pallidát. Efféle észleletek még csekély számúak, de mindamellét fontosak, mert eddig csak bujakóros betegekre vonatkoznak. S minél inkább szaporodnak majd a bemutatotthoz hasonló vizsgálati eredmények, annál inkább veszíteni fog jogosultságából az a skepsis, mely a spirochaeta pallida aetiologiai jelentőségével szemben a legutóbbi orvosegyesületi discussioiban is megnyilvánult. Felemlíti még, hogy a jégsekreányban tartott magzat májnedvében még kb. 40 órával a halál után is majdnem annyi spirochaetát látott, mint az első alkalommal vett anyagban, mikor a hulla még egészen friss volt. Ellenben egy másik macerált lueses magzatban a kérdéses mikroorganizmusokat hiába kereste.

Egy harmadik, $2\frac{1}{2}$ napos, 40 cm. hosszú koraszülött leány hullájában, kinek anyja néhány hó óta súlyos syphillisben szenvedett, a bujakórnak nyomát sem találta. A vérben spirochaeta nem volt látható, de igen sok streptococcus. Az utóbbi leletré bemutató már a boncolásnál számított, mert az icterikus hullában, noha hidegen tartatott és a halál beálltától a boncolásig alig telt el 24 óra, a szív és a vérerek fala vérfestékesen be volt ivódva. A haemolysis ugyanis ily viszonyok közt egyéb rothadási tünetek hiányában — mint azt Budaynak vizsgálataiból tudjuk és a mint erről bemutató is több ízben meggyőződött — rendszerint streptococcus-infectio jele.

Tekintetbe véve, hogy az anya szülése előtt és alatt arezorbáncban szenvedett, hogy a csememő köldökereit változatlanok voltak és hogy a születéstől a halálig csak $2\frac{1}{2}$ nap telt el, feltehető, hogy a sepsis placentáris úton létrejött fertőzés eredménye volt. Az anya egyébként az orbánczot kiheverte, noha vérében feltételezhetően streptococcusok keringtek.

Róna Sámuel: Skepsissel viseltetik a spirochaeta kórokozó volta iránt. Multkori előadásának resuméját elküldte Hoffmannnak, a ki azt válaszolta szólónak, hogy a milyen reservell viselkedett volt eleinte a spirochaeta kórokozó volta iránt, olyannyira hisz most az oki összefüggésben és a következő újabb momentumokat közli:

Az első az, hogy metastatikus mirigyekben is megtalálta a spirochaetát, tehát olyanokban is, melyek távol voltak az infectio helyétől, nemesak a regionárius mirigyekben.

Másodszor a metszetekben is jól ki tudták mutatni a spirochaetát a párisi Pasteur-intézetben a Ramón y Cajaléhoz hasonló festési módszerrel.

Harmadszor állandóan megtalálták a majmokba átoltott syphillises laesiókban. Olyan laesiókban, melyekről klinice nem lehetett eldönteni, hogy syphillis-e vagy nem, a spirochaeta kimutatása a kérdést pozitív irányban eldöntötte és ezt igazolta a későbbi lefolyás is. Szólónak is van hasonló esete, melyről segédje nem tudta eldönteni, primaer fekély-e, vagy epithelioma. Szóló fekélynek tartotta, bár a regionárius mirigyek nem voltak infiltrálva és a spirochaeta is kimutatható volt.

A submucosus paraffin-injectiók értékéről ozoenánál.

Navratil Dezső: Előadó röviden ismerteti az egyes szerzők véleményét az ozoena keletkezéséről és kezeléséről. Majd a submucosus paraffin-injectiók értékét emeli ki és ismerteti ezek technikáját. Továbbá felemlíti előadó, hogy annak az oka, hogy a rhinologiában oly lassan hódított tért a submucosus paraffin-injectiók alkalmazása ozoenánál, a hó által folyékonyvá tett paraffin-injectiók technikája nehézségében keresendő egyrészt, másrészt azon körülményben, hogy a folyékonyvá tett paraffinnal végzett injectióknál a beteget a thrombosis veszélye is fenyegeti. A hó által folyékonyvá tett paraffinnal két esetben végzett submucosus injectiókat. A paraffint mindkét oldalt az alsó és középső kagyló, az orrsövény, az orrfenek nyálkahártyája alá fecskendezte be és iparkodott az orrreg normális térfogatát mindkét oldalt helyreállítani. Ez mindkét esetben szépen sikerült. Műtéteit hét hónap előtt végezte. Az egyik beteget bemutatja. Az orr szagtól ment. Ezután rátér egy új eszköz ismertetésére, a melylyel a paraffint hideg állapotban lehet a nyálkahártya alá sajtolni. Előadó az eszközt Párisban látta. Az eszköz Broeckart-tól való, és Lermoyez módosította. Ezen eszközzel öt esetben végzett submucosus paraffin-injectiókat a kagylók, orrsövény, orrfenek nyálkahártyája alá. Mind az öt esetben az injectiók sikerültek. Egy három hónap előtt műtött beteget mutat be. Egy esetben genyedés állott be, de ez a gyógyulást nem akadályozta. Egy esetben a másik fél injectiójától előállott, mivel a beteg nem teljesítette az utókezelésre nézve fontos előírásokat. Ez esettel kapcsolatosan kiemeli, hogy a paraffin-injectiók alkalmazása ozoenánál csakis intelligens embernél végeztesse, mivel az alsó néposztálynál nem látjuk garantáltan az utókezelésre nézve fontos teendőket megtartásának. Műtét előtt pár napig mindkét orrfélbe bőrvizes tamponc helyez, hogy a nyálkahártyát felpuhítsa. A műtétet 10% alypin-érzéstelenítéssel végezi. Műtét után két hétig naponként ötször mosatja az orrot orrmosóval, később napjában kétszer. A műtött betegeknek az ozoena kellemetlen szaga elmúlt. Előadó felemlíti, hogy az ozoenának tulajdonképeni oka az Abel által említett tokos-bacillus. A mi a dispositiót illeti, ő a tuberculosist és a némiképen veleszületett tágorrúságot okolja.

Előadó kiemeli, hogy a paraffin-injectiók az ozoenát magát meg nem szüntetik, csak annyiban gyógyítják, hogy az Abel által említett sűrű váladék hígabb lesz; s mivel az orrreg mindkét oldalt normális configurációját ismét felveszi, a váladék könnyen válik kiüríthetővé, nem szárad be, nem képez pörköt, mely bomlásnak indulva szagot árasztana.

Zwillinger Hugó: Hogy az ozoena lényegének mivolta eddigelé még kiderítve nincsen s hogy a számos, úgy anatómiai, mint bakteriologikus lefetre támaszkodó theoria nem ad kielégítő magyarázatot, azt tudjuk nemcsak mi, kik e bántalommal szakszerűen foglalkozunk, hanem azok is, kik gyógykezelésével czélt nem érnek. Egy lépés előre azonban mégis constatalható, rövid lépés ugyan, és ez az, hogy az eddig egy katlanba vetett különböző bántalmakat, melyek bűzös, csomós, beszárado orrvládékkal járnak, teszem az orr csontvázának különböző aetiologiájú, rejtettebb helyen lefolyó megbetegedéseit, differenciálni tudjuk; megtanultuk megkülönböztetni a néha szintén bűzös váladékkal járó mellékürege megbetegedéseket a tulajdonképeni ozenától stb. A Grünwald-féle gócztheoriának abban nyilvánult a hatása, hogy minden egyes esetben kerestük s keressük ma is a góczmegebetegedést, azon eseteket azonban, melyekben ilyen folyamatot, nevezetesen melléküregegyedést, nekrosist stb. találunk, nem számítjuk az ozoena gyűjtőnéve alá. Az úgynevezett genuin-alak az ornyálkahártya oly diffus megbetegedése, mely különös bűzös, könnyen pürökké száradó váladék productioja, a nyálkahártya és az alatta lévő váz atrophijája által van karakterizálva. Ezen definitioja az ozoena fogalmának megtartotta nézetem szerint jogosultságát, különösen azóta, mióta biztosan sikerült megállapítani, hogy ezen így jellegzett folyamat fennáll góczmegebetegedés biztos kizárása mellett is. Grünwald azon kijelentése ugyanis, hogy ha góczmegebetegedést nem találunk, az csak vizsgálói fogyatékoságunknak tulajdonítható, túlhajtottnak bizonyult. Nem tekintve azt, hogy az ozenás folyamat, ép úgy mint az orrgaratüregre, a gége s légesőre átterjed, tovaterjedhet az orr melléküregeire is. Különös gondolatokat keltenek azon esetek, melyekben a melléküregek radikális megoperálása után az ozoena változatlanul fennáll. Az ozoena keletkezésének theoriáit, azon nézeteket, hogy honnét ered a különös beszárado piszkos váladék, mi okozza a specifikus bűzt, mi hozza létre a nyálkahártya és a csontok atrophijáját, nem czélom fejtegetni, megtette azt az előadó, csak arra akarok röviden utalni, hogy az ezen theoriák alapján construált gyógyeljárások nagyobb részét nem állják a kritikát; a nagy lelkesedéssel közölt, biztos sikerű eljárások többnyire nem egyebek, mint bizonyítékai az illető vizsgálók lelkesedési képességének.

Baumgarten Egmont osztja Zwillinger nézetét, hogy a Grünwald-féle theoria túlléte az czélon, mert ma is van még genuin ozoena. Mindenkinek van kedvencz szere. Szóló 15—18 szert is megpróbált már és most phenolum natrosulfuricumot használ, melylyel meg van elégedve. A paraffinkezelésről nem mondhat végleges itéletet, ahhoz legalább két év kell, mert a paraffin felszívódhatik. Egy időben serum-injectiókat is megpróbáltak, használt is valamit, de a hatása múló volt. A paraffin-injectioval csak még ki nem fejtett ozenát lehet kezelni, mert ha a nyálkahártya annyira atrophias, hogy nem lehet felfújni, nem használ semmit.

Némái József: Előadó azt mondta előadása végén, hogy a paraffin-injectiót nem lehet olyanok tekinteni, mely az ozenát meggyógyítja. Szóló ezt teljesen acceptálja. A sorvadtt nyálkahártyát a paraffin-injectio meg nem gyógyítja, sőt még jobban nyomja, valamint nyomja a csontot is, így tehát még káros hatású is lehet. Mindazonáltal tünetileg lehetnek jó oldalai. Mert ha az illetőnek tág az orrürege és azt sikerül szűkebbre csinálni, jobban tudja kifújni az orrát.

Pollatschek Elemér: Szóló osztja előadó nézetét, hogy ne használjunk folyékony paraffint, különösen olyant ne, mely 40° C. körül olvad. Van közlés, hogy ilyen orrplastika a napon elolvadt és más esetben embolia art. centr. retinae lépett fel, mikor a betegnek magas láza keletkezett.

Navratil Dezső: Némái felszólalása plausibilisnek látszik, hogy a sorvadtt nyálkahártya, ha még jobban nyomatik, még el is halhat. Nem tudja, Némái végzett-e ilyen kísérleteket, de szóló azt tapasztalta, hogy a tükröz kontrollja mellett be lehet feestkendezni a cavernosus kagylószövetbe paraffint és az nem halványodik el, tehát a paraffin nem nyomja. Pollatscheknek megjegyzi, hogy hideg paraffint használt és ilyenkor nem fenyeget az embolia veszedelme. Szólónak jó készüléke van, melylyel a befeestkendés jól szokott sikerülni.

Nemzetközi sebésztársaság I. congressusa.

(Vége.)

Eiselsberg nagy cachexiánál, kis cardialis részszel bíró homokóragyomornál a jejunostomiát ajánlja; pylorusresectiót 11 esetben végzett jóindulatú bántalom miatt, a gastrolisis, gastropastica, pylorusplastica iránt kevés bizalommal van. A gyomor maró folyadékokkal való kimaródásakor először jejunostomiát végez; ha a beteget ezen át feltáplálta, gastrostomiát; ezen keresztül tágtítja a pylorust és a cardiat; azután elzárja a jejunostomiát és gastroenterostomiát végez s végül elzárja a gastrostomiát. Szemben a többi referensekkel **Jonnescu** a fekély kímetszését ajánlja. Beszél a traumás eredetű teljes gyomorszűkületéről, melyeknél gyomorkiirtást és cardiojejunostomiát ajánl.

Míg a refensek általában véve az ulcussal szemben igen radicalis eljárás hívei és lehető korai operálást ajánlanak, a hozzászólók közül sokan (**Hartmann** Páris, **Garré** Boroszló, **Ricard** Páris, **Czerny**, **Herczel** Budapest) hangsúlyozták, hogy a legtöbb ulcus medicamentosus kezelésre is gyógyul s hogy nem az egyszerű, hanem a complicált és bármely úton motorius insufficienciára vezető ulcusok képezik tulajdonképeni terrenumát a gastroenterostomiának. A követendő műtétet illetőleg

azok is, a kik a fekély excisioját kívánatosnak tartják (**Hartmann**, **Garré**, **Ricard**, **Czerny**), bizonyos feltételekhez kötik ezt (malignus degeneratio gyanúja, az ulcus közelsége a pylorushoz, vérzés) s mindnyájan gastroenterostomiát csatolnak hozzá. A gastroenterostomiát a hozzászólók is, úgy mint a referensek, a leghasznosabb műtétnek tartják a jóindulatú gyomorbántalmaknál és többen (**Hartmann**, **Herczel**, **Garré**, **Cardenal**) nagyszámú és igen szép eredménnyel operált esetekről referálnak. Egyéb gyomorbántalmaknál (chronikus gastritis, dyspepsia) **Lamotte** ajánlja a gastroenterostomiát; **Rossing** gastroposisnál a gastropexiát, melyet 55 esetben hajtott végre, ha gyomordilatatioval volt kapcsolatban (6 eset), gastroenterostomiával combinálta. **Lorthioir** a pylorus congenitalis atresziájáról, **Segond** egy gyomorcarcinomának imponáló perigastritisről, mely egyszerű gastrolisisre immár 7 évi tartalommal gyógyult, szolt.

Az izületi tuberculosis kezelésének kérdését mint referensek **Bier** (Bonn), **Broca** (Páris), **Willems** (Gand) **Codivilla** (Bologna), és **Bradford** (Boston) fejtegették. Az irányzat általában conservativnak mutatkozott. **Bier** perhorrescálja a véres műtétet, csak a térd- és lábizületben, hol nem annyira a mozgási képesség, mint a helyes állás a fontos, engedi meg a resectio jogosultságát. Az ő gyógyszer a passiv hyperaemia, melyet csak amyloid degeneratio, súlyos phthisis contraindicál; e mellett kezdetben immobilizál, később mozgat. Eredményei: 17 kéztuberculosis közül gyógyult 15, javult 2; 11 könyöktuberculosisból gyógyult 8, javult 3; 1 vállizületi tuberculosis gyógyult; 13 tuberculosis közül a láb 8 gyógyult, 3 javult, 1 eredménytelen, 1 amputatio; 5-nél térdizületi tuberculosisból 3 gyógyult, 2 javult; 8 továbbinál rövid hyperaemia-kezelés után resectio.

Broca a kezelés lényegének a helyes állásban való rögzítést tekinti, e mellett az általános erőbeli állapot emelése elengedhetetlen; tályogokba jodoformaethert injiciál. Tág megnyitás csak sepsis veszedelme esetén végzendő, septic aemia, phthisis amputatioira jogosít. Resectio csak igen kivételesen jó szóba, de ezeknél felelte áll az arthrectomiának. **Willems** hangsúlyozza, hogy felnőtteknél a conservativ kezelés kevésbé vezet célhoz mint gyermekekénél. A resectio legjobb eredményekkel jár a térdén, ritkán ajánlatos a csipőben és kéztöbén. **Codivilla** a különféle eljárások functionális eredményeivel, **Bradford** a czombfejes anatómiai változásaival coxitisnél foglalkozik s az állandó nyújtás, rögzítés és levegőtherapia szerepét fejtegeti. A hozzászólók közül **Dollinger** (Budapest) hangsúlyozza, hogy a beteg izület hosszas és teljes rögzítése a leghelyesebb elv az izületi tuberculosis kezelésében, melynek ő 80% gyógyulást köszön s a **Bier**-féle hyperaemiát csak az immobilisatioval kapcsolatban kívánja alkalmazni; a lehető conservativ eljárásnak, a véres műtétek kerülésének híve. **Walther** (Páris), **Garré** (Boroszló) is ezen elvet hangsúlyozzák; az utóbbi azonban kiemeli, hogy a kórházi praxis szegény betegeinél a conservativ kezelés bizony nehezen vihető keresztül s azért különösen a térdizület és láb tuberculosisánál gyakorolja a resectiót. **Sinclair White** (Sheffield) és **Verneuil** (Middelkerke) a resectiókról szólnak, **du Quervain** a secundaer infectiók veszedelmét fejtegeti. **Kocher** szerint a resectio akkor indicált, ha körülírt esontgócz van jelen, mely egészében kiirtható, ha az izület hibás helyzetben fixált s ha a resectio jobb functionális eredményt látszik biztosítani, mint az immobilisatio.

Az utolsó kérdés a diffus peritonitis kérdése volt, melyről **Friedrich** (Lipese), **Krogius** (Helsingfors), **Lennander** (Upsala), **Lejars** (Páris), **Mc Cosh** (New-York), **Isla** (Madrid) referáltak. **Friedrich** hangsúlyozza, hogy a peritonitis súlyossága az infectio helyétől és természetétől függ; a műtéttel az infectio kiindulási góczát tárja fel, de elveti a bő kimosásokat, a bélkipakolásokat; az enterostomiát csak túlnagy meteorismus esetén tartja indicálnak; az utókezelésben a bőséges konyhasóinfusióknak tulajdonít nagy fontosságot. **Krogius** csak akkor tartja az öblítés helyén valónak, ha szilárd testecskéket kell a hasürből kimosni. Fontos, hogy mentől korábban történjék a műtét. Az első 12 órában műtetre került 13 beteg közül csak egyet vesztett el, míg általában 50% körüli mortalitása volt. **Lennander** az öblítés híve, e czélra 40% os physiologiai konyhasó-oldatot használ; a rectalis és subcutan táplálásnak az utókezelésben nagy jelentőséget tulajdonít. **Lejars** ama diagnostikus momentumokról szól, melyek alapján a spontán gyógyulásra hajlamos és az azonnali műtétet igénylő eseteket egymástól meg lehet különböztetni. Az öblítést nem veti el teljesen, de kevesebb becsüli mint a száraz letörlést; a legfontosabb szerepet azonban nem a követett műtétmodornak, hanem a korai beavatkozásnak tulajdonítja. **Isla**, **Mc Cosh** a bő konyhasó öblítés hívei. Az utóbbi hangsúlyozza, hogy vannak peritonitisek, melyek sebészi beavatkozást egyáltalán nem igényelnek; a gazetampoadot elveti, csak egészen apró draineket használ. A mióta eljárását kifejlesztette, statistikája jelentékenyen javult; míg 1890—1895 közt 35 esetéből 45% halt meg, az 1895—1900-ban operált 73 beteg közül csak 33% és az 1900—1905. lustrumban csak 23%.

A hozzászólók közül **Sonnenburg** a korai operálás hasznát fejtegette; mióta lehetőleg az első két napon operál, eredményei feltűnően javultak: 1896—1899 közt operált 517 esete 24%, 1900—1904 közt operált 767 esete 59% gyógyulást adott. **Témoin** (Bourges) az első 48 órában belüli avatkozván be, 112 peritonitisek betege közül csak 14 beteget vesztett. **Dahlgren** a bélparalysis kezelésében a bélnek feji mozgásokkal való kiürítését ajánlja, **Verchére** (Páris) a gyomorbélmosásokra helyez nagy súlyt; **Zawadzki** (Varsó) az áthatoló hasi sebészek korai műtétségével elért szép eredményeiről számol be.

A három év mulva tartandó következő congressus helyéül újból Brüsszel tüzetett ki, elnökévé pedig **Czerny** választott meg; a szónyegre kerülő themák közül a hernia-műtések s a **Dollinger** tanár indítványára napirendre kitűzött rákkérdés igérk ezeknek különösen érdekesnek.

Kózkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1905. november 8.-án.)

Elnök: Axmann Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

Elnök az ülést megnyitja. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Hirschler Ágoston és Rózsavölgyi Mór tagtársakat.

Friedreich-féle betegség esete.

Hirschler Ágoston: A 17 éves vasúti munkás szülei élnek és egészségesek; négy testvére él és egészséges, három testvére kis korban előtte ismeretlen bajban halt el, az ő betegségéhez hasonló bajban egy sem szenvedett. Ő maga 9 éves koráig folyton betegeskedett.

Jelen bajának kezdetére vonatkozólag pontos adatokat alig tud adni; csak annyit említ, hogy két év előtt vette észre, hogy járása nehezített, tántorgó, gyakran szédül, a munkában gyorsan kifárad. Mihamarabb azt tapasztalta, hogy kezeiben akaratlan mozgások mutatkoznak, munkaközben kezeit nem tudta jól használni. Körülbelül egy év óta pedig környezete előtt feltűnt, hogy addig rendes beszédében is bizonyos rendellenesség nyilvánul. Osztályomra való felvételekor a következőket találtam:

A közép-termetű, elég jól fejlett beteg esontrendszere annyiban mutat eltérést, hogy a gerincoszlop esekély fokú skoliotikus elhajlást mutat; izomzata közepes térfogatú, mellkasi és hasi szervei épek. Az arc részarányos; a látak középtágak, egyenlők, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. A legfeltűnőbb eltérések a mozgási körben mutatkoznak. A betegnél kifejezett ataxia van jelen, mely úgy a felső, mint az alsó végtagokban motorius és statikus ataxia alakjában nyilvánul. Állás közben inog, szemét lehunyva a Romberg-féle tünet feltűnő, járás közben feltűnően ingadozik, bizonytalan kis lépéseket tesz, miközben jobbra-balra támolyog. E mozgások közben lábait nem úgy veti, mint a tabeses beteg, az ataxia inkább a cerebelláris ataxia képét mutatja. Charcot e járást demarche tabéto-cerebelluse névvel illette. E mozgási zavarokon kívül choreaszerű mozgások észlelhetők a felső és alsó végtagokban, különösen a kezek izmaiban; e choreás mozgások a nyakizmokra áttérjedve, a fej ingaszerű mozgásai válnak észlelhetővé.

A szemeken nystagmus észlelhető, mely különösen feltűnővé válik akkor, ha a beteget többször megforgatjuk. Jellegzetes tünet a beszédzavar. A beteg beszéde lassú, nehézkes, monoton, néha skandáló. A nyelv kinyújtáskor kissé remeg. Az érzési körben eltérés nem mutatkozik.

A tapintási, fájdalom-, hő-, helyérzés rendes, az izomérzés jól megtartott. Lancináló fájdalmak nem mutatkoznak, paraesthesiák hiányzanak. Az agyidegek működése rendes. A bőrreflexek megtartottak; az Achilles-inreflexek hiányzanak, a patelláris inreflex jobboldalt hiányzik vagy néha Jendrassik-féle műfogással alig váltható ki, baloldalt gyenge.

Hólyag- és végbélzavarok hiányzanak. A beteg intelligenciája, psychikus viselkedése rendes. A szemfenék ép.

Mindezen felsorolt tünetekből a kórismét a Friedreich-féle betegségre teszem. Különbözeti kórisme szempontjából szóba jöhetnek: 1. fiatalkori tabes, mely ellen szólnak a pupillák prompt reactioja, az érzési eltérések, hólyagzavarok, subjectív tabeses zavarok, lancináló fájdalmak hiánya; 2. a sclerosis multiplex, melynek felvétele ellen szól a reflexek csökkent volta, illetve hiánya.

A Friedreich-féle betegség, ataxia juvenilis vagy öröklött ataxia elég ritka megbetegedés. Rendesen hereditarius jellegű, úgy hogy egy családban valamennyi vagy több gyermeknél észlelhető, bár kivételesen — mint a mi esetünkben — egy gyermeket is illethet a betegség. Friedreich heidelbergi klinikus 1863-ban írta le először, mint oly gerinczvelő bántalmat, melyet két családnak több tagjánál észlelt és a melyet ő a tabes dorsalis különös alakjának tekintett. 1876-ban három újabb esetet közölt s mindannyinak jellegző bonczani substratumául a hátsó kötelek szürke elfajulását tekintette. E nézetét mihamarabb Schulze és mások megdöntötték, a mennyiben kimutatták, hogy a bántalom kórbonczani lényegében nem azonos a tabes dorsalisal. E vizsgálatok kiderítették, hogy a gerinczvelő egészében kisebb és vékonyabb a rendesnél, a hátulsó és oldalsó kötelek kombinált megbetegedése forog fenn és pedig a Goll- és Burdach-féle rostok, a kisagyoldalkötelek és a Gowers-féle nyaláb degeneráltak. A gerinczvelő szürke állományában a Clarke-féle oszlopok rostjainak és sejteinek degeneratioját illetve sorvadását is találták, sőt egyesek, mint Blocq és Marinesco, a hátulsó gyökerek sorvadását is kimutatták. Merzel, Nonne és Fraser a kisagnak fejlődési zavarán alapuló sorvadásánál a hereditaer ataxiához hasonló tünetesoportot észleltek, sőt Senator a Friedreich-féle megbetegedést cerebelláris eredetűnek tekinti és azt a kisagy hiányos fejlődéséből magyarázza.

A betegség aetiologiája homályos. Kétségtelenül meg van a hereditarius jellege, de e jellege nem képezi lényeges kellékét. Friedreich a szülőknek alkoholizmusára, illetve a szülők részegsége alatt történt nemzésre utalt a bántalom aetiologiájában. Mások az illető családban előfordult neurosisokra (például epilepsia) hivatkoznak az aetologia kérdésében. Ismét mások abból a körülményből, hogy a betegség első tünetei heveny fertőző betegségek után léptek fel, ezekben keresik a baj aetiologiáját. A bántalom lefolyása lassú, progressiv jellegű. Leg-

többször a gyermekkorban veszi kezdetét a 7—8. életévben, a 16. év utáni kezdet szerfelett ritka. Prognosisa rossz, therapiája kizárólag csak tüneti lehet.

Radiummal kezelt epithelioma.

Stein Adolf: Goldzieher tanár utasította a beteget hozzám radiumkezelésre. A beteg augusztus 26-án jelentkezett a bal alsó szemhéj belső harmadában egy fillérnyi epitheliomájával, mely a conjunctiva palpebrarumra is áttért. Augusztus 26—október 20.-ig 12 ülés a 10 perc, összesen tehát 120 radiumperc. Az epithelium tökéletesen meggyógyult.

Úgy functionális, mint kosmetikai tekintetben az eredmény nagyon jó. Műtéti beavatkozás esetén az ektropium nem lett volna ki-kerülhető és kosmetikailag sem érték volna el ily eredményt. Olyan esetekben tehát, ahol a műtét functionális zavarokat vagy nagyobb kosmetikai defectusokat okoz, a radium-kezelés indokolt.

Goldzieher Vilmos: A bemutatott eset a rosszabbak közé tartozott. Az alsó szemhéj bőréből a conjunctivára is áttért carcinoma, mely szintén fekélyes volt. A tarsus szintén infiltrált. Azt hiszi szóló, hogy mirigyecarcinoma volt a kiindulás. Ennek operálása a nehezen végezhető plastica miatt nehéz lett volna. Tanulságos az eset, mert a radiumkezelés jó hatása lépésről lépésre követhető volt. A még meglévő felhánt szélű határt szóló nem tartja carcinomának, különben meg fogja még szövettanilag is vizsgálni.

Traumás hasfali sérv ritkább esete.

Neumann Miksa: 54 éves szakácsnő folyó év október 10.-én vétetett fel Hirschler tanár osztályára. Beteg előadja, hogy 3 év előtt villanyos ütötte el, mikor Janny tanár osztályára került, honnan két havi gyógykezelés után távozott.

Mint a három év előtti kórtörténetből kitűnik, beteg agyrázkódást, kulcsont- és bordatörést szenvedett, azonkívül a jobb lumbo-ileoceccalis tájon a czombra terjedő és a crista ilei törésével párosult körülbelül két ökölnyi haematoma volt jelen és huzamosabb ideig a betegnél véres vizeles is fennállott. A jobb lumbo-ileoceccalis tájon már akkor érzett kb. diónagyságú daganatot, mely azonban neki kellemetlenségeket nem okozott. E daganat azonban a nehéz munka következtében fokozatosan növekedett, míg jelen nagyságát elérve, jelenleg a hasprés működése közben a jobb czombra és az ágyékkerecszákra kiterjedő hasogató fájdalmak és a gyomorpanaszok miatt munkára képtelen.

A kissé lefogyott beteg vizsgálatánál a tüdőtágulás és ezzel kapcsolatos hörghurut tüneteit találjuk. A beteg hanyatt fekvésében a has mérsékeltén elődomborodó, feltűnő azonban a j. ileolumbalis tájon látható gyermekfejnyi, kissé contourozott és laposan elterülő daganat, mely ránczolt, ép bőrrel fedett; köhögéskor a daganat majdnem kétszeresére megnagyobbodik, míg nyugalomban ismét meglapad s különösen a betegnek baloldalra való fektetésénél csaknem egészen eltűnik. Kopogtatásra a has, valamint a daganat felett is váltakozva dobos kopogtatási hang nyerhető. Tapintásra a hasfalzat, tekintettel arra, hogy a beteg kilencszer szült, petyhüdt; a daganat maga puha béltapintatú, arra nyomást gyakorolva az visszatolható a hasürbe, miközben korgás hallható. Közvetlenül a bőr alatt a daganatnak megfelelően a jól contourozott és elkülöníthető belek tapinthatók oly módon, hogy a belek kilépésének kapuját felül a jobb bordaív, medián felé kb. a bimbóvonal irányában a hasfali izomzat, laterálisan a m. sacro-lumbalis laterális széle határolják. A j. lumbo-iliacalis tájon tehát a bordaív-től a cristáig, mellfelé a bimbóvonalig terjedő tátongás — diastasis — van jelen, mely alkalmul szolgál egy gyermekfejnyi, könnyen reponálható hasfali sérv létrejöttére.

A sérv tartalmát, különösen ha azt a beteg köhögése után vizsgáljuk, az egész coecum és a felhágó vastagbél egy része képezi, továbbá találunk benne körülbelül ökölnyi vékonybél-conglomeratumot.

A sérv aetiologiáját illetőleg az jelen esetben közvetlen okozati összefüggésbe hozható az anamnesisben elmondott és három év előtt bekövetkezett traumával. Kétségtelen, hogy a beteg a lumbo-iliacalis tájon a csípőcsont törésével párosult izomszakadást szenvedett, melynek következménye volt az e tájon akkor talált kiterjedt haematoma és az ennek felszívódása után közvetlenül már észlelt hasfali diastatikus alig diónyi sérv, mely a kedvezőtlen mellékkörülmények, munka, köhögés folytán fokozatosan növekedett, míg jelenlegi nagyságát el nem érte.

Bemutatásom tárgyának érdekességét kölcsönöz a traumás eredetű diastatikus hasfali sérv elhelyeződésének és nagyságának ritkább volta.

Balds Dező: A nagy felületű tompa eröművi behatások folytán keletkező izomszakadás folytán létrejövő sérvök a ritkább hasfali traumás sérvök közé tartoznak. Mert ilyenkor belső szervek sérülése sebészi beavatkozást tesz szükségessé, a mi azután a hasfal összevarrását is lehetővé teszi. Itt mélyreható volt a trauma, ezt bizonyítja a sérülés folytán zsugorodó vese, de itt retroperitoneális lévén a sérülés, a vérzés is kiscokú volt, tehát beavatkozásra sem volt szükség. Már elbocsátásakor diónyi volt a sérv, melynek operálása későbbre halasztott. A beteg indolentiája folytán a sérv igen nagyra nőtt. Ma a rigid és szétálló hasfalak miatt a sérv csak izomtransplantatioval volna operálható, de nincs indikálva az operatio, mert kizáródás veszélye nem fenyegeti, ezért pelottás haskötő viselése javalt.

(Folyt. következik.)

Debreczeni orvos-gyógyszerészegylet.

(Ülés 1905. október 14.-én.)

Tüdős Kálmán dr. előadást tart „A tüdővész korai felismeréséről” czímen.

Jelzi a korai diagnosis fontosságát a therapiára. A korai tüneteket négy csoportba foglalja:

1. Kórelőzményi adatok.
2. Általános tünetek.
3. Physikai vizsgálati módszerekkel kimutatható korai elváltozások.
4. A kísérleti diagnostika körébe tartozó adatok.

Részletesen foglalkozik az így felderíthető tünetek értékével és különös fontosságot a következőknek tulajdonít:

1. Kórelőzményi adatok: gyermekkorban lefolyt betegségek, influenza, vérköpés, pleuritis, pneumonia.
2. Az idegrendszer és emésztőszervek zavarai.
3. Halványosság, vérszegénység, a vér összetételének megváltozása nélkül.
4. Szívdobogás kisebb szív mellett, gyorsabb érverés.
5. Foghússzél színváltozása, esetleges bőrbetegségek.
6. A hőménet tartósabb pontos megfigyelése.
7. A kulesont felett belégzési árnyék vagy behúzódás.
8. Légzési szünet hiánya, érdes vagy gyengült légzés.
9. Petruschky-féle spinalgia.
10. Radiokopiával duzzadt bronchiális mirigyek, a rekesz mozgás-zavara, csücsbéli beszűrődött góczok.
11. Mesterséges serum befeckendésére lázas reactio.
12. Váladék beoltása állapotba.
13. Jodkalium adagolására hurut jelentkeése, mely bacillusokat vagy rugalmas rostokat tartalmaz.

Az előadáshoz hozzászól **Kenézy dr.:** Nagyon korai tünetek az idegrendszer zavarai, a gyomorzavarok, a tachycardia, a vérnyomás megváltozása, melyek szerinte nem egyebek mint mérgezési tünetek. A vérnyomás az ő saját vizsgálatai szerint magasabb, 110—115. Fontos és korai tünetei a tuberculózisnak még, hogy a pulsus fekvéskor sem lesz ritkább, a csücsban a légzés gyengültsége (atoniája), fájdalmak a mellkasban beszéd alkalmával, a miről a betegek már akkor panaszkodnak, a mikor még alig-alig van valamely más tünet kifejlődve, s végül a hőménet megváltozása, úgy hogy ez a kora reggeli órákban magasabb mint este s így valóságos typhus inversus mutat. Gyengeelméjűséget nem tapasztalt, ellenkezőleg nagyon is élénk szellemi működést.

Kenyeres dr. szerint a kísérleti diagnostica körébe tartozó tünetek vagy a radiographiával kimutathatók a practikus orvos számára nem fontosak. A szokásos vizsgálatokkal a szív kisebb volta alig határozható meg.

Szenes dr. nem hallotta a tbc. alkati jeleinek méltánylását. Az ismertebbeknél kivül felemlíti a szőrös hátát a gyermekkorban.

Tüdős dr. reflektál az elhangzottakra. Az alkati jeleket mint általános ismerteket nem tárgyalta. A szív kisebbedése kimutatható, ha a csücslökés helyét szabatosan cm.-rel mérjük a szegycsont közepétől. Elismertli azokat a gyakorlatban is könnyen constálható tüneteket, a melyekkel, ha valamennyien vagy csoportosan vannak jelen, a lappangó tbc.-t nagy valószínűséggel diagnostizálhatjuk.

Kenézy dr. pótlólag megjegyzi, hogy korai jelnek tekinthető, a mit már többször észlelt, hogy a korán reggel, különösen a mosakodásnál köhögő és krákogó beteg köpete ammoniakális szagú. A szív nagyságát pontosan csak radiographiával lehet megállapítani.

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közpénztárának sebészeti osztályán lemondás folytán üresedésbe jött segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás 1000 korona készpénzfizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főispáni hivatalához címezve, hozzám 1905. évi december hó 12.-ig küldjék be.

Az állás azonnal elfoglalandó.

A mennyiben okleveles folyamodó nem pályázna, szig orló is kineveztetik.

Gyula, 1905. évi november hó 29.-én.

2-1

Békés vármegye közpénztárának igazgatósága.

4358. sz.

Talpas községben a községi körorvosi állás megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlelési és 40 fillér hússzemle díjjal javadalmazott állásra pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 31.-ig adják be.

Kisjenő, 1905. évi november hó 29.-én.

Csukay Gyula, főszolgabíró.

4631. sz.

Simánd, Csintye, Szintye és Zaránd nagyközségekből csoportosított simándi egészségügyi körben az orvosi állás megüresedvén, (minthogy az egészségügyi kör kettéválasztása iránt eljárás van folyamatban) a körorvosi állás ideiglenes helyettesítés útján leendő betöltésére pályázatot nyitok. A körorvosi állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, továbbá Simánd község részéről 300 korona személyi pótlék és 300 korona lakbér, végül 40 fillér nappali, 80 fillér éjjeli látogatási és Simánd községben 40 fillér halottkémlelési díjból áll.

Felhívom mindazokat, kik ezt az ideiglenesen helyettesítés útján betöltendő állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 16.-ig adják be.

Kisjenő, 1905. évi november hó 25.-én.

Csukay Gyula, főszolgabíró.

2821/1905. sz.

Bihar vármegye cséffai járásába kebelezt Zsadány községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a illetve 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám folyó évi december hó 12. napjáig annál is inkább nyújtsák be, mert az azon túl érkezöket figyelembe venni nem fogom.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. 1600 korona évi fizetés.
2. Természetbeni lakás.
3. Esetenkénti látogatási díjak:

a) Az orvos lakásán 40 fillér.

b) A beteg lakásán 80 fillér, éjjeli látogatási díjak kétszeresen számítandók.

Megjegyzendő, hogy Zsadány község határába még Bölesd és Fancsika puszták vannak bekebelezve.

A választás folyó évi december hó 28. napján d. e. 10 órakor fog Zsadány községházánál megtartatni.

Cséffa, 1905. évi november hó 27.-én.

3-1

Markovics, főszolgabíró.

A budapesti magy. kir. bányahatóság felügyelete alatt álló Tolnavára jai bányatársaságnál az orvosi állás megüresedvén. Ezen bányarvosi állás javadalmazása évi 2000 korona fix fizetés, 300 korona fuvarátalány, teljesen szabad magánpraxis és természetbeni lakás.

Ajánlatok a Tolnavára jai Bányatársaság elnökségéhez küldendők.

Tolna-Váralja, 1905. november hó 2.-án.

Délmagyarországi Kőszénbánya Részvénytársaság
Bányagondnokság Tolna-Váralja.

4-4

Oczvirk.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvízkezelésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Jisztelet doktor úr! Kérném mint

magyar készí-

ményt rendelni: **Általános idegbeteg-**

ségeknél, általános gyengeségi

állapotoknál mint tonicum és

fertőző betegségek után a

reconvalescentia szaká-

ban, általános anae-

miáknál és chloro-

sis eseteinél,

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 20 gm. vasat, 60 gm. k. ha amon. brom. és 0.005 arzenid.

mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges

zavarokra is hat.

Kellemes ízénél fogva felülmúl minden eddigi forgalomban levő más

készítményt.

Készíti

és

kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszer-tára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben

valamint minden gyógytárban, Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seltz, Budapest-

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes 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. GYNAEKOLÓGIA 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 Babarcsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletak.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Picker Rezső: Végbélkankó férfínál, mint a húgycsőkankó szövödményeinek következménye. 874. lap.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 876. lap.

Manning Vilmos: Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.) Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával. 880. lap.

Tárca. Győry Tibor: A történelmi igazság a Czernak-Türk-féle úgynevezett prioritási harcban. 882. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Berkes Sándor: Évi jelentés Békés vármegye közpórházának 1904. évi működéséről. (Baranyai Jenő.) 884. lap. — **Lapszemle. Belgyógyászat. Rehisch:** Vagus-ingernek a szívre gyakorolt hatása. (R. Zs.) — **Klemperer:** A dohányzás és a sexualis excessusok befolyása arteriosclerosisnál. (R. Zs.) — **Sebézet. Joseph:** A Bier-féle pangásos hyperaemia gyógyhatása. (Pólya.) — **Herz:** A rekeszhermia diagnózis. (Pólya.) — **Codman és Chare:** Az os naviculare carpi törése és az os lunatum ficzama. (Pólya.) — **Gardner:** A tonsilla-hypertrophia. (Pólya.) — **Hey Groves:** A

jobb cystikus vese kiirtása után rövidesen cystikussá vált bal vese. (Pólya.) — **William J. Mayo:** A ductus choledochus operatív sérüléseinek végzett műtétek. (Pólya.) — **Lynn Thomas:** 129 a froid epityphlitis-műtét. (Pólya.) — **Sargent:** Appendix-endothelioma. (Pólya.) — **Storrs:** Az intracerebralis tetanusantitoxin-injectio. (Pólya.) — **Börkörtan. D. Frank:** Dermato-venereológiai impressiók. (Guszmán.) — **Húgyászati betegségek. E. Düring:** Phosphaturia. (Drucker Viktor.) — **Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Benninhoven:** Jodfersan. — **C. W. Bolte:** Kisebb daganatok kiirtása. — **Stotzer:** Aлыпin — **Magyar orvosi irodalom.** 885-887. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Választás. — Elhunyt. — Kisebb hírek külföldről. — A XV. nemzetközi orvosi congressus. — Az orvostanhallgatók számának csökkenése a külföldön. — Bulgária. — A leprások száma az Egyesült-Államokban. — A sebészet tanításmódja Eiselsberg tanár bécsi klinikáján. — Skoda születésének 100 éves évfordulója. — Kussmaul-érem. — Meddig élnek a köpetben a tuberculosis-bacillusok? — Harez a titkos szerek ellen Amerikában. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning „Suprarenin“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Végbélkankó férfínál, mint a húgycsőkankó szövödményeinek következménye.

Közli: *Picker Rezső dr.*

A végbélkankó férfínál ugyanolyan módon keletkezik, mint a női nemi szervek kankós bajainál észlelhető végbélkankó, t. i. a ragályozás közvetlen átterjedése útján a húgyivár-szakaszból a végbélnyálkahártyára. Míg azonban a nőnél, hol ezen bántalom jóval gyakrabban is fordul elő, a fertőzés rendszeren a nemi szervekben képződött váladéknak a hüvelybemenetről a végbélnyílásra való átfolyása által történik, addig a férfínál — a természetellenes közösülés útján történő ragályozástól eltekintve — a végbél kankós fertőzését egy kankós tályognak vagy áltályognak a végbélbe való áttérése idézi elő.

Ily genygyülemek fejlődhetnek a Cowper-mirigyben, a prostatában, az ondóhólyagban, az ondóvezeték orsószzerű tágulásában (ampulla ductus deferentis), szóval a férfi húgy- és nemi szervek mindama szakaszaiban, a melyekben a kankós megbetegedés termelte váladék pangására a boncztoni viszonyok alkalmat adnak, a honnan azután a pangó váladék a közvetlen szomszédságában levő, csak vékony kötőszöveti réteg által elkülönített végbélbe könnyen talál magának utat.

Noha a fertőzés ezen útjai elméletileg minden nehézség nélkül megszerkeszthetők, a gyakorlatban mégis egy-egy ilyen közlekedésnek kimutatása a húgy ivarszervi mirigyek és a végbél között igen nagy nehézségekbe ütközik, a mint ezt az idevágó, nem nagy irodalom ban közölt kóresetek áttekintésekor tapasztaltam. Ezekről az általam észlelt eset leírása után lesz szó. Esetemet pedig két okból tartom közlésre érdemesnek: először, mert az ondóhólyag és a végbél közötti közlekedés pon-

tosan kimutatható volt, és másodszor, mert világosan magyarázza, miként befolyásolja a várákózó általános és a tüzetes helyi kezelés a bántalom gyógyulását.

A beteg 21 éves műegyetemi hallgató, ki az 1903. évben első kankója után fennmaradt húgycsőhurut miatt állott már kezelés alatt. 1904. évi szeptember 6.-án újból megjelent nálam és előadta, hogy augusztus hó elején egy új, igen heves kankót szerzett, melyhez a betegség harmadik hetében, tehát mintegy két héttel nálam való megjelenése előtt, igen heves, több napig tartott lázzal járó hólyaghurut társult volt, a mely a szokottnál nagyobb kellemetlenségeket okozott. Mint feltűnő jelenséget kiemeli, hogy egy idő óta a vizeleti inger ugyan már nem oly gyakori, mint előbb, azonban a vizelet végén mindig az az érzése van, mintha székelnie kellene. A kezelés a hólyaghurut fennállása óta Nélaton-katheteren át hólyagmosásokban állott. Ezen kezelés nagyon fájdalmas volt és semmiféle javulást nem eredményezett; még most is a rendesenél gyakrabban kell vizelnie, különösen éjjel. A székelésre való inger a vizelet végén szintén fennáll, a kifolyás igen bő, különösen akkor, ha székelés alkalmával erősen kell szoritania.

A nagy tömegű váladékban igen sok gonococcus van, a vizelet mind a három részletében egyformán s teljesen zavaros, szürkés-sárga, pyuriás. A húgycső előzetes kiöblítése és érzéstelenítése után a hólyagot Janet-fecskendő segítségével katheter nélkül langyos forralt vízzel tisztára kiöblíttem, ezután újból megtöltöttem és így térek át a végbélvizsgálatra. A prostata és az ondóhólyagok mindkét oldalt igen duzzadtak, fájdalmasak, az ondóhólyagok kis tojáshoz hasonló alakjában lógnak be a végbélbe. A beteg részek szerfelett nagy fájdalmassága miatt ezeknek ki-nyomásától el kellett tekintenem és meg kellett elégednem a gondos kitapintással. Már ezen gyengéd eljárásra is némi genyes váladék ürült a húgycsőből, a melyben góreső alatt geny, igen sok extra- és intracellularis gonococcus és ondószál volt.

Néhány napig csak ily elővigyázatos módon lehetett a kezelést végezni és csak 10.-én tudtam első ízben az egész beteg területet alaposan kitapintani. Ez alkalommal a jobb ondóhólyag felső részének megfelelően oly helyre jutottam, a melyen a nyálkahártya polyposus, mintegy sarjszövettapintatú volt. Mindkét ondóhólyag érintésre fájdalmas, nyomásra igen sok sűrű genyes váladék ürül a húgycsővön keresztül, benne gonococcusok és ondószálak. Ezen időtől fogva a massage naponta meglehetősen erélyes módon hajtható végre, váladék mindig nagy mennyiségben ürül, a vizelet lassankét tisztul. Megjegyzendő, hogy a kezelés tisztán forralt vízzel való öblítésekből és massageból állott. A massage alkalmával nyerhető váladék mindinkább fogy, elveszti tisztán genyes jellegét, nyálkás, átlátszó göbésékből áll, melyek között csak egyes zöldes-genyes csíkok vannak; a gonococcusok száma szintén fogyófélben van.

Szeptember hó 24.-én a vizelet első részletében sok czafat, a második és harmadik majdnem tiszta. A massage ma igen fájdalmas, minthogy igen nehéz székeles alkalmával végbélrepedés keletkezett. A massatumban igen kevés gonococcus. A végbél érzékenysége miatt néhány napig nem történt kezelés, a fissura mindennek dacára nem javul. A beteg étetésről a végbélben és igen fájdalmas székelésről panaszkodik. A végbélnyílás megtekintésekor ennek hátsó szélén egy genyes lepedékkel borított kis repedést találok. A genyes lepedék eltávolítása után kevés világos sárgás-zöldes genyes váladék jelenik meg az analis szél redői közt. Ezen váladékban igen sok typosus, intracellularis, Gram szerint nem festődő coccus van, velük egyetemben a végbélbakteriumok képviselői: nagy tömegben pálczikák és coccusok, melyek nagyrészt Gram-positívek. Minthogy a végbélkankó nehéz gyógyíthatóságát ismertem és itt első sorban a végbél-szél repedésének gyógyításáról és a beteg széketetésének szabályozásáról volt szó, a fissura edzése után alapos hashajtó kúrát rendeltem, minden széketét után ülőfürdővel, azon reményben, hogy a végbélnek gyakori alapos kiürítése és a végbélnyílás gondos tisztántartása mellett a végbélkankó is javulni fog. Ezen hashajtó kúrát a beteg nyolcz napig tartotta; a repedés begyógyult és a végbélnyílásban váladék már nem volt látható. A vizsgáló ujj bevezetésekor a beteg kistokú étetést érez. A prostata és ondóhólyag massage-át enyhén végeztem; a váladékban igen sok gonococcus volt. A keserűvizet a beteg tovább veszi.

Október 6.-án ismét alaposan végzem a végbélvizsgálatot és ezen alkalommal az előbb említett szemölcsös sarjakkal fedett nyálkahártyaterület helyén egy kemény, síma felületű dudorodást tapintottam.

Október 7.-én kistokú mellékherelob kezdődik jobboldalt, mely miatt három napig fekszik a beteg.

Október 11. én. Langlebert-féle heretartó alkalmazása, melylyel a beteg járni tud; fekvés közben ismét igen bő kifolyás igen sok gonococussal, a vizelet sűrű, zavaros. A hólyag alapos öblítése után massage és ezután ismét hólyagöblítés. Másnap csak a vizelet első részében voltak czafatok, a második és harmadik rész majdnem teljesen átlátszó.

Október 13.-án. A massage alkalmával végzett alapos kitapintás útján minden bizonynyal megállapítható, hogy már csak az ondóhólyagok betegek. A prostata mindkét lebenye rendes nagyságú, puha és nyomásra nem érzékeny, de az ondóhólyagok, főleg a jobb, igen nagy, fájdalmas és kemény. Az előbb sarjakkal fedett hely most lapos, vaskos csomó alakjában tapintható, a melynek megfelelőleg a végbél nyálkahártyája az alaphoz (ondóhólyag) rögzített. A végbél maga nem érzékeny. A massage ezentúl ismét naponta történik. Az ondóhólyagokra gyakorolt nyomás alkalmával sok világos, nyálkásan nyúló váladék nyerhető, a mely közé már szabad szemmel is genynek látszó zöldessárga czafatok vegyülnek. Ezek a górcsövi vizsgálat alkalmából főleg genysejtekkel állóknak bizonyulnak, a melyekben még elég nagyszámú gonococcus van, míg az őket magába foglaló világos váladék csupán nyálkából, genysejtekkel és ondószálcsákából van összetéve.

Október 19.-én. Tegnap közönsülés közben főleg a jobb ondóhólyag táján igen élénk fájdalma volt. A massage ma a végbél és az ondóhólyag nagy érzékenysége miatt nem végezhető; a végbélnyíláson azonban semmiféle lobosodás vagy genyes vála-

dék. A massaget naponta folytatom akképen, hogy a beteg telt hólyaggal jön, a vizelet egy részét kiüríti és a massage után a kóros váladéknak a húgycsőben rekedt részét a hátralevő vizelettel eltávolítja.

Október 23.-án. A massage váladéka ma csokoládészínű, górcsö alatt genyből, vörösvérsejtekből és vörösvérsejt-törmelékekből áll és gonococcusokat tartalmaz.

Október 29.-én. Massage alkalmával a jobb ondóhólyag felett a végbél nyálkahártyájában az előbbi keményedés már nem tapintható.

November 5.-én. A vizelet tiszta, az első részletben czafatok; az ondóhólyag már csak kevésbé érzékeny, erős nyomásra kevés váladék ürül kevés gonococussal.

November 14.-ig a beteg nem jelentkezik. A vizelet ekkor mind a három részletében zavaros; hólyagöblítés, massage alkalmával igen sok világos váladék mutatkozik, a melyben kevés geny van és a melyben hosszas keresés után sem találok gonococust.

November 23.-án a vizelet kevésbé zavaros, czafatok vannak benne; reggel rendszeren némi váladék. Massage alkalmával kevés világosszürkés váladék, melyet ülepíttek; az üledékből vett készítményben nem sok gonococcus.

November 26.-án a húgycsőben, valamint az ondóhólyag váladékában gonococcusok.

December 1.-én. Utóbbi időben meglehetősen sokat közönsült condome mal; a közönsülés már nem fájdalmas. A húgycsőből nyomásra némi genyes váladék, a melyben hosszab keresés után sem találok gonococust. Massage alkalmával kevés világos váladék ürül meglehetősen sok gonococussal.

December 6.-án ismét étetésről panaszkodik a végbélben; a végbél széle piros, széjjelhúzásakor a nyálkahártya is lobosnak látszik. Az anus hátsó szélén egy kis repedés, a végbélnyílás redői közt kevés világos váladék, melyben igen sok typosus intracellularis gonococcus van. Ismét keserűvizet rendeltek. A beteg 4 hétre elutazik és időközben húgycsővét 1⁰/₀₀-es lapissal kezeli.

1905. január 5.-én. A beteg újból jelentkezik. Végbél részéről semmiféle panasz. A vizelet első része zavaros, nagy czafatokkal, a melyekben gonococust nem találok, második része majdnem tiszta; massage nem történik.

Január 20.-án. Az első vizeletben levő czafatokban gonococcus nincsen.

Február 4.-én. Égésről panaszkodik a végbélben, de az analis szél széjjelhúzásakor semmit sem találok.

Február 10.-ig semmiféle kezelés. Ekkor nyomásra a húgycsőből világos nyálkás váladék ürül, nagyon sok, de csak kis részben intracellularis gonococussal. A vizelet igen kevésbé zavaros, kis czafatokkal, az utolsó részletben valamivel több czafat és ezekben kis számú gonococcus, helylyel-közzel a genysejtekben is.

Február 20.-án. Ondóhólyag-massage; a jobb ondóhólyag még mindig nagyobb, kemény és fájdalmas. Ettől fogva másodnaponként massage, a mely mindig világos nyálkás váladékot ad.

Február 28.-án. Sok gonococcus az ondóhólyag váladékában, ezért ismét naponta massage. A végbél egészen rendes, massage alkalmával nyálkahártyája nem érzékeny.

Ily kezelés mellett márczius 12.-én a massage útján nyert váladékban hosszú keresés után sem találok gonococust.

Márczius 16.-án. Az ondóhólyagból nyerhető váladék határozottan csökkent, azonban a massage után ürített vizelet utolsó részletében foglalt czafatokban igen kevés intracellularis gonococcus található. Ez alkalommal a masszáló ujj kaucukbevonatán fehér fibrinszerű czafat marad, a melyet egyszerűen festve, alakra nézve gonococushoz hasonló diplococcusok találtak, sok pálczika, coccus stb. mellett. A Gram-féle festés után híg fuchsin utánafestett készítményben csak igen kevés pirosra festődő, tehát Gram-negatív diplococcus látható. Geny ezen fibrinczafatban egyáltalában nem található. Ezen időtől fogva gonococust a massage útján nyert váladékban nem találok. A vizelet mindinkább feltisztul, csak első részében van még néhány nyálkás fonál. Massage alkalmával elég nagy mennyiségű, világos, híg, nyúlós váladék ürül, melyben ondószálcsák mellett geny mindinkább csök-

kenő meniségben van. Kalium hypermanganiummal történt néhány húgycső-hólyagöblítés a vizelet teljes megtisztulását és az első részletben foglalt czafatok majdnem teljes eltűnését eredményezte (április 10.-én).

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

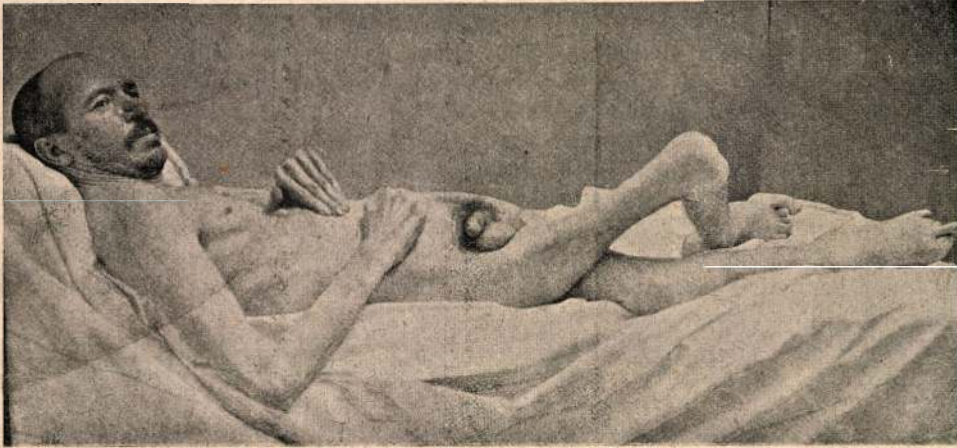
Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Kollarits Jenő dr., tanársegédétől.

(Folytatás.)

Ezek után áttérek megfigyeléseim tárgyalására, e közben alkalmam lesz még egyik-másik észlelt jelenséggel foglalkozni. A villamos vizsgálat eredményéről csak röviden emlékszem meg, arról bővebben egy másik dolgozatban fogok szólni.

I. észlelet (Sch. család). Izomsorvadás, izomrövidülés, remegés a felső végtagokon, nystagmus, fokozott inreflexek. Szöveti lelet: izomdystrophia, elfajulás az oldalsó pyramispályában és kis fokban a Goll-féle nyálában. (Kiegészítés Jendrassik III. közleményének II. sz. észleletéhez.)



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.

Jendrassik tanár úr közleményéből¹ a következőket vesszük át. Ezen családban 4 testvér betegedett meg, azonkívül az egyik egészséges testvér leánya ugyanazon kórba esett. A tünetek csak fokozat tekintetében különböznek az egyes esetekben, az alsó, kevésbé a felső végtag izmai sorvadtak és rövidültek voltak, a felső végtagok remegtek, a szemeken nystagmus volt, az inreflexek fokozottak voltak. Az izomrövidülések három esetben fájdalmasak is voltak. A legidősebb, 36 éves testvér (Jakab) járása 12 éves korában kezdett romlani, 20 éves kora óta állandóan ágyban fekszik. A vizsgálat alkalmával feje, felső teste, felső végtagjai, szeme és szemhéjai majdnem állandóan remegnek. Fogsorait egymástól csak 1 cm.-re tudja távolítani és csak nyelve hegyét ölti ki, a beszéd nehézkes, vontatott. A fej csak korlátozottan mozog oldalt. A vállizmok elég jók, de a felkar jelentékenyen soványodott, az alkaron az izmok tömöttebb tapintatúak. A kéztő

sovány, a tenyéren és kézháton az inak erősen kiemelkednek. Fekvő helyzetben (l. 1. ábra.) a felkar a törzshöz szorul, a könyökizületek félig behajlottak. A kéztő (l. 2. ábra.) félig feszített, az ujjak behajlottak; a jobb kéz hüvelykujja a tenyérbé szorult, a többi ujjak ráborulnak, ezeket csak nehezen lehet kiegyenesíteni, a bal kézen a hüvelykujj a második ujj első perczén nyugszik, a mutató- és kisujj ellenben a 3. és 4. ujjra helyezkednek. A felső végtagok mozgási képessége némileg korlátozott, karjai passive sem nyújthatók ki. A jobb kéztőizületben a beteg kezét egyáltalában nem tudja mozgatni, a bal kéz kevésbé jobb, az ujjakban némi mozgás van.

A beteg ágyában felülni nem tud, felültetve csak támasztással marad meg. Gerincoszlopa ilyenkor scoliosisban van, mely fekvő helyzetben sem egyenesedik ki.

Az alsó végtagok egymást keresztezik, a jobb felül, a bal alul fekszik, a czombokat alig lehet kevésbé szétfeszíteni, magukra hagyva újból összeugranak. Mindkét alsó végtag aránytalanul lesoványodott, főleg az alszárak (a jobb erősebben); a lábtőcsontok erősen kidomborodnak. A jobb alsó végtag kifelé, a bal befelé rotált, ez utóbbi egyenesen fekszik az ágyban, míg a jobb czomb rátámaszkodva a balra, a test hossz tengelyéhez képest mintegy 75° szögletben felhúzott tartásban van. A bal láb (l. 3. ábra.)

öregujja erősen befelé fordult s a második ujj, mely feltűnően hosszú, felülről átkarolja s ilyen formán ez a láb állandóan független mutat. A többi ujjak erősen hajlított helyzetben vannak, a hosszú feszítők inai erősen feltűnnek. A jobb lábon az ujjak 1. perczé feszített, a többi hajlított helyzetet foglal el. Az öregujj itt is kifelé fordult, de a 2. felett marad. A lábtő gyenge pes equinus tartásban van. Bal alsó végtagjait a beteg egyáltalában nem tudja mozgatni, a jobbon erőlködéssel némi, épen észrevehető mozgulatot tud eszközölni. A passiv mozgathatóság az egyes izületekben erősen korlátozott, főleg a bokaizületekben, de bizonyos határok között a mozgathatóság lehetséges.

Az inreflexek mind a térdkalács inán, mind az Achilles-inon, valamint az alkar izmain is élénken kiválthatók. Az egyes izmok mechanikailag is jól ingerelhetők. A farados ingerlékenység megvan. A bőrreflexek rendesek.

A vizelet gyakori, a vizelet néha több és világosabb. A vizeletben kóros alkatrész nincs. Széke 3-4 hetenként van, ilyenkor hányni is szokott. Érzés jó, hallás gyengült.

A beteget 1902. december 9.-én vettük fel a klinikára, a hol a vizsgálat a régebbi adatokhoz képest változást nem mutatott.

A beteg állandóan hashajtókat használt, melyek segítségével másodnaponként volt széke.

Az állapot 1904. májusig nem változott. Ekkor hasmenése támadt, elgyengült és bronchopneumoniában meghalt.

A bonczolást május 17.-én *Genersich* tanár úr végezte, ime a bonczolás jegyzőkönyvének kivonata:

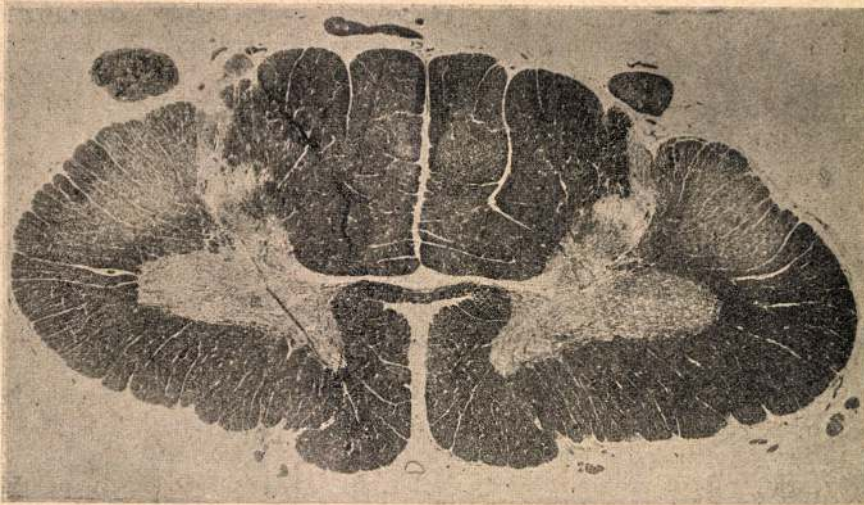
A holttest tartása behajlott. A gerincoszlop a háti részben erősen jobbra görbült, a görbület tetőfoka a 6. csigolyán van. Az ágyéki gerincoszlop mérsékelten balra görbült. A csigolyaívek kemények. A felső végtagok könyökben behajlottak, ki nem egyenesíthetők, a kéz ujjai is behajlottak, nem kiegyenesíthetők, a hüvelykujjak a mutatóujjak első perczére hajlítva. A czomb behajlott, az alszár a czombra 45° szögben contracturában áll. A bal térd e mellett addukált helyzetben van, a jobb ellenben egyenesen áll. A jobb láb állása rendes, az öregujj a 2. ujj fölé került, a bal láb kifordult, ujjai a talp felé hajlottak, az öregujj a 2. ujj alá került.

A hulla erősen lesoványodott. A bőr alatti kötőszövet majdnem zsírtalan. Az izmok mindenütt lesoványodottak, aránylag megtartottak a nyak-, a karizmok és a m. pectoralis maj.; az alsó végtag izmai és a has- és hátizmok igen megfogytak, különösen vékonyak az alszárak. A jobb alszár legnagyobb kerülete 17 cm., a balé 21 cm.; 10 cm.-rel a boka felett jobboldalt 14,

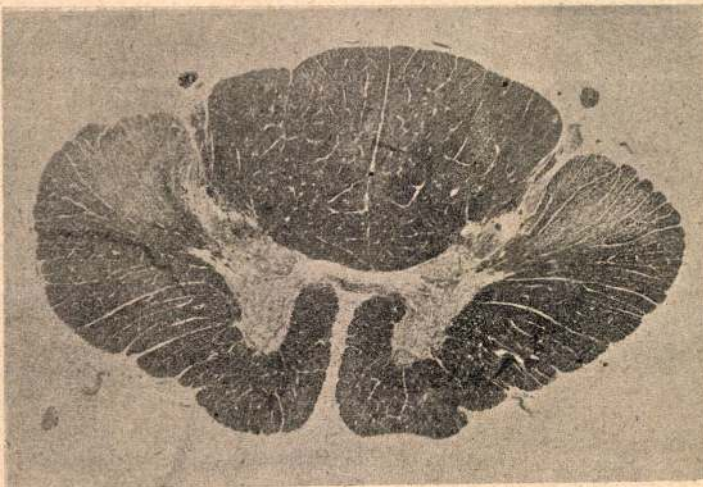
¹ Jendrassik: Orvosi Hetilap. 1902.

baloldalt 15.5 cm. A bal alsó végtag ezen vastagabb volta főleg a bőr és bőr alatti kötőszövet vizenyős beszűrődésén alapszik és

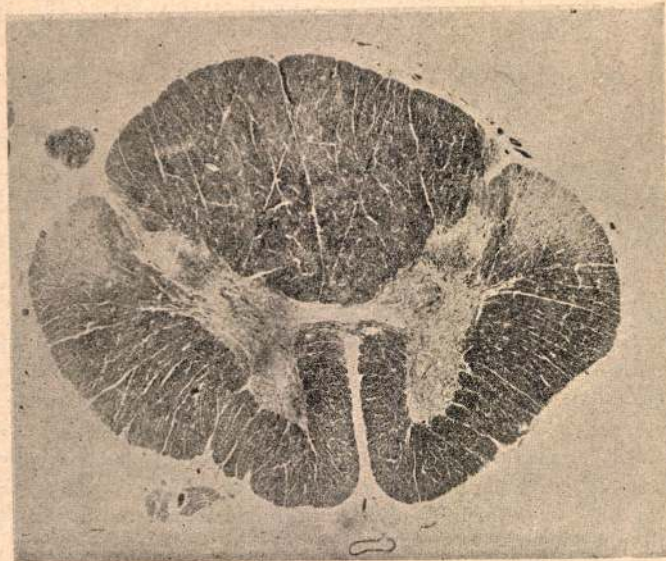
Ezen izmok halvány színűek és kötőszövetesen átalakultak. A halánték izmai vékonyak, halványvörösek. A n. tibialis post. laza és szürkés.



4. ábra.



5. ábra.



6. ábra.

csak részben az izmok térfogatbeli különbségén. A m. semitendinosus, semimembranosus, biceps mint hüvelykvastag kötegek kiemelkednek. Legsorvadtabbak a m. gastrocnemius és soleus.

A koponya csontjai középvastagok, tömöttek, igen vastag a jobb homlokpikkely, 7—8 mm., a halántékon a csont szélessége 4 mm. A varratok belül nagyrészt eltűntek. A koponya alap dudorai erősek. A lágyburkok vékonyak, könnyen levonhatók. A fejidegek épek. Az agyvelőt egészben szövettani vizsgálat számára teszszük el. A gl. pituitaria babnyi nagyságú.

A gerincesatorna tág, a kemény burok középvastag, a lágy burok vékony, zsírszegény, áttűnő; az arachnoideán mellül és hátul több lencse- és körömnagyságú vékony csontlemez van. A gerincagy széles, lapos. A kötegeket elválasztó barázdák mélyek. A metszéslapon a kötegek fehérek, a szürke állomány egyáltalán vékony. Az idegyökerek fehérek, elég vastagok.

A szív ép. A tüdő hurutos volt, az alsó lebenyekben bronchopneumonia fejlődött ki.

A végbél felső részében a medencebemenet magasságában férfőkölnyi, agyagos összeállású bélsárrög van, körülötte a bél kifeléyesedett, a folyamat eredménye diphtheriás colitis, periproctitis és tályog volt.

A bennünket érdeklő kórboneztani körjelzés: Dystrophia musculorum progressiva.

Szövettani lelet: A szövettani vizsgálat céljából az egész középponti idegrendszert formalinban fixáltam, ezután Müller-féle folyadékba tettem, a gerincvelőből és nyúltvelőből egyes darabokat alkoholba tettem a Nissl-féle eljárás számára. A gerincvelő különféle magasságaiból vett részleteket a Marchi-féle festésnek vettem alá. Ezenkívül Kulschitzky és van Gieson eljárását használtam.

A környéki idegek közül a két n. tibialis posticus Kulschitzky és van Gieson eljárása szerint került vizsgálat alá.

Az izmok közül a két gastrocnemius és a jobb m. pectoralis major előbb formalinba, azután Müller-féle folyadékba került. Ezen izmokat van Gieson és Marchi szerint festettem, az izomközi idegek vizsgálatára ezekből is használtam Kulschitzky szerint készült metszeteket.

Az idegrendszer vizsgálata.

Az agykéreg mozgató mezejéből vett részek rostozata és sejtjei épek. A kisagyvelő ép.

A közepagygból sorozatos metszetek készültek, melyek közül minden harmadikat festettem Kulschitzky szerint. Ezen készítmények áttekintése semmi kórosat sem derített ki. Kiemelem, hogy a capsula interna semmi kóros elváltozást sem mutat.

Az agykocsányok, híd és nyúltvelő sorozatos metszeteiben úgy a rostozatokban, mint az idegsejteknél semmi elváltozás sem található.

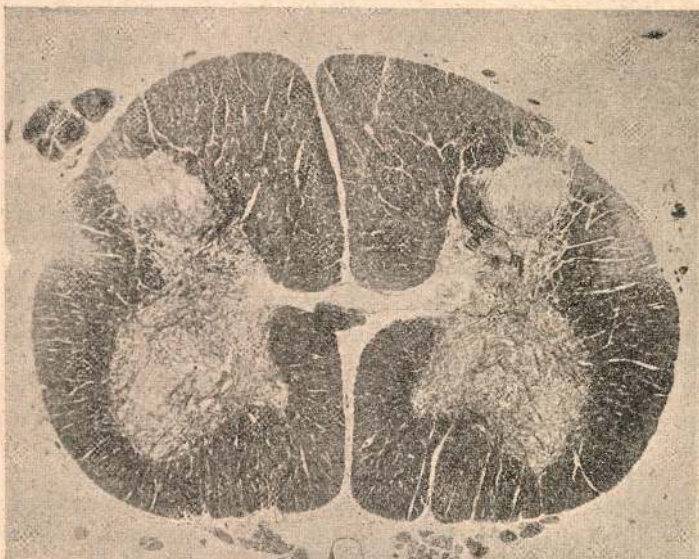
A gerincvelőben a következő elváltozások vannak. (Lásd 4—10. ábra.)

Az első nyaki gyökér magasságában Kulschitzky-készítményeken az oldalsó pyramis-pályának megfelelő területen mind a két oldalon egyenlő kiterjedésben igen kevés halványabb képet kapunk. Az elülső pyramis-pálya ép. Ezen csekély rostrikulás teljesen egyenletes az egész pálya területén. Ugyanilyen fokban világosabb a hátulsó kötegekben a Goll-féle nyaláb egész terjedelmében. Ezen csekély elváltozás is egyenletes a pálya egész harántmetszetén és két oldalt egyenlő. A fehér állomány ettől eltekintve ép.

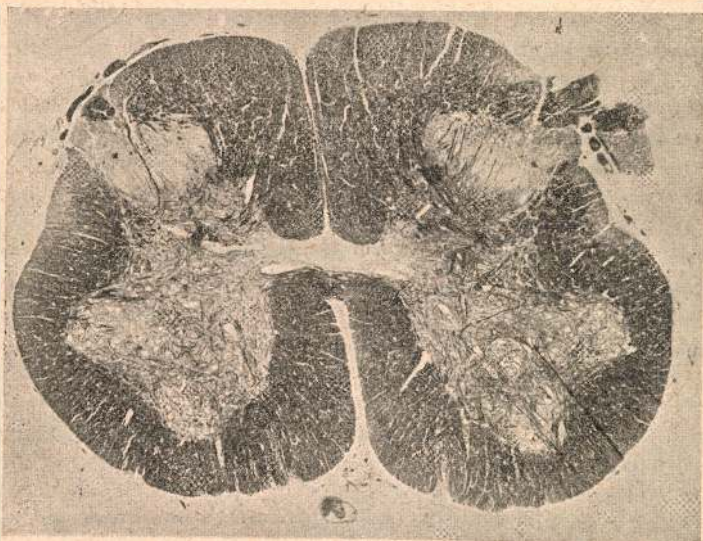
A szürke állomány épnek látszik. Nissl- és van Gieson-készítményeken a sejtek épek.

A nyaki duzzanat középső részében a gerincvelő lapos. A szürke állomány elég jól fejlett, rostozata Kulschitzky-készítményeken épnek látszik. Az oldalsó pyramis-pályákban itt igen kevés elváltozás látszik, kisméretű rostkiesés alakjában, mely a pálya egész harántmetszetén egyenletesen terjedt el és mind a két oldalt egyenlő. Górcső alatt ezen helyen némely rost a rendesnél sokkal vékonyabb. A Goll-féle nyaláb alig valamivel világosabb a többi fehér állománynál, mely ettől eltekintve ép. Az elülső pyramis-

pályák szintén épek. Elülső és hátsó gyökök épek. A Marchi-készítményeken ugyanezen helyek világosabbak, kórosnak tekinthető fekete elszínesedés nincs.



7. ábra.



8. ábra.



9. ábra.

Nissl és van Gieson szerint festett készítményeken az elülső szarvak sejtjei szerkezetiileg épek. Ezek közül a legnagyobbak legnagyobb átmérője Nissl-készítményeken 48μ . A sejtek száma megfogyottnak nem látszik.

A nyaki duzzanat alsó részében az elváltozások kifejezettek. Itt is lapos a gerincvelő, a kötegeket elválasztó barázdák mélyek. A szürke állomány, nevezetesen az elülső szarvak nagysága megfelel a rendszernek, rostozata Kulschitzky-készítményeken ép. Az oldalsó pyramispályák egész terjedelmükben rostszegények, a rostkiesés erősebb, mint a felsőbb metszetekben, egyenletes az egész pálya harántmetszetén és kétoldalt egyenlő. A megmaradt rostok egy része nagyon vékony. Az elülső pyramispályák épek. A Goll-féle nyaláb egészben valamivel világosabb a rendszerénél. Az itt látható kiskokú rostritkulás két oldalt egyenlő, de nem egyenletes a nyaláb harántmetszetén, a mennyiben nem terjed a gerincvelő széléig, a hol egy körülbelül 0.5 mm. területen elég sötét a rostozat. A legvilágosabb rész a Goll-féle köteg közepén a frissura longitudinalis post. közepén található kétoldalt. A rostkiesés a Goll-kötegben sehol sem teljes. A fehér állomány többi része ép. Az elülső és hátsó gyökök épek. Ugyanez a kép mutatkozik a Marchi-féle festéssel is, kórosnak tekinthető fekete festődés nincs.



10. ábra.

Nissl és van Gieson szerint festett metszeteken az elülső szarvak sejtjei szerkezetiileg épek, számuk nem fogyott meg.

A háti velő lapos, Kulschitzky-festésen szürke állományának nagysága és rostozata rendes. Az elülső pyramispálya ép, az oldalsóban jelentékeny rostritkulás van, mely kétoldalt egyenlő, de nem egyenletesen terjedt el a pálya egész harántmetszetén. A mező közepe ugyanis majdnem teljesen fehér, széli részében világosszürke. Góreső alatt a teljesen fehér részben is van néhány rost, a megmaradt rostok közül sok a kis átméretű. A Goll-féle nyaláb közepén alig egy kis világosabb színű rész látszik. A fehér állomány többi része ép. Az elülső és hátsó gyökök egészségesek. Marchi-festéssel ugyanezen viszonyok látszanak, kóros feketére festődés nincs.

Nissl- és van Gieson festéssel az elülső szarvak ganglionsejtjei szerkezetiileg épek, Nissl-készítményeken a legnagyobbak legnagyobb átmérője 43.7μ . Számuk rendszernek látszik.

A 12. háti gyökér magasságában a szürke állomány kiterjedése és rostozata Kulschitzky-készítményeken rendes. Az elülső pyramispálya ép. Az oldalsó pyramispályának megfelelőleg kétoldalt egyenlő mértékben az egész pályára kiterjedő elszínesedés látszik. Ezen terület majdnem egészen fehér. Mikroszkop alatt azonban itt is vannak rostok, melyek részben igen vékonyak, részben rendes vastagságúak. A Goll-kötegben itt már nincs elváltozás. A fehér állomány többi része, az elülső és hátsó gyökök épek. Marchi szerint festett metszeteken ugyanezen viszonyok derülnek ki, kórosnak mondható fekete festődés sehol sincs.

Nissl és van Gieson szerint festett metszeteken az elülső szarvak ganglionsejtjei szerkezetiileg épek, számuk nem látszik csökkentnek.

Az 1. ágyéki gyökér magasságában ugyanilyenek a viszonyok. Az elülső szürke szarvakban a legnagyobb sejtek legnagyobb átmérője Nissl-készítményeken 43.7μ .

A 2. ágyéki gyökér magasságában csak az oldalsó pyramispályákban látszik rostkiesés, mely kétoldalt egyenlően és a pálya egész harántmetszetén egyenletesen terül el. A rostkiesés itt kevésbé teljes, a minék megfelelően a pálya nem teljesen szintelen. A megmaradt rostok közül némelyek igen vékonyak. A szürke állomány, az elülső és hátsó gyökök, valamint a fehér állomány többi része rendes képet ad.

Az elülső szarvak ganglionsejtjei Nissl és van Gieson szerint szerkezetiileg épek. A legnagyobb sejtek legnagyobb átmérője Nissl-készítményeken 69.92μ .

A 3—5. ágyéki gyökér magasságában is kizárólag a pyramispályák elváltozása látható, de itt e terület már kevésbé színtelen, mikroszkop alatt a megmaradt rostok egy része igen vékony.

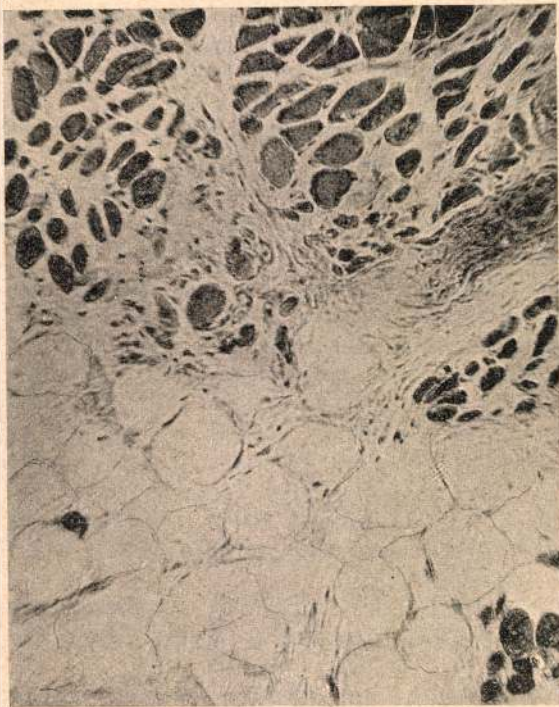
A sacralis gyökök magasságában a pyramispálya helyének megfelelőleg diffus rostkiesés található. A *filum terminale* ép.

A két nerv. tibialis posticus, valamint az alább leírt izmokban található izomközötti idegágak Kulschitzky féle készítményeken épek.

Az izmok vizsgálata. (l. 11—12. ábra.)



11. ábra.



12. ábra.

A két m. gastrocnemius harántmetszetén az izomrostcsoportok egy része zsírszövettel pótolta, a mi van Gieson-festéssel üres szemek alakjában, Marchi-festéssel fekete színezéssel látható. Az egyes rostok harántmetszete egyenetlen, szabálytalan, némelyik sokszögletű, másik összenyomott vagy tojásalakú. A hosszanti metszeten a harántcsíkoltas ép voltáról, határuk élességéről győznek meg. A rostok szélessége csekély és különböző, a mennyiben a bal oldalon az egyes rostok szélessége 21·9, 17·5, 13·1, 6·6 μ , a jobb oldalon 22, 17·1, 13·1, 6·5 μ között változik. Vacuolák

az izmokban nincsenek. Az izommagvak megszorodottak, szabálytalan, sokszor pálcika alakúak, melyek egymás mellett hosszú sort képeznek.

A jobb m. pectoralis major aránylag kevésbé bántalmazott, benne zsírral pótolta helyek nincsenek, az egyes rostok harántmetszete szabálytalan, sokszögű. A hosszanti metszeten az izomrostok kerülete éles, a harántcsíkoltat jól megtartott. A rostok szélessége 50·6, 35, 30·6, 26 μ között ingadozik. Vacuolák nincsenek. Az izommagvak száma sem feltűnően eltérő a rendestől, egyedül állanak, szabályos alakúak.

Összefoglalva a kórtörténetet, egy család öt tagján ugyanazon tünetek fejlődtek: nystagmus, a felső test, felső végtagok és fej reszketése, vontatott beszéd, atrophiák és rövidülések az izmokban, fokozott reflexek, oldalt görbült gerincoszlop. A legidősebb testvér boncoláslelete a következő: Széles, lapos gerincvelő mély elválasztó barázdákkal, kis terjedelmű szürke állomány. Az oldalsó pyramispálya mindkét oldalt hiányos, a rostkiesés annak végén legerősebb, felfelé kevesbedik, az 1. nyaki gyökér magasságában végződik. A Goll-köteg kis mértékben elváltozott, leginkább a háti rész közepén. Ez elváltozás fel és le fogy, fel az 1. nyaki, le az alsó háti gyökök magasságáig terjed. Az elülső szarvak mozgató sejtjeinek méretei összehasonlításra alkalmas eset hiján nem ítélték meg. A középponti idegrendszer egyébként ép. A környéki idegek épek. A két gastrocnemius-izom részben zsírosan elfajult, rostjainak szélessége egyenetlen és lényegesen kisebbedett. A rostok átmérete a közölt esetben 22—6·5 μ között ingadozott. Hauck¹ szerint ezen izom rostjai Müller-féle folyadékban keményítve, 40 éves férfin 61·3 μ szélesek. Schwalbe és Mayeda² 40° C. hőmérsékben 24 órai salétromsavas kezelés után izolált izomrostokat vizsgált, de sublimátot és salicylsavat is használt e célra. E szerzők szerint a felnőtt férfi gastrocnemius-izom rostjainak átlaga 57·5 μ , egy izomban 22·8 és 102·6 μ a szélesség szélső határa. Ugyanezen szerzők vizsgálatai szerint a felnőtt férfi pectoralis major izmában a legkeskenyebb rost 22·8 μ , a legszélesebb 87·4, az átlag 48·9 μ -nak felel meg. A mi esetünkben az ezen izomra vonatkozó számok 26 és 50·6 μ közt ingadoznak, tehát a normalis mérték alsó határán vannak.

A pyramispálya elfajulásában érdekes, hogy az csak az oldalsó pyramispályára szorítkozik, míg az elülső ép maradt, mint az sok hasonló esetben észlelés tárgya volt. A pyramispálya eredetét adó agykérgi mozgatósejtek ép volta és az a körülmény, hogy csak a pálya distális vége fajult el, míg az eredetéhez közel álló rostrész ép, mutatja, hogy nem másodlagos degenerációval, hanem elsődleges elfajulással van dolgunk. Jól illik ezen esetre Strümpell¹ hasonlata, mely szerint a rosszul táplált fának leggyengébb és a tápláló gyökértől legmesszebb fekvő ága hal el.

Az oldalsó pyramispálya-degenerációt összehasonlítva myelitises és hemiplegiás degenerációkkal, azt látjuk, hogy esetünkben, még a hol az legkifejettebb is, kisebb kiterjedésű, mint amazokéban. A pyramispálya degenerált részében egyes ép rostok mindenütt vannak. Lehet, hogy itt nem valamennyi pyramisrost pusztult el, de lehetséges az is, hogy az épen maradt rostok azok, a melyeket Bouchard, Marie és Bechterew is említenek és a melyek ez utóbbi szerző szerint külön is fejlődnek, és bár a pyramispályába vannak keverve, működésük tekintetében nem oda tartoznak. Figyelemre méltó, hogy ezen épen maradt rostok száma nagyobb az ágyéki, mint a háti részben.

Tekintettel arra, hogy betegünk arcizmiai nehezkésen mozgott és nyelve is csak korlátoltan volt mozgatható, keresnünk kellett, hogy az agyidegekhez vezető középponti pályákban van-e elváltozás.

A capsula interna része, a fasciculus geniculatus hordja ezeket magában, a pes pedunculi megfelelő része valószínűleg ennek legbelső rostcsoportja, egyes szerzők szerint azonban annak második medialis ötéde. Bechterew azt hiszi, hogy a lemniscus medialis accessorius is tartalmaz mozgató rostokat, melyek a

¹ Hauck: Untersuchungen zur normalen und pathologischen Histologie der quergestreiften Musculatur. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1900. 17. köt., 57. lap.

² Schwalbe és Mayeda: Zeitschrift f. Biologie. 1890. Uj sorozat. 9. köt., 482. lap.

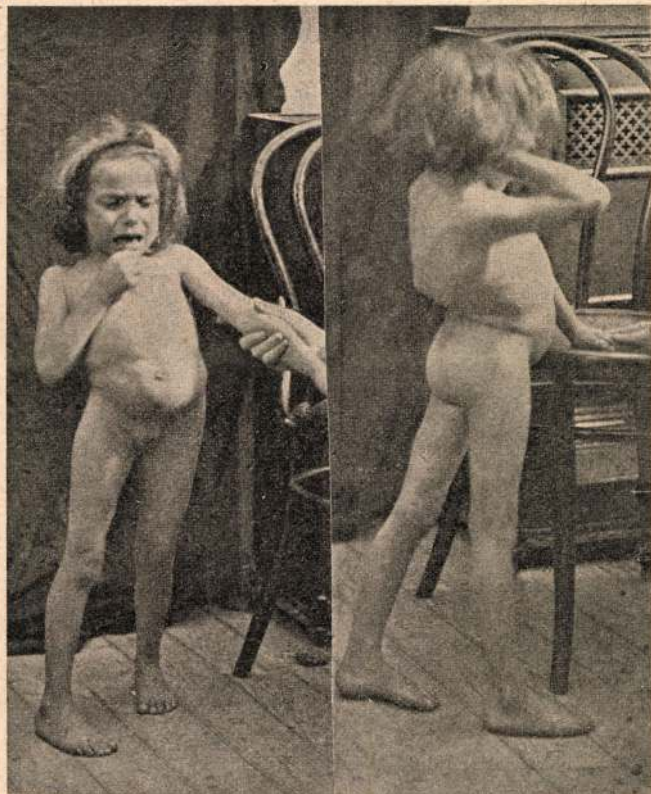
fejidegmagvakhoz visznek. Esetünkben mindezen képletek épek voltak.

A Goll-féle köteg csekély elváltozása teljesen ép hátulsó gyökerek mellett a pyramis-pályák elváltozásához hasonló nucleodistális, tehát nem másodlagos, hanem elsődleges degeneratio. Kiemelem, hogy esetünkben ezen elváltozással kapcsolatba hozható tünet nem volt.

II. észlelet (R. család). *Friedreich-féle ataxiához közelálló kórkép izomdystrophiával szövődve.* (Kiegészítés Jendrassik III. közleményének XV. észleletéhez.)

Ezen családban az atyai nagytya feleségének unokatestvére volt, és a gyermekek atyai és anyai nagyanyái is testvérek voltak. A gyermekek két nagybátyja 8—12 éves korban kezdtek rosszul járni és 26—34 éves korban haltak meg. A régebbi vizsgálatkor csak két nővér volt beteg (R. Julis és Eszti). Ezek betegsége azóta előrehaladt és azóta az akkor még egészséges kisebb nővér (Margit) is megbetegedett.

A még le nem irt leány (l. 13. ábra) 1905. október 5.-én jelentkezett a klinikán, rendes időben született és rendes időben tanult járni, szülése nem volt nehéz. 3½ éves korában kezdte befelé tartani a lábát, ugyanakkor vették észre, hogy járása romlik, háta görbül és fájdalmas. A tünetek azóta fokozatosan rosszabbodtak.



13. ábra.

A leány korához képest jól fejlett, értelmes, a mellkasi és hasi szervek épek. A szemtekék kifelé egyik irányban sem mozognak. Nystagmus nincs. A pupillák jól reagálnak, a látás teljes.

A gerincoszlop erősen elgörbült, egészben kyphosisban van, a mely az egész gerincoszlopra kiterjed, e mellett a 8. háti csigolya gibbus alakjában kiemelkedik, itt a gerincoszlop szögletben megtörik. A gibbus fájdalmas, valószínűleg spondylitis következménye.

A nyelés, rágás, nyelvmozgás jó, a nyakizmok nem rosszak. A vállak magasan állanak, nehezen mozognak. A felső végtagok ereje elég jó, csak a bal kéz látszik ügyetlennek. Ezen kéz fogáskor tabeszes ataxiához hasonló módon idő előtt nyílik és hirtelen kapja meg az eléje adott tárgyat. A felső végtagok tápláltsága is megfelel a kornak. A törzs izmai közül a m. latissimus dorsi

¹ *Strümpell*: Die primäre Seitenstrangklerose (spastische Spinalparalyse). Zeitschrift f. Nervenheilk. 1904. 27. k. 304. l.

gyenge, a többiek, a mennyire ez megítélhető, elég jók. A pectoralis izmok erősek.

Az alsó végtagok vékonyak, nem feltűnően gyengék. A láb Friedreich-alakú. A járás igen nehéz, a beteg merev térddel jár, erős oldalingadozásokat végez medencéjével, lába befelé áll. Járáskor hátát fájlalja.

A patella, Achilles és triceps brachii inreflexe nem váltható ki. Lábelonus nincs. A talpreflex hajlító. Hasreflexek kiválthatók, érzészavar nincs. Az érzékszervek épek.

(Folytatása következik.)

Közlés az új szt. János-kórház sebészeti osztályáról. (Igazgató: Ludvik Endre dr.)

Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával.

Irta: *Manninger Vilmos dr.*

(Vége.)

A bőr és bőralatti kötőszövet fertőzései.

Furunculus. Nagy számban kezeltünk furunculust a hyperaemiás eljárással (36 eset). Előfordultak minden stadiumai e bántalomnak. A legfrissebb eseteket kollegákon észleltük, a kik közül — a mint hire ment, hogy metszés nélkül lehet furunculust kezelni — rögtön egész sor jelentkezett e kezelés igénybevételére.

Három esetet fiatal, egészséges egyénen észleltünk. Mindhárom a typosus tarkófurunculus kezdeti stadiuma volt jelen. Mind a három esetben 2 napon át 3—5 percnyi szívásra a furunculus genyedés, elhalás nélkül teljesen visszafejlődött.

Egy esetben több év óta fennálló diabetes mellett kezeltünk furunculost. Egy-egy furunculus (már elgenyedt, a bőrön sárga elhalással jelentkező kelésről volt szó) ült a hónaljokban. Vékony szállaesiptetővel levéve az elhalt bőrdarabkát, 4—5-szöri szívásra teljesen kiürült a kelés tartalma. Másnapra mindkét furunculus teljesen begyógyult. Ugyane kollegán kezeltünk szívással egy ötkoronányi és egy koronányi kiterjedésű carbunculust. Mindkettő 11-ed napra teljesen begyógyult.

Még egy esetet (F. S.) említek fel külön. Néhány év előtt furunculosison ment át. Akkor fővárosunk leghiresebb sebészeinek egyike kezelte. Egy-egy furunculus gyógyítása átlagban 3—4 hetet vett igénybe. Most újabb furunculusa támadt a baloldali fejbicezentő hátsó szélén. A furunculus körül ötkoronányi beszűrődött udvar; a tarkói és az áll alatti mirigyek erősen duzzadtak, fájdalmasak.

Shívás 3 × 5 percig; másnap 3 × 5 percig és délután 2 × 5 percig. Harmadnapra az elhalt dugasz teljesen eltávolítható. Négy nap mulva teljes gyógyulás.

Ezeket az eseteket külön említettem, mert mind oly beteg folyt le, a kik ismerték saját tapasztalatukból a régi furunculus-kezelést és annak eredményeit, e mellett pontosan meg is figyelhették magukat. Ők — valamint a többi furunculosisos betegünk is — egyhangúan constataáltak, hogy már az első szívás után csökkentek vagy meg is szűntek a fájdalmak. Bemetszés az összes esetekben feleslegessé vált. Csak arra kell ügyelnünk, hogy az elhalt dugasz eltávolítását ne erőltessük. Meg kell várunk, míg a természetes gyuladást az elhalt bőrrészletet leválasztotta. A korai ráncigálással csak hiábavaló és felesleges fájdalmakat okozunk. Az elhalt dugasz átlagban 2 napig végzett 3—4 × 5 percnyi szívásra vált le. A szívások közt levő időben a furunculus könyékét bőrvaselinnal kentük be, a furunculusra száraz gazet és 2%-os alsollall nedvesített vattát tettünk.

Carbunculus. Hét esetet kezeltünk minden bemetszés nélkül. (2 carbunculust diabeteses betegen már a furunculosis között említettem). Ezek között ült: 3 a tarkón, 2 az arczon (felső ajak), 1 a farpofán, 1 a hátán. Mind a hét eset simán folyt le, minden complicatio nélkül és gyorsabban gyógyult, mint az eddigi kezelés mellett. Csak egyet említek külön, mert illusztrálja, hogy mily kiterjedésű carbunculosisok gyógyulhatnak simán ezzel az eljárással.

K. J., napszámos, felvétetett 1905. augusztus 20. Óriási kiterjedésű carbunculus a hátán. Átmérője 17 × 13 cm. Alapjáról körülbelül 3—4 cm.-rel kiemelkedik. Temp. 40°6'.

Szívás naponként délelőtt és délután 3×5 percig. Bő, czafatokkal kevert geny ürül. A hőmérséklet napról napra körülbelül $1/2$ fokkal esik. Augusztus 27.-étől fogva teljesen láztalan.

Szeptember 3.-án az egész tenyérnyi hely lelapadt, a szita-szerűen áttört bőr a sarjakat kezdi elfedni. Néhány nap múlva teljesen begyógyul.

Ha meggondoljuk, hogy egy közép nagyságú carbunculus gyógyulása az eddigi — legradikálisabb kezelés mellett is — általában 3—4 hetet vett igénybe, feltűnő, hogy a hyperaemiával gyógyított esetek gyógyulási tartama mily rövid. Átlagban a gyógyulás (teljes behámosodásig) 8—17 napig tartott. Ennek okát abban kell keresnünk, hogy 1. a helyesen alkalmazott hyperaemizálás a carbunculus terjedését rögtön megakasztja, 2. az elhalt szövetek ellökődését gyorsítja, 3. a regeneratióra kevesebb munkát ró. Az elhalt szövetrészeket maga a gyorsan burjánzó sarjszövet löki ki maga előtt. A mint az utolsó elhalt darab ellökődik, az egész anyaghiányt a bőr színvonaláig már ki is töltötték a sarjak. Néhány napi kenőcsös kötással az apró, lyukasztó vas ütötte nyílásokhoz hasonló bőrhiányok kipótlódnak.

Félreértések elkerülése végett hangsúlyozom, hogy a felhozott példák és észlelések igen kis számúak arra, hogy véglegesen szakítsunk a carbunculus eddigi kezelésmódjával. Annyi azonban bizonyos, hogy a kezdet nagyon biztató és hogy nagy haladásnak látszik ez az eljárás az eddigi kezelésmódhoz képest.

Abscessus. A bőralatti és mélyebb tályogok hyperaemiás kezelése nagyon megrövidíti a gyógyulás tartamát. Igen nagy számú idevágó esetet kezeltünk. Az apróbbakról feljegyzéseink hiányosak, úgy hogy az esetek pontos számát nem is tudom megadni. De nem is a számok a fontosak. Az esetek annyira meggyező lefolyást mutattak, hogy egy-két különösen jellemző példa tiszta képet nyújt.

B. J., raktári munkás, 36 éves, felvételét május 29.-én. Óriási tályog a jobb czombon, mely két hét óta fejlődik. A fluctuatio a czomb külső bütykétől a nagy tompor alatt körülbelül 4 harántujjig terjed. A has bal oldalán fájdalmak. Temp. 38.4 . Aetherbódulatban 8 cm. hosszú metszés a tensor fasciae hátsó szélén. Körülbelül $1 1/2$ liter geny ürül, melyben sok az elhalt czafat és fibrin. Staphylococcus A czomb tövén gyenge szorítással alkalmazzuk a lefűző pólyát. A sebet nem drainezzük. Másnapra (24 óra után) kötésnél a sebből alig zavaros savót nyomhatunk ki. A fájdalmak szűntek. Temp. 37.8° . Harmadnapra láztalan. A tályog 3 nap alatt teljesen eltűnt. (A has bal oldalán levő fájdalmakat léptályog okozta, melynek kiürítése után a beteg gyógyultan távozott.)

T. J., 30 éves, kocsitoló. Felvételét május 12.-én. Fractura aperta humeri. Nyílt kezelés. Junius 24. ig láztalan; a darabos törés már összeforrt. Ekkor rázóhideggel a hőmérsék felszökik 40.3° -ra. A már hegesedő seb alsó részében a sarjak oedemásak; a felkar alsó fele és az egész alkar duzzadt, oedemás. Az alsó sebzugból sűrű, zöldes geny nyomható ki. Duzzasztó pólya a felkar tövén. A duzzanat és pirosság növekszik. A fájdalmak szűntek és a temperatura másnapra 37.4° . A sebvaladék tisztán savós. Harmadnapra teljesen megszűnt.

P. B., 20 éves, gyári munkás, felvételét június 17.-én. Négy nap óta fennálló végbéltályog. Aethylehloriddal 1 cm.-nyi bemetszés. Szívás 4×5 percig, száraz kötés, drain és sebkérő nélkül. Junius 18.-án nincs geny, szívásra véres savó ürül. Junius 22.-én a kis sebnylás teljesen beforrt.

(Négy analog esetben hasonló lefolyás; sphincterotomia nélkül, kis bemetszésre és szívásra a genyedés 1—2 nap alatt megszűnt; 3—5 nap alatt teljes gyógyulás drainezés nélkül.)

Kiválóan fontosnak tartom az appendicularis eredetű tályogok kezelésénél elért eredményeinket. Négy hasonló észlelésünk van. Mind a négy esetben egyszerű tályognyitást végeztünk. 2×24 órára az első sebkérőt (tampont) nyugton hagytuk. Majd a tampon eltávolítása után a nagy szívóharanggal (melyet mastitis számára készítették), 3×5 -ig percig szívattuk az egész infiltrált környéket. Mind a négy esetben néhány nap alatt teljesen megszűnt a genyedés (3—7 nap).

Hasonlóan jók az eredmények mély nyaki genyedéseknél. A nidus submaxillarisban ülő tályog megnyitása után néhány napi

szívattal 5 esetben a genyedés megszűnt. A végtagon, a hol a pólyával való duzzasztás keresztülvihető, még gyorsabbak és meglepőbbek az eredmények, jelétül annak, hogy nem a geny kiszivattyúzása, hanem a hyperaemia létesítése a fődolog. Ennek hangsúlyozását fontosnak tartom, mert egy igen kiváló sebészünk az eljárás egyetlen hasznát éppen a geny kiszívásában látja.

Hogy nem a genyszívás a legfontosabb tényező, ezt oly esetekben látjuk, a hol bemetszések nélkül sikerül eddigi ismereteink szerint biztosan genyedésnek induló fertőzést megállítanunk. Egy kitűnő példát a tendovaginalis phlegmonék között fogok említeni. Igen jó példa ugyanezre *mastitisnél* szerzett két észlelésünk. Hét esetet kezeltünk. Ezek közül két friss esetben, melyeknél az infiltratum nagysága, a rendkívüli fájdalmasság, a bőrvörösödés és a hónalji mirigyek beszűrődése súlyos infectiora engedett következtetni, 2 illetőleg 3 napig folytatott fél óras enyhé duzzasztásra az összes gyuladós tünetek visszafeljöttek. A többi négy esetben kis incisiókkal a genynek utat nyitottunk; mind a négy betegnél az emlőgyuladás néhány nap alatt (2—6) teljesen meggyógyult. Megjegyzem, hogy ezek között csak egy igazán súlyosnak látszó eset volt, mely azonban öt nap alatt teljesen gyógyult. Klapp figyelmeztet arra, hogy a szoptatásak mastitisénél a duzzasztás után a tejet jó kis tejszívével le-szívni.

Az összes tályogkezeléseknél a drainezést elhagytuk. Hogy a seb másnapig össze ne tapadhasson, a bőrszélek közé kifűzött, vékony staniollemezket vezetünk be. Ez fájdalmat nem okoz és a sebet hiába nem izgatja. A sebre száraz steril gazet és alsolos vattát teszünk, de guttapercha, billrothbatist vagy más vízhatlan szövet nélkül. Ugy tapasztaltuk, hogy a kötésnek ez a faja szívja leegyenletesebben (jobban, mint a száraz vatta vagy a pára-kötés) a sebvaladékot. A nedves vatta fölé tehetünk egész apró vízhatlan szövetet, mely azonban a nedves vatta széléig ne érjen. Ez a kötés a Lister-féle kötésnek felel meg. Szívóhatása kétségtelen.

Osteomyelitis acuta.

Két staphylococcus, egy typhusbacillus okozta osteomyelitist kezelünk jelenleg duzzasztással. Egyszerű tályognyitás után duzzasztó pólyával idézzük elő a vérbőséget. Mind a három eset 1—2 nap alatt láztalanná vált. Végleges eredményről azonban még nem szólhatunk. Bier tapasztalatai ez irányban igen biztatók.

Tendovaginalis, terjedő phlegmonék. 14 eset.

A terjedő phlegmone és tendovaginitis képezi a Bier-féle eljárás próbakövét. Ha az eljárás e téren nem is mutathat fel oly frappans eredményeket, mint a fentemlített megbetegedéseknél, ezt a terjedő phlegmonék kiszámíthatatlan, súlyos természetében kell keresnünk. Ha ennek ellenére azt állítom, hogy egy betegedés sem győzött meg annyira a hyperaemia gyógyító hatásáról, mint éppen a terjedő phlegmonék kezelése, teszem ezt azért, mert több száz esetben észleltem a régi kezelés eredményeit, a melyekhez képest a mostaniak ideálisaknak mondhatók.

Mind a 14 esetben sikerült a phlegmone terjedését megakasztanunk. A 14 közül 3 esetben következtet be inelhalás, minek következtében egy-egy ujj enucleatioját kellett végeznünk. A kezelés legfontosabb pontja a tályogképződés kimutatása és a tályog megnyitása. Ez, tekintettel a duzzasztásra beálló nagy oedemára, nem mindig könnyű feladat. Az egész végtag naponkénti szorgos megvizsgálása, hullámmásra való állandó vizsgálat az egyetlen eljárás, melylyel súlyos mulasztásokat kerülnünk. Ha a tályogot ki tudtuk mutatni, kis incisióval tartalmát kiürítjük. Ép így 1—3 kisebb bemetszéssel megnyitjuk a fertőzött inelüvelyt is. A nagy bemetszések Bier szerint azért károsak, mert az in kiszáradására, táplálkozásának esökkenésére vezetnek. A kis incisióktól kárt nem láttunk, egy in elhalását pedig valószínűleg elkerülhettük volna, ha nem tárjuk fel kissé túlságosan hosszú metszéssel az inelüvelyt.

Egyetlen egy esetben kétséges, hogy a duzzasztással nem okoztunk e kárt. A legsúlyosabb phlegmonék egyike volt ezen eset, melyben az infectiót követő nap a duzzanat és a gyuladós infiltratio egész a felkar felső harmadáig terjedt, s az általános fertőzés ijesztő képet mutatott: 40° ot meghaladó állandóan magas láz, collapsus, deliriumok voltak jelen. A duzzasztó pólya alkalmá-

zása után az általános tünetek javultak. A mint a pólyát levettük, a hőmérsék rázóhideg kíséretében rögtön felszökött. A felkar duzzanata ijesztő mértéket öltött. Több incisiót végeztünk, de serczegő, oedemás szöveteken kívül semmit nem találtunk. Negyednapra a kéz és az alkar duzzanata eltűnt; a bőr és a felületes fascia helyenként elhalt, alóla levegővel kevert büzös geny óriási mennyiségben ömlött. Hasonló bőr- és fasciahalások támadtak a felkaron, melyen végül az egész izomzat, mint egy anatómias készítményen, szabadon feküdt. Az izomzat elhalásnak semmi nyoma sem látszott. Kérdéses, vajjon e nagyfokú bőrelhalást nem a duzzasztás napokig tartó alkalmazása siettette-e? Kétségtelen, hogy a fertőzés rendkívül súlyos volt (gázphlegmone), hogy a beteg életben maradt és hogy végtagjának semmi lényeges alkotórésze elhalást nem szenvedett. A kar és az ujjak mozgékonyasága szabad, az elhalt bőrt pedig bőrátültetéssel könnyű pótolni.

A többi esetben semmiféle káros befolyást nem láttunk, a friss esetekben pedig határozottan kiválóak voltak eredményeink. A legszembeötlőbb a functio gyors és tökéletes helyreállása. Ennek elérésére fontos, hogy a megbetegedett inak mozgását korán kezdjük. Ha 2—3 napig folytatott duzzasztás után az inahüvelyből kinyomható váladék genyes színűt veszíti, savóssá válik, a láb teljesen megszűnt vagy tünőfélben van, megkezdjük az ujjak óvatos passiv mozgását. A mozgás fokát a fájdalomérzés szabja meg. Fájdalmakat okoznunk nem szabad. Negyed-ötödnapról fogva naponként meleg lysoformos kézfürdöket rendelünk, melyben a beteg ujjait, csuklóját mozgatja. Ily eljárással a váladék teljes elapadásával a teljes gyógyulás is csakhamar beáll. A gyógyulás időtartama az osztályon kezelt súlyosabb esetekben (a három inelhalással járó betegől eltekintve, kiknél enucleatiót végeztünk később) 9—11 nap között ingadozott.

Arthritis purulenta. Genyes ízületi gyuladással két beteget kezeltünk a Bier-féle eljárással. Igazat kell adnunk Biernek, a ki az e téren elérhető eredményeket mondja a legfényesebbeknek. Az egyik eset térdizületi genyedésre vonatkozik. Két kis incisióval megnyitva a genyes izületet, a genynek utat nyitottunk. Ötödnapra a váladék savóssá vált, tizenkettednapra majdnem teljesen elapadt. A fájdalmak a duzzasztás első napjától kezdve lényegesen apadtak, majd az első hét végén teljesen megszűntek, úgy hogy az izület mozgását megkezdhetjük. A második hét végén activ hajlítás 145°-ig lehetséges volt. Az 5. és 7. napon a hőmérsék 38°-ra szökött fel. Ettől eltekintve az egész lefolyás láztalan. A kezdetes hőmérsék 38°70' volt.

A második hyperaemiával kezelt ízületi genyedés metszés utáni fertőzésből keletkezett. A bal kéz kisujján a II. ujjperc izületébe hatoló harántseb. Az izületből az ujj behajlításakor geny ürül, ép így az inahüvelyből is. A gyuladás az ujj tövéig terjed. Hőmérsék 38°90'. Mozgás rendkívül fájdalmas. 2 × 12 óráig duzzasztás. Már másnapra megszűnt a fájdalom; passiv mozgás nem fájdalmas. Ettől fogva naponként 10 óráig duzzasztunk. Activ mozgás harmadnapról kezdve. Hetednapra teljesen gyógyult, jó functioval.

Anthrax. Lépfenés pokolvarral jelentkező két betegnél alkalmaztuk kitérő sikerrel a duzzasztást.

A egyik eset igen könnyű fertőzésnek bizonyult. Róla csak néhány szót. T. Zs., 30 éves, tanító neje felvételét augusztus 22.-én. A jobb kéz mutatóujján húszfillérszerű pokolvar. Bakteriologice anthrax. Lymphagitis, vérzések a nyirokereken mentén, a felkar közepéig. Bier-féle duzzasztás. 24 óra múlva a duzzanat megszűnik, a beteg láztalan válik. 3 × 20 óra múlva (20 óras duzzasztás naponként) a var teljesen beszáradt.

A második eset súlyos anthraxfertőzés. T. J., 40 éves, uradalmi császár, felvételét június 27.-én. Lépfenés borjú bonczolásakor fertőzte kezét. A bal kéz középujján és a csukló singi oldalán egy-egy koronányi, deszkakemény alapú pustula. Mikroszkopice anthrax. A pustula tetejét fedő felhólyagzott bőrt levágjuk. Száraz kötés. A karon a hónaljig óriási oedema, mirigyek duzzanata a könyökben és hónaljban. Véres beszűrődés a könyök táján. Hőmérsék 39°8'. Duzzasztás alatt a fekvő pólya daczúra a kar lappad. A láb tűnik. Harmadnapról kezdve teljesen láztalan. A kézre semmiféle desiniciens nem került. Julius 4.-én teljesen gyógyult.

Két súlyos, halálos fertőzésről kell még beszámolnom, melyeknél a duzzasztás célhoz nem vezetett. Az egyik a vena saphena egész rendszerét átjáró genyes thrombophlebitist, a másik egy diabeteses gangraena mellett keletkezett lábszárphlegmonet illet. A végtag feláldozása sem tudta a fertőzés útját megállítani. Mindkét esetben az egész testen elszórva genyes thrombusokat, a tüdőben emboliát mutatott a bonczolat. A duzzasztással nem kísérleteztünk, csak 24, illetőleg 2 × 24 óráig. Minthogy semmi reakciót nem láttunk, rögtön a legradikálisabb eszközöz folyamoztunk, ehhez is hiába. Ez a két eset is Biernek ad igazat: a hyperaemiás kezelés sikere attól függ, „milyen vért bocsáthat a beteg rendelkezésünkre“.

* * *

Talán nagyon is részletezve irtam le a hyperaemiás kezelés eredményeit az acut fertőzések leküzdésénél, és mégis csak vázlatosan. Sok apró észlelést, mely az esetek sokaságának megfigyelésénél feltűnt, el kellett hagynom, hogy nagyon is el ne mossam a kezelés menetének nagy vonásait. Ez apró megfigyelésekre, apró fogásokra mindenki néhány heti gyakorlat után rájön magától, feleslegesnek tartom ezért az aprózást.

Ha epikritice végignézek az esetek során, be kell vallanom, hogy orvosi pályám legmeglepőbb mozzanatát látom a vérbőséggel való kezelésben. Kétkedve, bizonyos gyanuval fogtam a kísérletekhez Bier tartózkodó első közlései, az a nemtörődöm-ség, melylyel e nagyfontosságú felfedezést a congressuson bemutatta, nagyon lehűtötték azt a felcsillanó érdeklődést, melylyel a Münch. med. Wochenschrift cikkének olvasása után e bemutatást vártam. Saját tapasztalataink messze túlhaladták azt a várakozást, melylyel a kísérletekhez fogtunk.

A részletkérdéseket illetőleg még sok a tennivaló. A legfontosabb kérdés az, milyen mértékben szabad a geny kibocsátására való metszések nagyságával takarékoskodnunk, nem ajánlatos-e kis, korai bemetszéssel az elhalásnak induló góczot felkeresni, hogy az összes hulladék korán találja meg útját kifelé stb.

A fertőzés okozta halált nem fogja ez eljárás a világból eltörölni, ép oly kevéssé teszi feleslegessé a gyógyulásra már képtelen tagnak eltávolítását. Annyi azonban már mai tapasztalataink után is bizonyos, hogy tenger kintől és fájdalomtól kiméli meg a betegeket, hogy sok tagot, mely eddigi kezelésünk után merevedéssel gyógyult volna, használatra alkalmassá tesz, hogy a nagy sebészeti beavatkozások (eskonkolások, eskonkítások) számát lényegesen megapaszítja.

Tárca.

A történelmi igazság a Czermak-Türek-féle úgynevezett prioritási harcban.

(Vége.)

Csak a miután Czermak 1859 január 8.-án újra közlést tesz egy cikket a Wiener medicinische Wochenschrift-ben, melyben a jobb valódi hangszalagon ülő polyp diagnózisát közli egy állítólag ideges rekedtség miatt orvosolt férfinál, majd pedig „Adalék a gögvizsgálathoz“ ezímen 1859 február 20.-án az Orvosi Hetilap-ban magyarul is közlést tesz tapasztalatait, csak ezután jó Türek újra, egy második közleményével. Czermak által történt inspirálása, a feltámadt vagy régebből még ébren tartott féltékenység hatása félreismerhetlenek kezdenek lenni Türek-ben, javára váiván a laryngoskopia tudományának.

Az elmondottakból világos, hogy a gégetükör jelentőségének felismerését Czermak-nak köszöni a világ, néki azt is, hogy széles körökben adta meg az impulsust annak legmesszebb menő értékesítéséhez s ez az impulsus elragadta Türek-öt is.

Türek azonban, a hol tehetett, ütött egyet Czermak-on; megragadott minden alkalmat, hogy Czermak 1858 április 14.-én kiállított írására hivatkozva, a maga „prioritását“ reklamálja. Nem akarok e helyütt végigmenni az összes ezikkeken, azok összes polemikus részletein, nem is akarom szemenszedni Türek összes támadásait. Csupán egy támadásával kell röviden foglalkoznunk, mert megint csak kiderül belőle, ki értett hozzá kettőjük közül, hogy a gégetükör használatba vétetésében az első, tehát kezdeményező lépéseket megtegye.

1859 augusztus 6-án jelent meg Czermak első kimerítő közleménye az orrgaratüreg és orrüreg tükrözéséről.¹ Újabb tanúsága volt e czikk Czermak reményei igazoltságának, újabb bizonyosság a mellett, hogy Czermak mily behatóan foglalkozott kis tükreivel, melyeknek minél kiterjedtebb használatát szinte szíven viselte. Módszerét ezen a terén elnevezte „rhinoskopiá-“nak s az említett czikkkel e tudományának is megalapítója lett. Hogy Türecz miként vélekedett a Czermak által ajánlott orrgaratüregtükrözésről, ezt félremagyarázhatlan szavakban ki is fejezte az Allgemeine Wiener medizinische Zeitung 1859. évi 26. számában (196. lap). Czermak módszerét teljesen kivihetetlennek („absolut unausführbar“), sőt anatómiai okoknál fogva (!) épséggel észszerűtlennek („völlig widersinnig“) nevezte. Sapientia sat.

Türecz-nek ez az ítélete legjobban bizonyítja az ő elfogultságát, sőt tendenciosusságát Czermak-kal s meddő álláspontját a gégetükrök alkalmazhatóságával szemben. Szerencsére kritikája nem állotta útját annak, hogy a Czermak-tól nyert új impulsus további rhinoskopikus kutatásokra ne serkentsen nyomban számos jeles orvost. A külföldön Semeleder, Voltolini, Lewin, Gerhardt, Störk stb. cikkei gyors egymásutánban láttak napvilágot. Hazánkban legelőször Balassa, Bókai és Hirschler karolták fel Czermak módszereit, Markusovszky pedig feltalálta a rhinoskopia anteriort, Niedermann meg az elmeorvostani diagnostikában kezdte értékesíteni a gégetükröt. Türecz sujtó véleménye dacára szemlátomást fejlődött Czermak eszméje, fejlesztette később (1860) két közleményével — maga Türecz, ki mint eddig, úgy ezúttal is, mindig megjött, de mindig elkésve.

Hogy mennyire szíven hordta Czermak a gégetükrök sorsát, hogy mily erős volt a törekvése, hogy annak gyors elismertetését és meghonosítását kivívja, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy Czermak nemcsak irodalmilag működött e téren, hanem hogy személyesen is igyekezett híveket szerezni a gégetükröknek és használatának. Ezért — épen Pestről kiindulól — 1859 őszén Lipcsébe, Berlinbe és Boroszlóba, 1860-ban pedig Párisba és Londonba utazott ki, mindenütt a tudomány legkiválóbbjai előtt demonstrálván az eszközt. Mily sikerrel tette ezt, eléggé mutatja az a nagy szakirodalom, mely Czermak léptei nyomán Német-, Francia- és Angolországban, s nem kevésbé hazánkban is, fakadt. Türecz megint elkészt; egy évvel Czermak után szintén Párisban járt; a féltékenység hajtotta oda. Megint a prioritását reklamáta és pedig a francia akademiánál, mely a Monthyon díj felét neki, másik felét Czermak-nak ki is adta, de Türecz prioritási igényének tárgyalása elől kitért.²

* * *

Előadásom címének megfelelni óhajtván, e helyütt csak az úgynevezett prioritási kérdésre és csak arra, a mi azzal összefüggésben van, terjeszkedtem ki. Hogy félre ne értessem, ki kell emelnem a mindenütt jól ismert tényt, hogy Türecz maradandó és hervadhatlan érdemeket szerzett magának a laryngologia fejlesztése körül. A klinikai laryngologia csak nagyon keveseknek köszön annyit, mint neki. De a laryngológiának vizsgálati módszere a laryngoskopia — s épen erről volt most szó — Czermak-nak köszöni kezdeményeztetését, megalapítását. Czermak tette meg a gégetükröt a tudományos világ közkinésévé. A mit Türecz a laryngoskopia körül tett, ahhoz ő is ép úgy Czermaktól nyerte az első impulsusokat, miként számos más. Féltékenységű harez volt, melyet Czermak ellen folytatott „prioritási igény“ címén. Legyen szabad immár az elmondottakat pontokba foglalva recapitulálnom.

1. Türecz korábban használta a gégetükröt, mint Czermak. Türecz azonban az előtte is már sokak által (Bozzini, Liston, Avery, Garcia stb. stb.) használt eszközt méltánytalanul a saját monopoliumának tekintette, s nem a tudomány közkinésének. A gégetükrök korábbi használatba vétele az egyedüli pont, a melyben Türecz Czermak-kal szemben prioritását követelhetné volna, ha

¹ „Über die Inspection des Cavum pharyngonasale u. der Nasenhöhlen vermittelst kleiner Spiegel.“ (Wiener medizinische Wochenschrift, 1859. 32. szám.)

² „La Commission n'a pas voulu entrer dans les discussions de priorité soulevées par MM. Türecz et Czermak.“ (Académie des sciences. Séance publique du lundi 25. mars 1861.)

egyáltalán prioritásról szó lehet egy olyan dologban, melyben mindkettőjüknek egyaránt elég nagyszámú közös elődjei voltak. Ha ennek dacára Türecz írásban követelte Czermaktól prioritása elismertetését, úgy Türecz történeti érzékének teljes hiányára vall, ha olyanban keresett elsőbbséget, a mi már előtte sokak előtt ismeretes volt. Czermak történeti érzékét pedig igen szépen jellemzi, hogy a gégetükröt „Liston-Garcia-féle gégetükrök“ néven említette.

2. A gégetükrök *physiologikus, diagnostikus és therapeutikus, szóval orvosi jelentőségét Czermak előbb ismerte és fogta fel, mint Türecz.* Türecz már letett vizsgálatairól, a gégetükrök jövőjéhez nem fűzött különösebb reményeket, az orrgaratüreg tükrözését pedig kivihetetlennek és észszerűtlennek jelentette ki.

3. *Az első közlemények és a gégetükrök nyilvános bemutatása, az első impulsusok megadása tehát, Czermaknak köszönhető.* Három alapvető közleménnyel előzte meg Türecz első cikkét.

4. Czermak fáradozásának az érdeme, hogy nemcsak irodalmilag, de személyesen is európaszerte demonstrálta a gégetükröt, annak tudományos értékét és gyakorlati hasznavehetőségét. *Az orvosi világ tehát ezen alakban is tőle nyerte az első impulsusokat a laryngoskopia és rhinoskopia terén.*

5. Az úgynevezett prioritási harc akkor tört ki, a mikor Czermak a Türecztől kapott (s több ízben nyilvánosan és hálásan megköszönt) gégetükrökkel végzett vizsgálatai eredményeit a szaklapokban közzétette, s módszerét a bécsi orvostársulatban bemutatta, szóval, a mikor a tudományos laryngoskopia alapját már megvetette volt. Az ekkor kitört harcot joggal nevezhetjük „féltékenységű harc“-nak, mert abban az időben, a mikor kitört, Türecznek semmiféle anyaga sem volt, a melyre prioritási igényeit felépíthette volna. Czermak első közleményeinek megjelentéig Türecznek ép oly kevéssé sikerült a gégetükrökkel valami újat felderítenie, mint akármelyik elődjének. Természetszerűleg nem is publikált addig semmit.

A tükrök kölesönbe adása révén pedig elsőbbségi igényeket támasztani nem lehet. A mindamellett támasztott elsőbbségi igényekre Czermak a saját prioritásának óvásával felelt. Az évekre terjedő engesztelhetlen harcban („Türeczenkampf“-nak nevezte tréfálózva Czermak), melyben Türecz egészen Czermak nyilvános insultálásáig elment, a két ellenfél végleg nem tudott megbékülni. A személyes motívumoktól távolálló jelenkor azonban a történeti documentumokba való gondos betekintés után kimondhatja az objectiv ítéletet: *A tudományos és gyakorlati modern laryngoskopia és rhinoskopia megteremtője és megalapítója Czermak.* Türecznek elévülhetlenség az érdemei nemcsak a klinikai laryngologia, de ennek vizsgálati módszere: a laryngoskopia körül is, prioritási igényei azonban indokolatlanok voltak. Az általa inecenált tudományos vita személyes féltékenységű harcra zsugorodik össze. *A gégetükrök használatában igen sokan, az első tudományos közlésekben pedig Czermak, megelőzték őt.*

* * *

Világosságot óhajtottam hozni egy olyan történeti ügybe, melyben a tisztánlátás leginkább a laryngologusokat fogja érdekelni; az igazság világító tüzeit meggyújtani: a történetírás kötelessége volt. Ha mindeddig egységes véleményt formálni ebben a harcban nem sikerült, de sőt azt látjuk, hogy a vélemények nagyon is megoszlottak, úgy ennek különös okainak kellett lennie. Scire est per causas scire. Még ezeknek az okoknak felderítése is felkeltheti érdeklődésünket, különösen, ha tudjuk, hogy még az orvosi történetírás nagymestere, Haeser előtt is lehetlenségnek látszott a Czermak-Türecz-féle prioritási harc eldöntése.¹

Az állítólagos lehetlenség punctum saliens-e a Türecz-től követelt, Czermak által pedig elhamarkodott szívességből kiállított nyilatkozat, melylyel Türecz később többszörösen visszaélt. Visszaemlékezünk még, hogy Czermak 1858 április 14.-én egy írást adott Türecz-nek, melyben kijelenti, hogy nem akarja még csak látszatát se kelteni annak, mintha ő Türecz-től megvonni akarná a prioritást, melyet egyébként sem követelt magának soha, s mely

¹ „Den zwischen Beiden entstandenen Prioritätsstreit zu entscheiden, scheint unmöglich.“ (H. Haeser. Lehrb. d. Geschichte der Medizin. Jena, 1881. II. köt., 928. lap.)

— úgymond — minden bizonynyal Türecét illeti meg. Nos, én egy percig sem habozom Czermaknak ezt az írását az antihistorikus documentumok typosának kijelenteni. Legyen szabad egy más szembeálló példával összehasonlítanom az esetet, de a melyik szakasztott mása a most tárgyaltnak. Két, ma is élő kiváló orvos, teszem Kis Péter és Nagy Pál vetekedni kezdenek „a prioritásért”, melyikük használta előbb a stethoskopot, mitsem törődve azzal, hogy a stethoskop már régen előttük feltaláltatott. És tegyük fel, hogy biztossággal meg lenne állapítható az is, hogy egyikük, mondjuk Nagy Pál, korábban használta a stethoskopot, mint Kis Péter. Erre — ad analogiam Czermak-Türecé — Nagy Pál felszólítja Kis Pétert, állítson ki róla nyilatkozatot, mely szerint elismeri az ő, Nagy Pál, „prioritását”.

Nos tehát, Czermak kiállította és alá is írta a Türecé prioritásának elismerését, nem törődve, számba nem véve a jövőt, egy oly időpontban, a mikor a „prioritás” szóban teljességgel semmi más se foglaltathatott, mint a gégetükröknek Türecé által való korábbi egyszerű használata. Mert Türecé mindedig — jól tudjuk — egy árva sort se publikált. Czermaknak a dolgok ezen stadiumában nem volt rá oka, vagy tán a kellő elővigyázata hiányzott az iránt, hogy közelebbről nevezze meg a „prioritás” tárgyát, anyagát és tartalmát. Czermak előtt is világos lehetett, előttünk ma is világos, hogy mire vonatkozhatott a prioritás (egyébként is helytelenül alkalmazott) fogalma a *nyilatkozat kiállításának időpontjához*, vagyis akkor, a mikor még semmi egyéb objectív prioritási anyag nem volt együtt, mint a gégetükrökkel való — és pedig Czermak részéről máris eredményes, Türecé részéről pedig még teljesen eredmény nélkül való — foglalkozás. Hogy Türecé később, a mikor már Czermak-tól serkentést nyert volt a gégetükrök klinikus értékesítésére, ezt tette is váltotta át és vizsgálatokat végzett, melyek magas laryngológikus színvonalon állottak, hogy Türecé *ekkor* is lefoglalta a maga részére a prioritást, e szó fogalmának csak az idők folytával, *utólag* elért terjedelmében s hogy a prioritás jogos lefoglalásának bizonyítékául Czermak írására hivatkozzék: ez ép oly érthető módon és joggal kelthette fel Czermak-ban a védekezést és ellenállást, mint a hogy mi sem hagyhatjuk jóvá Türecé-nek ezt az eljárását. Ellenben szóról szóra csatlakozhatunk Czermak felfogásához, a mikor azt mondja: „Prioritás alatt itt, a szó igaz és szép értelmében csakis azt a *szóban*, valamint *tettben* kifejtett *első impulsust* érthetni, mely a Liston-Garcia-féle gégetükröt s azt az *elvet*, a melyen alkalmazása nyugszik, érvényesítette, általános elismertetéshez juttatta és különböző irányban (laryngoskopia, rhinoskopia, helyi orvoslás stb.) kiterjedő gyakorlati értékesítéséhez segítette. *Ezt* a prioritást kizárólagosan magamnak lefoglalni, elvitathatatlan a jogom, a nélkül, hogy másoknak e téren kifejtett érdemes munkálatait, melyek akár közvetve, akár közvetlenül impulsusaim nyomán keletkeztek, bármikép is érinteni óhajtanám.”

Teljes joggal mondhatta tehát Czermak: „A gégetükröcske szemérmes menyasszony volt; sokan ismerték, sokan közeledtek hozzája, de én hódítottam meg.”

Györy Tibor dr., egyetemi magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Berkes Sándor: Évi jelentés Békés vármegye közkórházának 1904. évi működéséről.

A 93 oldalra terjedő beszámolóból a személyi és dologi, valamint egyéb jelentéktelen adatokon kívül megtudjuk, hogy a gyulai kórházban 1904-ben 2256 férfi, 1522 nő, összesen 3778 kórházi, és 317 férfi és 222 nő, összesen 539 elmebeteg, együtt 4317 beteget ápoltak, ezek közül gyógyult 1048 + 795 = 1843 kórházi, 20 + 16 = 36 elmebeteg, javult 818 + 453 = 1271 kórházi, 31 + 23 = 54 elmebeteg, gyógyulatlanul távozott 126 + 108 = 234 kórházi, 9 + 4 = 13 elmebeteg, meghalt 100 + 50 = 150 kórházi, 39 + 22 = 61 elmebeteg. 1905-re visszamaradt 164 + 116 = 280 kórházi, 218 + 157 = 375 elmebeteg, összesen 655 beteg.

A halál- és kórnevek részletes, valamint az elmebetegek kóralakok szerint való kimutatása után Pándy Kálmán dr., elme-

betegosztályi főorvos értekezése következik: „Mit tegyen a gyakorló orvos az elmebetegekkel?” E cikkben a házi ápolás célra vezető eszközeit, úgymint a fektetést, fürdető gyógymódot, gyógyszeres kezelést, foglalkoztatási therapiát és az orvos egyéniségének megnyugtató, suggestiv hatását ismerteti.

„Az elmebetegek foglalkoztatásáról” külön cikket ír Révész Béla dr. segédorvos, szólván a colonialis rendszerű elmeegógyintézetekről, mint a jövő zenéjéről, a hol az elmebetegek az ipari munkákon kívül (mint például kosárfonás, levélboríték-, papirzaeszkőkészítés, faipar) a mezőgazdaság, marha- és selyemhernyótenyésztés, tejgazdaság, méhészet terén mutatják majd ki képességüket, miáltal a reájuk fordított költségek jó részét visszatérítik. Révész dr. még a baromfi-, szarvasmarha-, sőt sertéshizlalást is megvalósítaná e telepeken, de ezzel — azt hisszük — a hygiene szempontjából túlló a célon és ez ép úgy kifogásolandó, mint a mily jogos a tiltakozás a budapesti illetékes körök részéről az ellen, hogy a lipóimezei tébolydának csak a szomszédságában is pl. szemétteltelep létesíttessék. Ha egyszer antihygenikus a foglalkoztatás e módja, akkor az anyagi haszon kérdése nem döntő.

Ugyancsak Pándytól való „Az elmebetegek Békés vármegyében” című cikk, a melyben az elmebetegeknek származási helyük szerint való kórházi elhelyezését és a családi ápolást sürgeti, egyszersmind vázolja a békésmegyei elmebetegek nyilvántartása érdekében megindított és másutt is követésre méltó mozgalmat.

Legterjedelmesebb és legérdekesebb Kaczvinszky János dr. műtőfőorvos, Dollinger tanár volt jeles assistensének közleménye a sebészeti osztály 1904. évi működéséről. A műszerekkel, vizsgáló eszközökkel, photographáló géppel és villamos fűtésre bereadezett műtőteremmel modernül felszerelt sebészeti osztályon 1904-ben ápolott betegek száma így oszlik meg: maradt a mult évről 55 férfi, 46 nő, felvételt 831 férfi, 958 nő, ezek közül gyógyultan elbocsátott 518 férfi, 648 nő, javultan 212 férfi, 192 nő, gyógyulatlanul 65 férfi, 59 nő, meghalt 25 férfi, 20 nő, a kórházban visszamaradt 66 férfi, 85 nő. Kaczvinszky dr. a mindennapos sebészet mellett sok komplikált, érdekes és nehéz műtétet végzett az esetek prognosisa szerint megítélendő eredménnyel. Míg 1902-ben 1240 betegen csak 580 műtétet, addig 1904-ben 1890 sebészi betegen 1013 műtétet hajtott végre, a mely utóbbiak közül 31 volt halálos kimenetelű. Az év folyamán esett meg a 653 chloroformnarcosis közül az első halálozás. Erőteljes fiatal embernél alszártörés és térdizületi vérömleny miatt végződő térdnyújtás és gypskötés alkalmazása végett történt a narcosis, a melynél 3½ gm. chloroformra állott be synkope következtében a halál. A törvényszéki boncolás csupán a jobb mellhártyalemezék összenövését derítette ki.

Az összes műtétek közül kiemelendők az alább következők:

A hasi műtétek közül sikerrel jártak az epehólyag resectiójával, cholecystotomiával, choledochotomiával, cholecystectomiával, cholecystostomiával járó epeköesetek és echinococcus hepatitis esete. Végeztetett 81 szabad lágyéksérvműtét Bassini szerint 4 fonalgenyedéssel kivételével per primam. Kizárt lágyéksérv 11 volt 3 halálozással. A szabad czombsérvműtétek öt esete mind gyógyult. Kizárt czombsérv két esete bélülszköcsödés miatt halálos volt. Két köldök- és egy hasfali sérv operatioja sikerrel járt. Három kétségbeesett volvulus-eset halálos kimenetelű lett. Atonia intestinorum miatt végzett laparotomia a hasfalhoz oda-tapadt csepleszrészlet felszabadítása által teljes gyógyulásra vezetett. Gyomorrák miatt végrehajtott műtétek nem menthették meg a beteget. Vastagbélrák négy esete közül 1 gyógyult, 3 meghalt. Ductus omphaloentericus persistens miatt hathónapos fisecesemónél, a kinek köldökéből bélsárszagú nedvesség szivárgott, narcosisban laparotomia történt. A dudor körülmetszése után Kaczvinszky dr. egy 5 cm. hosszú, 1½ cm. átmérőjű Meckel-féle diverticulumot távolított el és a belet zárta. A kis beteg két hét múlva gyógyult. Léptültengés esetében splenectomiát végzett 40 éves nőbetegnél és 4200 gm. súlyú lépét távolított el; a beteg meggyógyult, meghízott és egy évvel később is munkabíró egyén. Nagy tömegben előesett végbelet colopexia útján jó functionalis eredménnyel rögzített. Prostatahypertrophia hat esetében végeztetett gyökeres műtét, közülük egy uraemia miatt halálos kimenetelű

volt. Varicositas cruris miatt 8 betegnél végzett Kaczvinszky vena saphena-resectiót, a mely esetek egy halálozás kivételével gyógyulásra vezettek. A nőgyógyászati műtétek közül méhrák miatt két esetben végeztetett totalexstirpatio vaginalis két halálozással. Cystoma ovarii 4 esetében végzett laparotomia egy esetben volt halálos kimenetelű. A szemészeti műtétek sikeresek voltak. A szülészeti műtétek mind gyógyulással végződtek; így placenta praevia, ruptura uteri és graviditas extrauterina két-két esete.

Mindezek után csak azt kell sajnálattal kiemelnünk, hogy az epikrisis szempontjából valamennyi kórtörténetvázlat mellől nélkülözzük annak megemléztését, hogy történt-e, és mit mutatott ki a boncolat, vagy hogy ez miért maradt el? Nyilván nincs a kórháznak prosecturája. *Baranyai Jenő* dr. (Okány).

Új könyvek. *Jessner*: Diagnose und Therapie des Ekzems. II Teil. Würzburg, A. Stuber. — *M. Fränkel*: Kurzgefasste Arzneimittellehre. Würzburg, A. Stuber. — *F. Schilling*: Kompendium der ärztlichen Technik. II. Auflage. Würzburg, A. Stuber. — *B. Buxbaum*: Kompendium der physikalischen Therapie. Leipzig, G. Thieme. — *K. Bardeleben*: Lehrbuch der systematischen Anatomie des Menschen. Erste Hälfte. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *H. Eichhorst*: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Sechste Auflage. II. Band: Krankheiten des Verdauungs-, Harn- und Geschlechts-Apparates. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *F. Alt*: Über Melodiantaubeit und musikalisches Falschhören. Leipzig, F. Deuticke. — *Auerbach*: Die Typhusepidemie in Detmold und die Trinkwassertheorie. München, Oldenbourg. — *O. Hertwig*: Allgemeine Biologie. Jena, G. Fischer. — *C. Monakow*: Gehirnpathologie. Wien, A. Hölder. — *Egerich und Lübenfeld*: Über die Beziehungen des Kopfumfanges zur Körperlänge und zur geistigen Entwicklung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *E. Mittelhäuser*: Unfall und Nervenkrankung. Halle a. S., C. Marhold. — *B. Laquer*: Trunksucht und Temperanz in den Vereinigten Staaten. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Vagus-ingereknek a szívre gyakorolt hatásáról ír *E. Rehfisch*. A kísérleti vagus-ingerek hatásait csak nagy körültekintéssel lehet klinikai képek magyarázatára felhasználni, miután a vagusnak gátló (negat. chronotrop) hatásán kívül a contractilitást (negat. inotrop), a szívérvek közötti vezetőképességet (negat. dromotrop) és az ingerlékenységet csökkentő (negat. bathmotrop) hatása is van. Legelsőben a negat. inotrop hatás érvényesül a pitvarokon, majd a neg. chronotrop; a kísérletek szerint egyik hatás érvényesülése mellett valamely másik elmaradhat, a mi a szívérvek coordinációját megzavarhatja. Érthető tehát, hogy klinikai szempontból a tiszta vagushatás megállapításához, tehát azon esetek kritikájához, melyekben a systolék ritkultak (bradycardia bélbántalmaknál), vagy a szív rhythmusa megváltozott (arhythmia agybántalmaknál), úgy a gyomrocs (arteria) mint a pitvarműködés (vena) graphikus feltüntetésére szükséges.

Vagus-befolyás által okozott pulsus intermissiokra klinikailag az a jellemző, hogy a szabályos pulsusok egy sora után, mindenkor belégzés alatt, retardatio áll be, mely csaknem két pulsus-periodus időértékével bír, s mely után néhány még retardált, de fokozatosan rövidülő tartammal bíró pulsus következik, míg a normalis ütérlokés be nem áll (azaz typusa megegyező a *Lommel*-féle respiratiós arhythmiaival). Hasonló kihagyásokat oly acut infectiós bajok után, melyek a szívizomzatot semmiképen sem afficiáltak, továbbá erős testi kifáradás után is észlelt. Egy morbilli után felvett sphygmo- és phlebogrammot ezen esetek typusa gyanánt mutat be: a vena jugularis phlebogrammján a pitvarsystolét (*As*) kifejező emelkedés (*a*) a retardált pulsus idején is egyenlő távolságban marad azon emelkedéstől, melyet a carotisról a gyomrocs-systole (*Vs*) alatt közlött lökés kifejezőjének szoktunk tartani, jelölve annak, hogy az *As* után a *Vs* successioja (az *A—V*, *His*-féle izomkötegek dromotropiája) nem változott. A phlebogrammon 3 pulsus-periodus szabályosan $\frac{7}{10}$ alatt folyt le, mire a legközelebbi *As* $\frac{3}{10}$ -szel később, tehát az *a* emelkedés is ugyanennyivel később jelentkezett, vagyis negat. chronotrop vagushatás okozta a retardatiót.

Egészen hasonló phlebogramokat kapott némely, különben teljesen ép szívű egyénnél megerőltető testi munka után azonnal beállott pulsuskihagyásnál. A vagushatásra visszavezethető retardatiót kísérleti eseteinek 26%-ában megtalálta s a retardatio min-

denkor a fent jelzett lefolyásbeli jellegzetességgel bírt. A pulsus szaporodása izommunka után *H. E. Hering* szerint az acceleratorok fokozott ingerlékenysége és a gátló rostok tonusának csökkenése által okoztatik. Szerző felveszi, hogy midőn a munka befejezte után az acceleratorok energiájukat lassanként elvesztik, egyszer-másszor a vagustonius túlsúlyba kerülhet, annál inkább, mert a fokozott izommunka megszorodott anyagcsere-termékei átmeneti vagusizgalmat váthatnak ki. Ha (5 kísérleti egyénnél) 1 mgm. atropin befeccskendésével a szívbéli vagusvégeket hűdötté tette, az injectio után fél órával a munka utáni intermissiók kimutathatók többé nem voltak.

A cardio- (sphygmo) gramm és phlebogramm összehasonlítása által az ilyen arhythmiaikat meg lehet különböztetni a szívizom elváltozásai által okozott vezetési zavaroktól.

A vagusinger e hatását állatkísérleten (házinyúl) is kimutatta (szabaddá tett szív; *A* és *V* külön irókészülékkel összekötve; mindkét vagus átmetszve). A vagus villamos ingerlése a rhythmus lassulását okozta, mely egyenlően kiterjedt az *A* és *V*-ra. Ugyanazon áramerő mellett az inger ez irányú hatás intenzitása egyenes arányban állott az inger időtartamával. (Berl. klin. Wochenschr. 1905. 48. szám.) *R. Zs.*

A dohányzás és a sexualis excessusok befolyására arteriosclerosisnál hívja fel a figyelmet *Klemperer*. A nicotinismus hatását illetőleg az erek elmeszesedésére mindezekig megoszlok a nézetek; két olyan esetről referál, melyekben határozottan kimutatható e befolyás, igaz, hogy óriási mennyiségű dohányfogyasztás után. (Egyik esetben naponta 30–100 cigarettát.) Elismeri, hogy a nicotinhatás mellett egyéni hajlam is döntő szereppel bírhat. Mindenesetre fontosnak tartja, hogy arteriosclerosisos egyéneknél a dohányzás eltiltassék. A sexualis excessusok hatására is két példát hoz fel; ez irányban különösen a congressus interruptus-t jelentékeny tényezőnek tartja, mint a mely a legnagyobb lelki emóciók hatásával egyenértékű. A therapiánál erre is figyelni kell. A gyógyeljárás szempontjából igen figyelemre méltó azon esete, melyben arteriosclerosis mellett beállott bal szívhypertrophia és az aortán keletkezett syst. zörej két év alatt állandó jodhasználat mellett (naponta 1 gm. jodnatrium) teljesen visszaféjlődött. Szerző kizárólag a jodnak tulajdonítja az eredményt, de nagyon valószínű, hogy volt befolyása az alkohol és dohány teljes megvonásának is, melyekkel a beteg nagy mértékben visszaélt. (Therapie der Gegenwart, 1905. november.) *R. Zs.*

Sebészet.

A Bier-féle pangásos hyperaemia gyógyhatásával foglalkozik *Joseph*. A lobos végtag strangulatioja jelentékeny oedemát vált ki, melynek *Joseph* szerint kiváló, ha nem is egyedülálló szerep jut a pangásos hyperaemia gyógyhatásában. Az oedemára vezető pangásos transsudatio a végtagban levő szövetnedv igen tetemes (a felső végtagon akár 1000 cm³-t megközelítő) megszorodására vezethet. Ezen oedemás folyadék a bakterium-toxinokat lényegesen felhigítja, másfelől resorptiojukat gátolja. Maga a mérge felhígítás által nagyon veszt ártalmasságából. Hat kísérletében meggyőződött róla, hogy a strangulatio által oedemássá tett alszárba történt 0.004 gm. strychnin-injectiót a nyulak egész jól elviselték, míg a controll-állatok néhány perc alatt elpusztultak; ha konyhasóinfusio által oedemássá tett alszárba történt a strychnin-injectio, ez is hatástalan maradt. Jótékony szerepe van az oedemának az ejtett sebek nyitvatartásában is, a mi által az érzékenyebb képletek, különösen inak életképességét súlyosan fenyegető tamponálás elkerülhetővé válik. *Hoffmann* a szívási hyperaemia hatását *fungosus sarjakra* tanulmányozta, histologice vizsgálván meg a sarjakat köpölyözés előtt és után. A szövettani képből kitűnik, hogy a szívó hyperaemia hatása első sorban az ereknek vérrel való hirtelen elárasztásában áll, mely néha oly heves, hogy haemorrhagiák keletkeznek, azonfelül a szövet leukocytatartalma jelentékenyen megkisebbedik, míg a köpölyben található váladék ezeket igen nagy számban tartalmazza, ép úgy bakteriumokat is. A szívás által tehát a sarjak mintegy kimosatnak, a szívás gyógytényezői a bő drainezés és a friss vérrel való ellátás. *Lossen* Bardenheuer klinikájáról a *Bier-féle kezelést* igen

dicséri inhuvely-phlegmoneknál, melyeknél eddig elképzelhetlen jó functionalis gyógyeredményt sikerül elérni; panaritium, bubo, postoperativ fistula eseteiben is kiváló hatása van. (Münchener med. Wochenschrift, 1905. 39—40. szám.)

Pólya

A rekeszhernia diagnosisában fontos ismertető jelnek tartja Herz a rekeszsérv tartalmának Röntgen átvilágításnál constatalható úgynevezett paradox légzési mozgását. Míg ugyanis igazi rekeszherniánál, midőn a rekeszdefectuson át csakugyan hasúri szervek jutottak a mellürbe, a sérvtartalom inspiriumnál fel-, expiriumnál leszáll, addig egyszerű rekeszeventrationál, midőn a rekesz csak tágult, de defectus rajta nincs, a hasúri szerveknek az inspiriumnál le, az expiriumnál fel kell szállniok. Herz esetében a bismuth-suspensioval megtöltött colon a paradox légzési mozgásokat, melyeknek kézenfekvő oka a mellkas belégző mozgásainak szívó hatása a hasúr tartalmára, igen kifejezetten mutatta. (Münchener med. Wochenschr., 1905. 40. sz.)

Pólya

Az os naviculare carpi töréséről és az os lunatum ficzamaról, melyek gyakran kombinálva is előfordulnak, írnak nagyszámú személyes észleleteik és bő irodalmi tanulmányaik alapján Codman és Chase. Szerintük a kéztő „rándulásai“, melyek prompt gyógyulásra nem hajlandók, igen sokszor vannak a jelzett állapotok által feltételezve s a mennyiben fel nem ismertetnek és kellően nem kezeltetnek, évekig tartó fájdalmakat és nehézségeket okozhatnak. A diagnosisban a Röntgen-fény nagy segítségünkre lehet, de e nélkül is meg lehet tenni a legtöbb esetben a diagnosis-t. A jellegző tünetek sajkaesonttörésre: localizált fájdalom a kéztő-izület radialis felében, heves fájdalom, a tabatiere-ben adductio-nál, az extensio korlátoltsága; a sérülés rendszerint az extendált kézre való esés alkalmával következik be. A holdas csont ficzama alkalmával a radius és multangulum majus közt gödör képződik, míg a luxált lunatum a flexores carpi inai alá kerül; a tenyér, a radius és az első metacarpus basisa közti távolság megrövidül; a részben behajlított ujjak merevek, mozgásuk fájdalmat okoz. Míg a lunatum-ficzamokat még 5 hét múlva is jó sikerrel lehet hyperextensio s ezt követő, a lunatumra gyakorolt direct nyomással kombinált hyperflexio által reponálni, a néhány hetes scaphoidtörések gyógyulásra nem igen hajlamosak. A műtéti eljárások közül legjobb a scaphoid proximalis tört darabjának eltávolítása, a mi szép functionalis eredményekre vezet. Irreponibilis lunatum-ficzamoknál szintén a csont eltávolítása ajánlatos. (Annales of surgery, 1905. 156. füzet.)

Pólya

A tonsilla-hypertrophiának Gardner szerint nagy szerepe jut az alszárvaricositásoknak és herniáknak létrejöttében fiatal egyéneknek oly módon, hogy a légzést akadályozza, ezáltal circulatoriozavarokra és erőltetett hasi légzésre vezetnek. (The Lancet, 1905. 4283. sz.)

Pólya

A jobb cystikus vese kiirtása után rövidesen cystikussá vált a bal vese is Hey Groves esetében s az 4 héttel a nephrectomia után a beteg halálára vezetett; a bal vese ezen elváltozását ureterkő idézte elő. Műtét előtt a vese normalisan functionált és mint a műtétnél meggyőződtek róla, a normalisnál alig volt valamivel nagyobb. A máj is cystikus degeneratiót mutatott. (The Lancet, 1905. 4283. sz.)

Pólya

A ductus choledochus operativ sérüléseinek végzett műtétekről számol be William J. Mayo. A sérülések részben choledochusrák-eltávolítás folyamán, részben epehólyagkiirtás kapcsán jöttek létre s a miattuk végzett, többnyire szép sikert mutató műtétek a choledochus circularis egyesítésében vagy a hepaticusnak a duodenumba való implantatiojában állottak. Varrásra catgutot használ, mert a selyem secundaer kőképződésre adhat okot. Különösen érdekes egy esete, melyben a fiatal nőbeteg cholecystectomy és choledochotomia után 11 hóval súlyos choledochus-szűkület által okozott sárgasággal került újból kezelés alá; ennél is a hepaticus implantatioja a duodenumba szüntette meg a veszélyes tüneteket s vezetett teljes gyógyulásra. (Annales of surgery, 151. sz.)

Pólya

129 a froid epityphlitis-műtétet végzett Lynn Thomas; beteget kivétel nélkül mind meggyógyultak. Esetei közül érdekes az, melynél a colon ascendens hiányos fejlettsége miatt a máj alatt fekvő appendix lobosodása epekőrohamok képét adta; a

tévedésre csak a műtétkor jöttek rá, midőn kiderült, hogy az abnormis helyzetű appendix 9 hüvelyknyi hosszú és bélsárköveket tartalmaz; az epehólyag kötél mentes volt. A feregnyúlvány eltávolítása teljes gyógyulást hozott. Említendő az az esete is, melyben egy processus vermiformis-empyema műtéte után az addig időnként jelentkezett glycosuria teljesen elmúlt; szerző azt hiszi, hogy a feregnyúlványban levő geny glycosuriát előidéző (phloridzinszerű) anyagokat tartalmazott, melyek időnként való felszívódása okozta a cukorvizelést (?) (The Lancet, 4280. sz.)

Pólya

Appendix-endotheliomát talált Sargent 12 éves leánykánál, kit heveny perityphlitis tályog miatt operált. A három hüvelyk hosszúságú appendixen egy borsónyi daganat ült, melynek endothelioma természetét a histologiai vizsgálat mutatta ki. Az eset ritkaságát igazolja, hogy Kelly nagy gyűjtőmunkájában csak 49 appendix-daganatot tudott összeállítani, ebből 2 endothelioma, a többi rák volt. Sargent beteget simán gyógyult, recidiva nem jelentkezett. (The Lancet, 1905. 4282. sz.)

Pólya

Az intracerebralis tetanusantitoxin-injectiótól nagy sikert látott Storrs egy súlyos tetanus-esetben, mely 90 órával a sérülés után kezdődött; a tünetek rohamosan enyhültek s a beteg meggyógyult. (The Lancet, 1905. 4282. sz.)

Pólya

Bőr-kórtan.

Dermato-venerologiai impressiók czimmel érdekes adatokat nyújt L. Frank, a ki a IV. charbini tábori kórházba volt vezényelve. Adatai a mandzsuriai orosz hadsereg egészségi viszonyairól szólnak. A venereás megbetegedések ebben úgy látszik óriási számúak lehettek, mert egyedül a fent nevezett, venereás betegek számára berendezett kórházban 1 év alatt (1904—1905) 11,000 katonát ápolás alatt. E betegek jelentékeny része syphillisben szenvedett, mely a legtöbb esetben frissen aquirált volt. A fertőzés leginkább az átlag 50 (!) napos utazás alatt történt. Az útba eső főállomások (Samara, Irkutsk, Tschita, Omsk és első sorban maga Charbin) tömve voltak ugyanis prostituáltakkal. Szerző a lueses tüneteket általában súlyosabbnak találta mint Németországban, a mi legalább részben nyilván a katonáknak indolentiáján mulik. Halálos syphillis-esetek nem tartoztak a ritkaságok közé. De tertiaer, régi lues esetek is bőven akadtak; ezeknek viselői oly kormányzóságokból valók, a melyeknek egyes falvai „syphilizálva“ vannak, vagyis a hol a lakosok csaknem mindegyike lueses, még pedig leginkább extragenitalis fertőzés útján. A syphillis kezelése elég kielégítően higany-salicyl-injectiók alakjában történt. Az ulcus molle kezelése is modern színvonalon állott. Rendkívül hiányosan, sőt hanyagul gyógyították azonban a katonák gonorrhoeáját. Erre csak egy szert, az elavult Ricord-féle solutiót használták, akár heveny, akár idült vagy szövődményes lett legyen a kankó. Még rosszabb volt a tiszték gyógyítása. Ezek a kórházak kezelés közben időnként elhagyhatták s a városba mehettek, a hol mulatozásukkal még csak rontottak állapotukon. Szerző azután dermatologiai észleleteit említi. Pustula maligna, scorbut bőven fordult elő, utóbbi főleg a port-arthuri várkatonaság között pusztított. Szerfelett gyakori volt a scabies és a furunculosis is, a mi háborús viszonyok közepette csak természetes. Sanyarú viszonyok között voltak az orvosok a dermatologiai esetek kezelésekor is, mert nem állott rendelkezésükre kellő gyógyanyag. A tábori gyógyszer-tár ugyanis az összes betegségek gyógyítására csak 59 gyógyszer-tartalmaz és ezen 59 szer közül mindössze csak kettő való a dermatologiai kezeléshez: a bórsav és a vaselin! (Dermatol. Centralbl. 1905. 12. füzet.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A phosphaturia vonatkozólag E. Düring megállapítja azt, hogy Tobler és Soetbeer pontos vizsgálatai szerint nem a phosphorsav, hanem a mézsók szaporodtak meg a vizeletben és így a Tobler által ajánlott „calciuria“ elnevezéssel a valódi tényállás nyer kifejezést. Düring értekezése során mellőzi a phosphaturia azon alakját, a mely az emésztési szervekből, chronikus

dyspepsiából és rheumatikus bántalmakból ered, sőt szerinte úgy a neurasthenia, mint más idegbajok csak kivételesen igaz okai ezen kórállapotnak. Szerző 60 acut és chronikus húgyivarszervi bántalomban szenvedő phosphaturias beteg megfigyeléséből azon meggyőződésre jut, hogy ezen bajoknak a phosphaturia keletkezésében előkelő szerep jut; szerinte ugyanis kétségtelen az, hogy úgy a kankó, mint a szükületek és a dülmirigylob (még a nem gonorrhoeás eredetű is) a húgyivarnyálkahártyát — fel egészen a húgycsövecskékig — izgathatják, e mellett szól azon észlelete, hogy 7 betegénél a phosphaturiával egyidőben fennállott albuminuria a prostatitis javulásával avagy rosszabbodásával csökkent illetve fokozódott, valamint az is, hogy a húgyivartraktus környi részének megbetegedésével a rendszeren gyengén savi hatású prostata-váladék gyakran mutat a fokozott mézskiválasztás következtében közömbös avagy alkalikus reactiót. Tudva azt, hogy a kankós lobok, főleg férfiaknál, mely gyakoriak, szerző nem ajánlhatja eléggé azt, hogy mielőtt a phosphaturia e neurasthenia avagy ex affectione intestini diagnosisát felállítanók és anyagcseregyógymódokat foganosítanánk, soha se mulasztjuk el úgy a vizeletet, mint a húgyivarszerveket ily irányban gondosan megvizsgálni. (Medic. Klinik, 1905. 31. szám.) Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jodfersant *Benninhoven* tanár a syphilis késő szakában, de a secundaer szakban is olyankor, a mikor a higany továbbhasználását valamelyes okból be kell szüntetni, nagyon jó eredményt adja. A syphilises jelenségek feltűnő gyorsan javulnak, a vörösvérsejtek száma megszorodik és ezzel kapcsolatosan az általános állapot is jobbra fordul. Jodacne jelentkezését sohasem észlelte. A szert pastillák alakjában adta (minden pastilla 0.5 gramm jodfersant tartalmaz, illetve 0.05 gramm jodkalinak megfelelő jodot), még pedig 3—5-ször naponként adott 3—3 pastillát evés előtt. (Monatschrift für Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene, 1905. 4. füzet.)

Kisebb daganatok, naevusok, szemölcsök, továbbá histológiai czélokra való bőrdarab kimetszésére úgy látszik igen alkalmas kis műszert ír le a Med. Klinik 1905. évi 40. száma. Az eszköz maga nagyon hasonlít egy nagyobb fajta irótolhoz, mely azonban nagyon hegyes, s oldalai nagyon élesek. Alkalmazásakor az exstirpálandó helyet redőbe fogjuk, aethylchloriddal igen alaposan megfagyasztjuk, s a redőbe szűrt műszert addig toljuk előre, míg éles, felfelé álló oldalai teljesen kimetszették a kívánt bőrrészt, mely azután a toll homorulatában marad. A műszer oly kicsiny, hogy kémsőben ki lehet főzni sterilizálás végett. A gyártmányt a hamburgi *C. W. Bolte* czég hozza forgalomba.

Az alypinnek mint lokalanaestheticumnak hatását dicséri egy cikkében *Stotzer*, ki a szert mindenütt indikálnak tartja ott, hol az illető szövet az alypinoldattal inbibálható. Rideg, inas szövetnél, csontnál, porcánál tehát nem jöhet számításba. A szer resorptioja mindig igen prompt, *Stotzer* sohasem látott a befeckendés nyomában gyuladást vagy nekrosist. Ártalmas melléktüneteket sohasem tapasztalt. A legnagyobb adag, a mit alkalmazott s a mit a nöbeteg minden baj nélkül türt el, 3%-os oldatnak 5 cm³-e volt. A destillált vízzel készült alypinoldattal kisebb sebészi beavatkozásoknál és fogmütéteknél folytatott kísérleteinek eredményeit *Stotzer* a következő pontokba foglalja össze: 1. Az alypin jól alkalmazható és használható lokalanaestheticum. 2. Értéke, főleg ha erősebb oldatokat alkalmazunk, legalább is akkora, mint a cocainé, a mi az érzéstelenítést illeti, egyébként pedig minden tekintetben felülmúlja azt. 3. Az alypinoldat jól sterilizálható. 4. A szer semmi befolyással nincs a psychére, nem okoz izgalmat, szédülést, congestioakat, tehát kevésbé mérgező mint a cocain. 5. Izgató hatása a befeckendésnél igen minimalis. 6. Olcsóbb mint a cocain. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 36. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1905. 47. szám. *Ferenzi Sándor*: Az arteriosclerosis kísérő ideges tünetekről. *Fischer Mór*: Az aristol-olajról. 48. szám. *Genersich Antal*: A gyomor- és bélműtétek egy újabb aseptikus módja. *Aussterweil László*: Megfagyás.

Orvosok lapja, 1905. 47. szám. *Barabás József*: A lupus kezelése guajacollal. 48. szám. *Tuszkai Ödön*: A művi vetelés kérdéséhez.

Budapesti orvosi újság, 1905. 47. szám. *Kéty László*: A digalen therapiái értékéről. „Bőr- és bujakörtán“ melléklet 4. szám. *Török Lajos*: Recidiváló herpes simplex atypikus localisatióban. *Roth Alfréd*: *Striae distensae cutis* mellhártya- és tüdőlob után. — Diffus bőratrophia egy esete. *Veress Ferencz*: A lupus vulgaris postexanthematicusról. 48. szám. *Halász Henrik*: Adat a Highmor-üreg idült empemájának Denker-féle radikális műtéttel elért gyógyulásához. „Szülészet és nőgyógyászat“ melléklet, 4. szám. *Bücker József*: A gynaekologia irányelveiről. *Vértes Oszkár*: A ventralis és vaginalis coeliotomia egymáshoz való viszonya a gynaekologiában.

Klinikai füzetek, 1905. 11. füzet. *Deutsch Ernő*: Gyermekehalandóság és ingyeutej-intézmény.

Hetiszemle és vegyesek.

+ Választás. *Sebestyén Dávid* dr.-t mozgói körorvossá választották.

† Elhunyt: *Held Ede* dr. paulisi körorvos 62 éves korában. — *J. Burdon-Sanderson*, a hirneves physiologus, klinikus és hygienikus, az oxfordi egyetem tanára november 23.-án 77 éves korában. — *E. Ziegler*, a kórboncztan tanára a freiburgi egyetemen, a kinek kórboncztan tankönyve nálunk is nagy elterjedésnek örvend, 58 éves korában. — *J. Croft*, a londoni „Thomas's Hospital“ főbészese, 72 éves korában. — *H. Schmaus*, az Isar-jobbparti kórházak prosectora, ismert kórbonczoló, 43 éves korában Münchenben.

○ Kisebb hírek külföldről. *L. Krehl* strassburgi tanár, a kit Nothnagel utódjává Bécsbe hívtak meg, a meghívást visszautasította. — *A. Kuttner* dr.-t Berlinben a tanári czimmal tüntették ki. — *A. Heidlbergi rákintézet* czéljaira eddig körülbelül 700,000 márka gyűlt össze. Az építkezés már annyira előrehaladt, hogy az intézetet a jövő év őszén megnyithatják. — *V. Lepkowski* dr.-t a krakói egyetemen a fogászat nyilv. rendkívüli tanárává nevezték ki.

⊗ A XV. nemzetközi orvosi congressus tudvalevőleg 1906. évi április hó 19.-tól 26.-ig fog megtartatni Lissabonban. A congressus magyar nemzeti bizottsága *Tóth Lajos* dr. ministeri tanácsos elnöklésével november hó 30.-án ülést tartott, melynek tárgya Magyarországnak és hazai orvosi tudományosságunknak a congressuson való képviseltetése volt. A bizottság kimondotta, hogy tekintettel arra, hogy a nemzetközi orvosi congressust már Európa valamennyi metropolisza vendégeül látta, Magyarországon van a sor, hogy a congressust — az 1906. évi lissaboni congressus után — az 1909. évré meghívja, a mit különben hazai orvosi közönségünk már az előző, 1903. évi madridi congressus alkalmával is kívánatosnak talált. A meghívást természetesen a magyar királyi kormány a székes fővárossal egyetértőleg eszközölné. A bizottság határozatában hangsúlyozta, hogy a Budapestben tartandó congressus hazánkunk és székes fővárosunknak egyaránt nagy hasznára volna. *Dollinger* tanár legmelegebben pártolta a meghívás eszméjét különös tekintettel arra, hogy hazai orvosi egyetemünk, fővárosi kórházaink s egyéb közegészségi intézményeink oly magas színvonalon állanak, hogy azoknak a külföldi államok képviselőinek, orvosainak és tudósainak való bemutatása jelentékeny erkölcsi nyereség lesz nemzetünkre. Hasonló értelemben szólalt fel *Jendrassik* tanár és *Magyarovics* tiszti főorvos is. Az elnök továbbá bejelentette, hogy a bizottság elnöksége részéről minden szükséges lépés megtörtént arra, hogy Magyarország önálló állami jellege kellekét kidomboríttassék. Kimondta azt is a bizottság, hogy a mennyiben a congressus meghívása csakugyan megtörténik, ragaszkodni kíván a congressus szabályainak ama pontjához, mely szerint a congressus tagjai csak orvosok és tudósok (és családtagjaik) lehetnek. Végül az elnök javaslatára abban állapodott meg a bizottság, hogy a lissaboni congressusra való jelentkezések a bizottságnál történjenek — bár közvetlenül a congressus központi irodájához is lehet fordulni — s a bizottság a tagsági díjakat is elfogadja, melyek az elnökhöz vagy a bizottság titkárához, *Szegedy-Maszácz Elemér* dr.-hoz (VIII. Rökk Szilárd-utca 41) küldendők. A tagsági díj 25 korona, családtagok részére 10 korona.

|| Az orvostanhallgatók számának csökkenése külföldön. A londoni Royal College of Surgeons elnöke tanévnyitói beszédében nemrég panaszkodva említette, hogy Angliában az orvostanhallgatók száma évről évre csökken s ezt a rossz tanítási rendszernek volt hajlandó tulajdonítani. Pedig ez nem egyedülálló jelenség: Franciaországban, Németországban és az Egyesült-Államokban évek óta hasonló tapasztalatnak. Franciaországban 1895-ben 7779 orvostanhallgató volt, 1905-ben már csak 6763. Németországban a medikusok száma 8513-ról (1888) 6232-re (1903) esett le. Az Egyesült-Államokban 1904-ben a számuk 28,142 volt, 1905-ben már csak 26,147.

△ Bulgária úgy látszik a hosszúéletűek hazája. A bulgár belügyministerium egészségügyi osztályából kiadott jelentés szerint Bulgáriában, melynek a lakossága 4 milliót sem ér el, a 100 évesnél idősebb egyének száma 330.

— A leprások száma az Egyesült-Államokban 300-ra tehető; legtöbb (155) van Louisiana államban. A 300 leprás közül csak 72 van izolálva; közülük csak 186 szerezte a baját az Egyesült-Államokban.

∞ A sebészet tanításmódja *Eiselsberg* tanár bécsi klinikáján a következő: A sebészet Bécsben is 10 órás collegium, 2—2 óras

naponként. Ebből az egyik kétórás előadáson a tanár az általános sebészetet összefüggésben adja elő, a többin eseteket mutat be és magyaráz el, lehetőleg a gyakorló orvos igényeire mérten. Leginkább sérülések és heveny gyuladások kerülnek bemutatásra, e mellett gyakori bemutató és részletes magyarázat tárgya a hashártyagyulladás, a sérvek stb. Műtét az összes hallgatóság jelenlétében csak kétszer van hetenként az előadás vége felé; Eiselsberg tanár ennek jelentőséget nem tulajdonít, mivel a hallgatók az operációból alig láthatnak valamit. A főszólt Eiselsberg a sebészeti praktikumra helyezi. Ez abban áll, hogy a hallgatók közül hetenként váltakozva körülbelül nyolczan bővebb betekintést nyerhetnek a klinika belső működésébe: ott vannak naponként reggel 8—10-ig a nagy operációknál, az előadásokon a két első padban ülnek, s — a mi a legfontosabb — részt vesznek délután a visiteken, a mely alkalommal a tanáregedek egyike rendszeresen bemutatja nekik a betegszobák berendezését, az ágyakat, a befecskendések és beöntések technikáját, a kötözést, a fontosabb műszereket és a sterilizálást, sőt kisebb műtétet is végez előttük. Az előadásokban Eiselsberg nagy hasznát veszi a vetítőkészüléknek. A klinikai előadást a műtéttani előadás egészíti ki, a melyet Bécsben a sebészeti tanáregedek adnak elő mindkét félévben, télen két parallel cursusban. Eiselsberg tanár maga csak egy óras collegiumot tart — télen — a hullán, melyben a sérülések sebészi kezelését mutatja be. (Eiselsberg tanárnak a bécsi orvosegyletben november 3-án tartott előadása nyomán.)

+ Skoda születésének 100. évfordulója alkalmából e hó 11.-én emlékülnepet rendez a bécsi orvosegylet. Az ünnepi beszédet Schrötter tanár fogja tartani.

= Kussmaul-érem. Czerny tanár alapítványt tett, a melyből 3 évenként 1000 márká jutalomban és egy e czélra készített arany-éremben részesül a gyógyászat körébe vágó olyan eljárást ismertető német nyelvű dolgozat, a melynek gyakorlati haszna már bevált.

— Meddig élnek a köpetben a tuberculosis-bacillusok? Ezt a kérdést vizsgálta meg legutóbb kísérletileg D. C. Twichel. Vizsgálatai szerint ez a körülményektől függ. Életben maradásukat a köpetben igen előmozdítja a nedvesség és a sötétség; ily körülmények között a szerző a bacillusokat még öt és fél hónap múlva is élő állapotban találta. A közvetlen napfény már pár óra alatt megöli őket; a beszáradás is siettet az elpusztulásukat. Höfok tekintetében legkedvezőbb reájuk a szobahőmérséklet; úgy a nagy hőség, mint a hideg árt nekik. (Med. News. 1905. szeptember 30.)

— Harez a titkos szerek ellen Amerikában. Sehol a világon nincs a titkos szerek s a különböző szabadalmazott mixturák, „cseppek“ stb. használata annyira elterjedve, mint az amerikai Egyesült-Államokban. Egyes amerikai orvosi és politikai lapok, élükön a „Journal of the American medical association“ című lappal harczt indítanak most ez ellen a nagy család ellen, melyet az említett lap „the great American Fraud“-nak (nagy amerikai szédelés) nevez s melynek szülőanyja az Amerikában roppantul kifejlődött reklám. A szabadalmazott drug-ok jó része erős alkoholtartalmú, némelyikük nem egyéb, mint pálinka; ezek leginkább azokra az államokra spekulálnak, a melyekben az alkoholtartalmú italok kimérése tiltva van. A küzdelem igen nehéz, mivel sok nagy elterjedésű lap üzleti összeköttetésben van a szabadalmak tulajdonosaival s ezért védelmére kel a megtámadott drug-öknek.

— A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya 1905. november havában összesen 77 esetben működött.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 47. hetében (1905. november 19.-től november 25.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elveszülte 549 gyermek, elhalt 255 egyén, a születések tehát 322-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 3, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 8, convulsiones 0, paralysis progress. 5, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordis 17, morbi myocardii 5, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 12, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 1, pneumonia 20, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 52, emphysema pulm. 5, pleuritis 1, alii m. org. resp. 3, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 6, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocell. intestini 1, peritonitis 6, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 7, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 4, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 8, paedatrophia 1, marasmus senilis 8, carcinoma ventric. 1, carcinoma uteri 3, alia carcinomata 8, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 5, morbilli pneumonia 6, scarlatina 2, pertussis 2, croup-diphth. 3, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 3, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 0, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közokrházakban. A mult hét végén volt 3720 beteg, szaporodás 888, esőkken és 881, maradt e hét végén 3680 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 182 (139), vörheny 34 (35), áh. gége- és ronesoló toroklob 19 (27), hőkburut 35 (18), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 14 (20), himlő 0 (0), áhlimlő 0 (0), bárányhimlő 59 (48), vérhas 1 (0), járv.

agy-gerinczagy kërlob 0 (0), járv. fültömírgylob 5 (4), trachoma 4 (10), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

H. Nanning gyógyszerész lapunk mai számában megjelent hirdetését az orvos urak szives figyelmébe ajánljuk.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Suprarenin“ című prospectusa van mellékelve.

A „Hazslinzy“ féle különlegességekre vonatkozó lapunk mai számában megjelent hirdetést az orvos urak szives figyelmébe ajánljuk.

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

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

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék vérzéscsillapító vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, lobellenes hatóanyaga. Külsőleg: az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngológiában, a chirurgiában, gynae-kológiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtétknél mint vértelenítő szer. Belsőleg: mint cardiacum és haemostaticum. Nagy üveg = 30.0 gr. Kis üveg = 15.0 gr. Tablettas Tonogeni Richter belső gyógyszere a kóros ondókiürüléseknek. Richter Gedeon „Sas“-gyógyszertára, Budapest, Üllői-út 105.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezővel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmi. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulások.

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

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

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanáreged orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. Olesó és gondos ellátás. Csúsz, kőszvény, ideg-, borbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán



Tátrafüred

(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva december 1-jétől márczius végéig. Vízgyógyintézet, massage, villamosítás, diéta asztal, felséges enyhe téli klíma. Téli sportok. Központi fűtés, villamos világítás, állandó gyógyszerár. Indikált: Basedow-kór, idegbajok, vérszegénység stb.

Tuberculosis kizárva.

Orvos: Dr. Dalmady Zoltán.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXV. rendes tudományos ülés 1905. december 1.-én) 889. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléséből 890. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXV. rendes tud. ülés 1905. évi december hó 1.-én.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Kövesi Géza.

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Angyán Béla, Borszék Károly és Ilyés Géza tagtársakat.

Elnök jelenti, hogy Stern Sámuel 200 koronával az egyesület alapító tagjai közé lépett. Örvendotes tudomásul szolgál.

Elnök jelenti, hogy az 1906.-i milánói nemzetközi kiállítás magyar osztályától felhívás érkezett részvételre. Az érdeklődők az elnökségnél a feltételeket megtekinthetik.

A hasüregen keresztül hatolt lövés gyomor- és májsérüléssel.

Borszék Károly: H. M., 23 éves, gyári munkás, 1905. október 19.-én este bőséges vacsora után egy 11 mm.-es revolverrel öngyilkossági szándékból hasba lőtte magát. A mentők szállították be Réczey tanár klinikájára.

A jól fejlett, erős testalkatú férfi nem tette súlyosan sérült benyomását. A bal rectus külső szélénél a processus xiphoidestól négy harántujnyira egy keskeny pörkölési udvartól környezett bemeneti nyílás löporudvar nélkül. A processus xiphoides alatt egy gyermektenyényi területen másodfokú égési seb. A bemeneti nyílás véralvadékkal kitöltött.

Has behúzódt, a legesekélyebb érintésre az izomzat megfeszül. Nyomásra csak a seb környéke fájdalmas. Tompulati eltérés sem a mellkason, sem a has felett nem mutatható ki; resistentia nem tapintható. Hólyagban mintegy 100 cm³-nyi szalmasárga vizelet. Vizsgálat alatt nem eszik, de egyszer ételmaradékot hány, élénkpiros vérrrel bőven keverve. Hőmérsék 37,1, érverés 110, kis hullámú, könnyen elnyomható. Arcz sápadt, közérzet elég jó, spontán fájdalmi alig vannak.

Kétségtelenül megállapítható lévén, hogy a lövés a hasüregbe hatoló, behozatala után 30 percczel chloroform-narcosisban a közép-vonalban megnyitjuk a hasüreget a processus xiphoidestól a köldökig vezetett metszéssel. A megnyitás után mintegy 200 cm³ folyékony, részben alvadt vér ömlik ki. A peritoneumon a bemeneti nyílás a rectus mediális szélének felelt meg. A gyomor erősen telt, a köldökig ér le. Előhúzódn, mellső falát vizsgáljuk és ekkor kiderül, hogy a kis görbületen a pylorus és a cardia közötti távolságnak kb. a közepén egy 2 cm.-nyi hosszú baráza látható, a melynek a gyomor mellső falához közelebbi része a gyomor üregét megnyitja, úgy hogy belőle bőségesen ömlik ki a gyomorbennék. A baráza e helytől számítva a gyomor hátsó falára folytatódott és vége felé már csak a serosa vörhenyesen beivódott, de anyaghiány nincs. A nyílást ideiglenesen befogjuk, a gyomrot előhúzzuk, a kiömlött gyomortartalmat kitöröljük és az egész barázdát Lambert-Czerny-varratokkal egyesítjük. A varrás alatt feltűnik, hogy a máj bal lebenye felől erős venosus vérzés van jelen; a közelebbi vizs. álatnál kitűnik, hogy a bal bordaív szélénél a máj bal lebenye három harántujnyira a szabad szél felett, balról felülről jobbra aláfélé haladólag át van löve; a löcsatorna szélei csillagosan berepedezettek és erősen véreznek. E helyet egy catgut-ültéssel, a mely a máj egész vastagságán áthatol, összeöltjük, mire a vérzés eláll.

Most a gyomron a kimeneteli nyílást keressük. Végigtapintjuk az egész hátsó felületet, de sehol sem találunk nyílást. Ezután az omentum minus 2 cm.-nyi sebet egyesítjük. Minthogy a golyót feltalálni nem tudtuk, végigvizsgáltuk a vékony- és vastagbeleket, a veséket és a rekeszt is, de semmi más sérülést nem találtunk. A felső sebzúgba egy Mikulicz-tampont tettünk és a hasüreget zártuk. Műtét után bőséges konyhasós infusio.

A lefolyás kedvező volt. Október 20.-án a Mikulicz-tampont el lett távolítva. Október 22.-én a bal lapoczká alatti tájon fájdalomról panaszkodik. Röntgen-átvilágításnál a golyó e helyen látható. El is távolították. A tampont helye lassanként kitélik sarjakkal. A bélműködés is rendes. A vizeletben semmi idegen alkatrész nem volt egyszer sem. A gyógyulás folyamata alatt a sérülés utáni 12. napon csekélyebb haemoptoe lépett fel minden láz nélkül; két napi fennállás után elmúlt. Jelenleg a beteg teljesen gyógyult.

Majdnem érthetetlen ez esetben a löcsatorna lefutása. Nehezen magyarázható meg, hogy miként került a golyó a bal rectus széle mellől a máj bal lebenyén és a gyomron keresztül a bal lumbális tájakra. A gyomor falát a golyó csak surolta, azonban üregét is megnyitotta.

A máj bal lebenyén teljesen keresztülhatolt, csillagos repedéseket okozván rajta. A máj ezen sebet varrattal azért egyesítettük, mert a sebzés könnyen hozzáférhető helyen volt és mert ezen a módon a vérzés gyorsan és biztosan csillapítható. A varrásnál a fonalat a máj egész vastagságán vezettük keresztül a sebszélétől mintegy 2 cm.-nyi távolságban; a sebszéleket teljes érintkezésbe lehetett hozni a nélkül, hogy a fonal átvágott volna.

A sérülés utáni 12. napon jelentkezett haemoptoe, valószínűleg tüdővérzés okozta, ámbár ily májsérülések után Jürgens, Hesz, Engel és Hammer haemoptoeakat irtak le, a melyeket májsejtemboliákból származtattak.

Situs inversus viscerum totalis mellett carcinoma miatt végzett pylorus-resectio.

Borszék Károly: Az 54 éves nőbeteg nem a rajta végzett műtét miatt tartja bemutatásra érdemesnek, hanem anatómiai ritkasága miatt.

Folyó év szeptember hó 30.-án vétetett fel Réczey tanár klinikájára olyan panaszok miatt, a melyek pylorus-szűkületet tettek valószínűvé. Felvételekor egy kis gömbölyded, kevésbé mozgatható resistentiát lehetett tapintani a has bal oldalán a bordaív alatt a közép-vonaltól nem messze. A resistentia nyomásra nem volt fájdalmas, a kopogtatási hang a megfelelő területen kissé tompult volt és gyomor-felfúvaskor a resistentia eltűnt. A gyomor alsó határa két harántujjal ér a köldök alá. Próbareggelinél sósavat rendes mennyiségben találtunk, tejsavat nem. Vizeletben semmi rendellenes alkatrész nem volt.

A mellkas vizsgálatok feltűnt, hogy a különben rendes tompulati viszonyok daczára a szívcsücsök és a jobb bimbóvonalban tapintható és hogy az egész szívtompulát a sternum mögött és tőle jobboldalt van. A megejtett Röntgen-felvétel is megerősítette ezen leletet.

Az elmondottakból gyomortumorra tettük a diagnosist, azonban a tumor helyzetéből a pylorus-stenosis tünetei nem voltak megmagyarázhatók. Október hó 11.-én laparotomiát végeztünk és a talált viszonyok mindent megmagyaráztak. T. i. tökéletes situs inversus volt jelen.

A cardia jobboldalt, a pylorus és duodenum baloldalt foglaltak helyet. Hasonlóképen a máj is baloldalt, a lép jobboldalt volt elhelyezve. A tapintott tumor a pylorust körkörösén annyira szűkítette, hogy a kisujj hegyét sem lehetett rajta átvezetni. Az egész pylorus a szokásos módon resekáztatott és a duodenum csonkja a gyomor csonkjával egyesítettet.

A nagyon elgyengült beteg igen nehezen szedte csak össze magát, de különben zavartalan volt a lefolyás, a beteg teljesen meggyógyult.

Az ilyen teljes situs inversus a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Az utolsó tíz év sebészeti folyóirataiban mindössze négy esetet találtam megemlítve, azonban ezek sem voltak teljesek.

Krumbán egy katonáról tesz említést, a kinek mája bal-, lépe jobboldalt volt.

Beck egy baloldali tumort vándorvesének tartott és nephropexiát végzett rajta.

Miután a beteg panaszai ezután sem multak el, laparotomiát végzett és akkor derült ki, hogy a máj baloldalt van.

Reichelmann és de Quervain bonczolat alkalmával konstatálták a belek rendellenes elhelyezését.

Erdekes a kiirtott pylorus görcsövi lelete is (Verebély Tibor), a mennyiben egy adenocarcinomának legkezdetibb stadiumát mutatja. A kiirtott borsónyi regionális mirigyek csupán lymphadenitis catarrhalis hyperplastica elváltozásait mutatják.

Essentiális vesevérzés esete.

Ilyés Géza: Egy beteget lesz szerencsém bemutatni, kinél az ú. n. essentiális vesevérzés volt észlelhető s kinek kórtörténetét bátor vagyok röviden előadni.

Az illető 44 éves férfi, ki gyermekkori hideglelésen kívül más betegsége nem emlékszik, nem köhögött, fájdalmi nem voltak, syphilise nem volt. Anyja és anyja 50 éves korukban haltak el, családi terheltég ki nem mutatható.

Két év előtt, 1903. januárban 10—12 napig véres vizelt, ez év május elején fárasztó munka után ismét véres lett a vizelete, a vérzés állandóan fennállott s a beteg gyengülni, sóványodni kezdett. Augusztus 15.-én, tehát a folytonos vérzés negyedik hónapjában vettük fel a poliklinika kórházába. A kissé anaemiás betegnél, kinél a jobb tüdőcsücs felett kissé rövidebb kopogtatási hang volt s kinek vizelete nagyon sok vért tartalmazott, cystoskopppal megállapítottam, hogy a vérzés a baloldali ureterből származik. Pontosabb adatok nyerése céljából a betegnél kétoldali ureterkatheterismust végeztem, midőn a kathereterek könnyen fel voltak vezetethők a vasmedenczéig s azokat hat óra hosszat bennhagyva s a külön felfogott vizeleteknek meghatározva fagyponjtját, majd phloridzin-befecskendés után ezkor mennyiségét és nagyobb mennyiségű vizitálás után a vesék hígítókéességét, ezen három parallelvizsgálat teljesen egyhangzó eredménye szerint mindkét vesefunctiót normálisnak s egymáshoz teljesen hasonlóknak találtuk. A vizelet chemiai s görcsövi vizsgálata sem mutatott semmi kóros elváltozást.

Ezen negatív lelet után, minthogy a beteg folyton vérzett s gyengült, diagnózis céljából műtetre szántam el magamat, melyet augusztus 22-én végre is hajtottam.

Narcosisban a bal vesét ferde lumbális metszéssel feltártam, előhúztam s miután azt rendes nagyságúnak, sima felületűnek s normális consistentiájúnak találtam, a vesekocsányt klammerral gyönggön leszorítva, a vesét egyik polusától a másikig kissé a legnagyobb domborulata mögött egész a vesemedenczéig felvágtam s a metszési lapokat kiterítve a vesét pontosan megvizsgáltam, azonban szabad szemmel semmiféle kóros elváltozást benne nem találva, a vesét négy csomós átöltös varrattal megint összevarrtam s a klammert levéve, helyére visszadugtam s a sebet bevarrtam. Göresövi vizsgálat céljából azonban a veséből egy szeletet kimetszettem, mely göreső alatt teljesen ép veserészletnek bizonyult.

Műtét után a vizelet még két napig kissé véres volt, harmadnapra a vér a vizeletből eltűnt, azóta vizelete teljesen tiszta, újabb vérzés nem jelentkezett. Beteg szeptember 9-én gyógyultán távozott.

Múlt hó 28-án, tehát három hónappal a műtét után, a beteget újra felvettem s ismét pontos vesevizsgálatot végeztem. A teljesen tiszta borsárga vizeletben, melyet Vas Bernát tanár volt szíves megvizsgálni, alig kimutatható fehérjenyomokon kívül az üledékben sok oxalsavas mészkristályt lehetett látni, a mi Vas szerint az alig kimutatható fehérjenyomok jelenlétét megmagyarázza. Ureter-katheterizés útján külön fel fogva a két vese vizeletét s utána meghatározva a fagyponot, a phloridzin után a cukormennyiséget s a vese hígítóképeségét, azokat teljesen egyformának s normálisnak találtuk. Az illető férfi erőben gyarapodott, hőmérséke teljesen normális, nem köhög s igen jól érzi magát.

Esetünkben a vérzés okát ma sem tudjuk. A meglevő hypothésisek közül sem vehetjük fel a Klemperer-féle angioneurotikus vérzést, mely valamely beavatkozásra megszűnik, mint Passet esetében, hol hólyagmetszés után a vesevérzés megszűnt, vagy Albarran esetében, hol hólyagkikaparás után maradt el a vesevérzés, hiszen a betegnél is történt beavatkozás, t. i. cystoskopos vizsgálat és ureter-catheterizés. Semmi támpont sem találók a Senator-féle renális haemophilia felvételére sem, a mely haemophilia sem a betegnél, sem a családja valamely tagjánál sohasem mutatkozott, de nincs bizonyíték az Israel által felvett nephritisre sem, hiszen sem makro-, sem mikroskoposan, sem a többszöri vizeletvizsgálatoknál annak semmi bizonyítékát nem találtuk.

Ismeretes azonban Frischnek az év elején bemutatott három esete, hol ő ismételtelen fellépő súlyos egyoldali vesevérzések miatt nephrectomiát végzett, s hol az eltávolított s mindenképen átvizsgált vesékben semmiféle különösebb kóros elváltozást kimutatni nem voltak képesek. Ugyanílyen eseteket írtak le Klemperer és Schrede.

Ismeretes másrészt Braatz esete is, ki vérzés és fájdalmak miatt betegénél az egyik vesét kettémetszette és semmit sem találva, újra összevarrta, de a betegnél három év múlva az előbbeni tünetek megismétlődése mellett a vese felső polusában gümös góczot talált, az alsó polusban pedig gyógyult gócz volt, mely valószínűleg a három év előtti tüneteket okozta.

A kérdés tehát úgy áll, hogy vannak jól észlelt esetek, hol sem a műtét előtt, sem a műtét után semmiféle kóros elváltozást kimutatni nem lehetett, de műtét után a vérzés megszűnt; vannak azonban olyan esetek is, mint a fentebb említett Braatz-féle, és ezek gyakoriak, hol a diagnostikus célból végzett műtétnél semmi kóros elváltozás nem volt található, de hol a tünetek egy idő múlva visszatérve, azoknak okát kifejezett elváltozásokban megtalálták.

Véleményem szerint hosszant tartó vesevérzéseknél, hol a physikális vizsgálati módszerekkel s az összvízelet vegyi és göresövi vizsgálata után, sőt a két vese külön felfogott vizeletének pontos vizsgálata után sem vagyunk képesek elváltozást kimutatni, diagnostikus célból feltétlenül indikált a vese feltárása, esetleg bemevésése, mert ez által esetleg kezdődő tuberculosist vagy daganatot fedezünk fel, másrészt pedig azért is, mert, mint a tapasztalat mutatja, ilyen beavatkozás után sokszor épen azon tünet, a vérzés szűnik meg, mely ha továbbra is fennállana, a beteg kimerüléséhez vezetne.

Hangsúlyoznom kell azonban azt, hogy az ú. n. essentialis vesevérzés felvételében ne igen bizzunk s főleg az utóbbi esetben, ha t. i. negatív lelet esetén a vérzés a bemetszés után meg is szűnt, nem szabad a beteget véglegesen gyógyultnak tekintenünk, hanem észleletünk alatt kell őt tartani, hiszen később kifejlődhetik tuberculosist, vagy a mi még rosszabb, rosszindulatú daganat, s ha az ilyen beteget időnként meg nem vizsgáljuk, esetleg elmulasztjuk azt a kedvező időpontot, midőn a radikális műtétet teljes eredményességgel hajthatjuk végre.

Ez történt betegünkénél, de miután ez idő szerint semmi okot kimutatni, mely a vérzést okozta volna, még nem tudtam, essentialis vérzésnek kell az esetet neveznem.

Dollinger hozzászólásként az essentialis vesevérzés egy esetét említi fel, melyet Kétly tanár klinikáján operált 10 esztendő előtt és a mely ma is életben van. A beteg mintegy 30 esztendő nő volt, a kit vesevérzése már teljesen legyengítették. A vizelet hosszú időn keresztül állandóan véres volt. Dollinger cystoskopikus vizsgálattal megállapította, hogy a vérzés a bal ureterből származik és ezen lelet alapján a vesét kitárta, helyéről előhúzta, lehámozta és miután a felületén semminemű kóros elváltozást sem talált, kettémetszette, megvizsgálta a metszölapon a parenchymát, továbbá a vesemedenczét és a kelybeket, továbbá a pyramisokat, de sehol szövetelváltozásokat nem lelt. Erre a vesét összevarrta, a helyére tette és a sebet elzárta, a mely per primam gyógyult. Azonban a vesevérzés a műtét után nem szűnt meg, hanem

még többször ismétlődött, míg végre valami háziszor használata után megszűnt. A beteg azóta többször írta, hogy egészséges.

Imrédy Béla a Dollinger tanár által említett esetet ismeri és tudja róla, hogy három év előtt újra volt vesevérzése és ez ismét megszűnt a kuruzsló szerre, mely petrezselyemfőzet volt. Most mammacarcinomával fekszik a Vörös-kereszt kórházban.

A radiotherapia indicatioihoz. Kiterjedt epithelioma esete.

Róna Sámuel: Az 53 éves kovácsot, a ki hét év óta szenved epitheliomában, mely a bal processus mastoid. táján kezdődve, a bal fül mögött és előtt a bőrt 1—1 férfitenyényi területen és a bal fülkagyló alsó felét részben elroncsolta és a melyet, mert nagyon kiterjedt és főleg basalsejtű fészkeket képezett, Stein collegával, a Rókus-kórház Röntgen-laboratorium vezetőjével, röntgennel kezeltünk, két okból bátorodom bemutatni.

Az egyik ok annak a kérdésnek felvetése, hogy az actualis rákban mennyiben kedvez az újabb ráktherapeutikus, speciell radiotherapeutikus mozgalmaknak.

Nekem ugyanis eddig az volt az álláspontom, hogy a szájrben fészkelő bármiféle ráknál, továbbá a bőrön minden caneroidnál, akárhol is fészkeljen az, a kezdeti stadiumban csak egy gyógyítási mód volna helyén: a rögtoni radikális exstirpatio, a regionárius mirigyekkel együtt; sőt még az ulcus rodens is ugyanazt hangoztattam és ennél is csak ott tettem engedélyt más, esetleg lassúbb gyógymódoknak, a hol elsődrendű cosmeticai szempont vagy nagy kiterjedés contraindikálta a kiirtást. Most azonban tekintve azon szép cosmeticus eredményeket, melyeket a röntgennel és a radiummal elértek, kérdés, tekintetbe vehetők-e a therapia meghatározásánál, a rákra vonatkozó újabb elméletek? Azaz oly szilárd alapúak-e azok, hogy rájuk építhetünk? Ugyanis, a mint méltóztatnak tudni, Krompecher és utána többben a rákokat két nagy csoportba osztják, ú. m. az átlag jobbindulatú basalsejtű rákok és a rosszindulatú tövises sejtű rákok csoportjára és ez különösen a bőrrákra nézve áll, melyeknek paradigmái a fent említett ulcus rodens és caneroid. A caneroid anatomicus következőképpen jellemezhető: sejtjei acidophil dús protoplasmával, nagy hólyagalakú, gyengén festődő maggal, jól érzékelhető protoplasmároszattal és elszarusodási tendenciával bírnak (szarúgyöngyök képzése). Klinice pedig öregeknél fordul elő, az arezra, és pedig leggyakrabban az alsó ajkpaizsra localizálódik, a mélybe terjed és nyirokmirigyfertőzéshez, illetőleg metastasishez, majd halálhoz vezet.

Az ulcus rodens anatomicus kör vagy ovális alakú, a peripherián oszlopos vagy cylindrikus, kevés protoplasmájú, intensíve festődő chromatinus magvakkal bíró sejtekből áll, melyek epithelostozatot nem mutatnak és rendszeren nem szarusodnak el, hanem csak elhalnak és így nem is képeznek valódi szarúgyöngyöket, klinikai jellege pedig, úgy a mint azt már két ízben 1897-ben kiemelte Jakob, a következők: Átlag a 40-es években vagy fiatalabb korban kezdet, az arezban, de bárhol localizálódás, lassú kifejlődés, a fekély sajátossága, felületen terjedése és még a tenebrans profund alaknál is (mely az orrt, fület, szemhéjakat és szemet is elpusztíthatja) a mirigyek mentessége és az életre veszélytelensége.

Átmenet a két alak között létezik ugyan, de ritka. Tehát ha nem is ily éjes ellentétben, hanem csak nagyjában állna így a dolog, hogy speciell a bőrrákoknál bizonyos histologiai szerkezetnek átlag bizonyos klinikai jelleg és lefolyás felelne meg, még az is fontos dolog volna és ezért azt a kérdést bátorodom feltenni, hogy kinek van ezen elméletet illetőleg gyakorlati tapasztalata? Ki végzett a klinikusok közül akár pathologiai kutatásai közben, akár therapeutikus működésével kapcsolatosan erre irányuló vizsgálatokat? Fedi-e valóban a gyakorlati tapasztalat az elméletet?

Azért bátorokdant e kérdést felvetni, mert még nem hallottam a klinikusoktól ez iránt nézetet nyilvánítani, a mikor a rák terapiájáról értekeztek. Pedig nagyon fontos volna a tannak megerősítése, mert akkor csekély próbaexcisioval eldönthetnénk azt a kérdést is, hogy mely rákféléseket foglalhatja le magának a radiotherapia? Fontosnak tartom e kérdés tisztázását az exact tudományosság és a rák betegek érdekében is.

A másik ok, a miért a beteget már most, gyógykezelése elején, a histologiai készítményekkel együtt bemutatom, az, hogy a t. karsak, ha majd egy idő múlva gyógyultan vagy gyógyulatlanul fogjuk bemutatni a beteget, teljesen tájékozva legyenek arról, hogy mit gyógyított vagy mit nem gyógyított meg a Röntgen-sugár.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A beri-beriről. A beri-beri név állítólag „beri“ hindosztán szóból ered, mely bárányt jelent s a beri-beriben szenvedő betegek tipegő, bizonytalan, a bárányra emlékeztető járására utal; Japánban „kakké“ nevezik ezt az ott is endemiás betegséget. Európa a XVII. század közepén vett először tudomást a betegségről Bontius nevű orvos révén, ki Bataviában fűzött gyakorlatot. Ez idő szerint a betegség különösen a malajki archipelagus szigetén (Sumatra, Java, Borneo, Celebes), a Molukka-szigeteken, Ujguineában és a Philippini-szigeteken van elterjedve.

A beri-beri klinikai képe igen változó. Néha csak gyenge motorius zavarokban nyilvánul meg, különösen az alsó végtagokon, máskor már korai stadiumban teljes bénulása fejlődik ki a végtagok és a törzs izmainak s e mellett szívzavarok, asthma s nagy fájdalmak a bőrben vannak jelen. A bénult izmok teljesen elsorvadnak, úgy hogy a beteg jóformán csontvázzá aszlik, vagy pedig zizenyősek lesznek a végtagok has- és mellvízkór kíséretében. Megint más esetekben a szivtünetek uralják a klinikai képet. A betegség minden alakjában s minden stadiumban halálhoz vezethet. Vannak foudroyans, néhány nap sőt óra alatt ölé esetek s kivált újonnan munkába vett plantage-okon nem ritkaság, hogy olyan munkásokat, a kik előtte való még mezei munkát végeztek, másnap reggel halva találják fekvő helyükön.

Japánban praktizáló három német orvos, Wernich, Scheube és Bälz munkálatai ve ettek először világosságot e betegségre; ők foglalták először e változatos körtüneteket egy betegség fogalma alá, ők adták először a beri-beri pontos klinikai leírását. Scheube és Bälz mutatták ki kórhonzolások alapján, hogy a beri-beri nem egyéb, mint a környéki idegrendszer súlyos bántalma, neuritis multiplex vagy polyneuritis endemica.

A betegség aetiologiájára nézve két nézet áll egymással szemben. Az egyik a bajt fertőző betegséggnek tartja. Többen vélték már meglelni a kórokozó bacillusokat, coccusokat, plasmodiumokat, de eddig e mikroorganizmusok közül egyik se vált be; az oltási kísérletek meddők maradtak. A másik nézet mérgezés eredményének tartja a beri-berit s különösen a rizst veszi gyanúba mint e súlyos baj okát. Csak hogy észlelték a betegséget olyan tájékokon is, a hol nem élnek rizsszel. Dürck legújabbban a beri-beriről pontos kórbonezeti vizsgálatokat végzett, melyekhez az anyagot Sumatra keleti partvidékén gyűjtötte, a hol a betegség igen el van terjedve. Vizsgálatai szerint a peripherikus idegek elváltozásai nem gyuladós, hanem inkább degeneratív jellegűek, hasonlóképen az izmok elváltozásai is. Ebből Dürck azt következteti, hogy a betegség okozója nem valami állati vagy növényi mikroorganizmus, hanem inkább élettelen mérge, vagyis hogy a beri-beri oka valamely autointoxicatio. (Dürck dr. előadása a német természetvizsgálók és orvosok 77. összejövetelén.)

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közpórházának sebészeti osztályán lemondás folytán üresedésbe jött segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás 1000 korona készpénzfizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főispáni hivatalához czímezve, hozzám 1905. évi december hó 12.-ig küldjék be.

Az állás azonnal elfoglalandó.

A mennyiben ekleveles folyamodó nem pályázna, szigorló is kineveztetik.

Gyula, 1905. évi november hó 29.-én.

2-2

Békés vármegye közpórházának igazgatósága.

2821/1905. sz.

Bihar vármegye eszéfi járásába kebelezzet Zsadány községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ezen állást elnyerni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a illetve 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelendő folyamodványaikat hozzám folyó évi december hó 12. napjáig annál is inkább nyujtsák be, mert az azon túl érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. 1600 korona évi fizetés.
2. Természetbeni lakás.
3. Esetenkénti látogatási díjak:

a) Az orvos lakásán 40 fillér.

b) A beteg lakásán 80 fillér, éjjeli látogatási díjak kétszeresen számítandók.

Megjegyzendő, hogy Zsadány község határába még Bölesd és Fancsika puszták vannak bekebelezve.

A választás folyó évi december hó 28. napján d. e. 10 órakor fog Zsadány községében megtartani.

Cséff, 1905. évi november hó 27.-én.

3-2

Markovics, főszolgabíró.

3568/905. szám.

Heves vármegye pétervásári járásához tartozó Parád, Bodony, Reesk, Mátradereske, Mátraballa, Mátramindszent, Szuba, Dorogháza, Maczonka és Nagybátány községekből álló parádi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtó orvosdoktorokat, hogy keppen felszerelt kérvényeiket hozzám folyó hó 24.-éig nyujtsák be.

A választást folyó hó 27.-én délelőtt 10 órakor Parád községében fogom megtartani.

A körorvos javadalmazása: 1200 kor. fizetés, 200 kor. úti átalány. A körorvos tartozik kerületét kéthetenként egyszer beutazni s az ez alkalommal jelentkező betegeknek díj nélkül, a házaknál látogatásoknál pedig 80 fillér díj mellett rendelni. A körorvos — a fürdői idény kivételével — kézi gyógyszerész tartására jogosítható.

Pétervásár, 1905. évi december hó 4.-én.

Drisnyey Béla, főszolgabíró.

1459/905. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett németi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás 1600 kor. évi fizetés és községenként 12 koronában megállapított fuvardíjváltás.

A körorvos a 45 községből álló körorvosi kör községeit negyedévenként beutazni, a szegényeket ingyen gyógykezelné, a himlőoltást végezni és a vármegyei szabályrendeletben előírt közegészségügyi teendőket teljesíteni tartozik.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy keppen felszerelt pályázati kérvényeiket alulírotthoz f. évi december hó 25.-éig nyujtsák be.

Korpona, 1905. évi december hó 1.-én.

Halmay, főszolgabíró.

17,140/905. szám.

Arad vármegye közpórházánál megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400 kor. évi fizetés, a kórház területén egy szobából álló szabad lakás, ezenkívül fűtés és világítás.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állás két évi időtartamra lesz betöltve.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előírt képesítéssel bírnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám 1906. évi január hó 1.-s napjáig terjeszszék be.

Arad, 1905. évi december hó 3.-án.

Az alispán helyett:

Boros, th. főjegyző.

Az Első Leánykihazasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztosító intézet. Budapestén, VI., Teréz-körút 40-42. Alapított 1863. Folyó év november havában 993,300 k. értékű biztosítási ajánlat nyujtatott be és 855,300 k. értékű új biztosítási kötvény állítattott ki. 1905. január 1.-től november 30.-ig bezárólag 13,567,300 k. értékű biztosítási ajánlat nyujtatott be és 11,358,000 k. értékű új biztosítási kötvény állítattott ki.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizskereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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

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

Kétféle arzen. (100 gm. tartalmú 2-0 gm. vasat, 6-0 gm. K Na amon. brom. és 0-005 arzenid. mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat. Kétféle arzenid. felülmúl minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti

és

kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszerész

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben

valamint minden gyógytárban, Főraktár:

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

Hirdetéseket kizárólagosan

a „Petőfi“ kiadóvállalat

(Budapest, VII., Kertész-utca 16) vesz fel.

A budapesti kir. Orvosegyesület 1905. évi december hó 9.-én tartott 68-ik évváró rendes közgyűlése.

Elnök: BÓKAY ÁRPÁD. Jegyző: LÉVAI JÓZSEF.

1. Elnök a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Orvosegyesület!

A sebészi therápia óriási haladása, a még egy-két évtized előtt is lehetetlennek látszó sebészi beavatkozások fényes eredményei, melyek a sebészi működés terét majdnem naponta szélesebb körökre terjesztik ki, lelkes örömmel és csodálattal tölthetik el a haladás minden barátját és *Dieffenbach*, *Velpeau*, *Fergusson* és *Balassa*, ha feltámadnának sirjükből, bizonyára kétkedve töprengenének a felett, vajjon nem álom-e mindaz, a mit ma a műtőtermekben és kórszobákban látnak. Kérdés azonban, hogy a sebészi therápiának bámulatos haladásával lépést tudtak-e tartani a therápia egyéb ágazatai is, különösen pedig a legősibb mindenik között: a *pharmakotherapie*? Vajjon nem vált-e egyoldalúvá a gyógyítás művészete?

Ha nem felületesen, hanem mélyebben kutató szemmel vizsgáljuk a gyógyító tudomány történetének utolsó évtizedeit, feleletünk csak az lehet: *hogy a fejlődés minden irányban egyenletesen haladt előre* és nevezetes, hogy a *pharmakotherapie* rohamos fejlődése majdnem ugyanakkor indult meg, mikor a sebészet Lister fellépésével az emelkedés útjára tért: a XIX. évszázad utolsó harmadában. Ekkor kezdenek teljesen megérni azon gyümölcsök, melyeknek magvait a század első felében Johannes Müller és Claude Bernard vetették el. Ekkor dobja el magát a *pharmakotherapie* végképpen azt a sok czifraságot, melylyel a *scolastica* és később a természet-philosophia teleaggatták. Ekkor hagyja el a *pharmakotherapie* a galenusi *empyria* homályos útjait, melyeken csak tapogatózva járhatott; ekkor gyűjtja meg a mai *pharmakologia* megalapítója, Buchheim, a *physiologia* és *chemia* fáklyáit, melyeknek világítása mellett a gyógyszerzetan biztos lépésekkel haladhat azon az úton, a melyen jobbra-balra gazdagon lehet aratni a gyógyszerhatás igazi megismerésének hasznos gyümölcseit.

Képzelnék csak el a XIX. század közepéig, sőt még tovább is, 1860-ig a *pharmakotherapie* állapotát! Szinte félek, hogy fiatal orvostársaim el sem fogják hinni, a mit mondani fogok! *Antipyreticum* nem volt kezünkben; *digitalis* nagy adagaival, *veratrummal*, *salétrommal* volt kénytelen gyötrődni az orvos, mert a *chinint*, az első igazi *antipyreticumot*, csak 1862 óta használjuk mint lázellenes szert, addig csak mint *antimalaricum* szerepelt; a *pharmakologusok* ma is élő *nestorának*, *Binz*-nek érdeme főképen, hogy a *chinin antipyreticus* irányú használata a gyógytanban polgárjogot nyert. *Cardionikus* szerünk nincsen; ismerjük ugyan már régen a *digitalis*-levelet, de két évszázad nem volt elegendő arra, hogy vele bánni megtanuljunk; Johannes Müller tanítványa, Traube kellett ahhoz, hogy megismerjük igazi jelentőségét és igazi használati módját. *Anodyn* szerünk az *opiumot* s a még akkor csak ritkán és szinte félve rendelt *morphint* kivéve sem volt; *hypnoticumokkal* sem rendelkezünk s az *opiumot* és *morphint* kellett erre a célra is használnunk. Az első *hypnoticumot* a *chloralhydrat* alakjában az 1870-iki év hozta meg. Helyi *anaestheticus* szerünk sem volt, hacsak a *coniumot* és *belladomiát* annak nem akarjuk tekinteni; az első, a *cocaint* csak 1884-ben ismertük meg. A *vassal*, ezzel az ősi gyógyszerrel, melyről már Homeros regélt, se tudunk bánni, mert főleg mint *összehúzó* és *stypticumot* szerepeltettük. A *bromkaliumot* *syphilitis* és *scrophulosis* gyógyítására használtuk és a szegény epilepsziások az ötvenes évek végéig gyógyszer nélkül sinlődtek. A fertőtlenítő szereket is nélkülöztük, hacsak az 1866-i háborút követő *cholera* járvány alkalmával szélteben használt *vasgáliczot* annak nem akarjuk tekinteni.

Sydenham mondotta, hogy letenne orvosi működéséről, ha *opium* nem volna a világon. Vajjon tisztelt Orvosegyesület, ha gyógyszerkincsünk mai állapota visszacsinálná az azon szegényes állapotra, a melyet most néhány példával vázoltam, nem mondanánk-e mi is le az orvosi gyakorlatról?

Ma dűskálkodhatunk a jobbnál jobb *antipyreticumokban*, *hypnoticumokban*, *anodynumokban*; a helyi *anaestheticumok* áldásos gyógyszer csoportja ma már a *cocainnal* előnyösebben ható szereket is tartalmaz; *vassal*, a *digitalissal*, a *bromkalival*, ezekkel a hatalmas gyógyszerekkel biztosan tudunk bánni, fertőtlenítő szerünk bőven van; a hatástalan ballasztól megszabadult a gyógyszerkincs s ma névszerint is alig ismerjük már azt a növényvilág szolgáltatott sok szemetet, a mit a gyógyszerzetárak még a XIX. évszázad közepén is tartogattak és helyettük óriási, szinte túlnagy tömegével az új, hatékony és hatásukban jól ismert szerekek, gyarapodott gyógyszerkincsünk.

Mindezt annak köszönhetjük, hogy a *pharmakologia* önálló tudományává lett, mely élettani módszerekkel fel tudja már kutatni minden szernek a normális vagy a normálistól eltérő életjelenségekre gyakorolt módosító hatásait, mely számba veszi a gyógyszerek *chemiai* *structuráját* és ebből folyó *chemiai* sajátságait és összevetvén az utóbbi adatokat a hatásokkal, általánosabb nézőpontokat tud találni. Azon perczben, a midőn kimondotta a *pharmakologia*, hogy a *gyógyszerek* hatása csekély kivétellel nem egyéb, mint *chemiai* hatás, mely szorosán összefügg *chemiai* *structurájukkal*, az történt, mint mikor egy sötét teremben egyszerre kigyuladnak a villamos lámpák; egyszerre fény derül mindenre, látunk mindent, a miről hogy ott van, fogalmunk se volt addig, megértünk sok mindent, a mit érthetetlenek véltünk. Ez a kimondott elv hozta létre azt a nagy *chemiai* ipart is, mely majdnem napról napra új, tervszerűen szerkesztett *structurájú* és *structurájuknál* fogva előre ismert hatású *vegyületeket* *gyógyszerekkül* szolgáltat nekünk. Ez a modern *chemiai* ipar a *pharmakologiai* búvárlatok eredményeit tekintetbe véve, úgy tud ma már bánni a *vegyületekkel*, mint az *esztergályos* a *fadarabokkal*: fúrja, faragja, simítja, alakítja azokat úgy, hogy azok azon célznak, melynek szolgálni hivatva vannak, legmegfelelőbbek legyenek; fokozza oldhatóságukat, módosítja vagy megszünteti ízüket, szagukat, letompítja kellemetlen mellékhatásaikat egy-egy újabb, az alaphatást nem gátló, nem módosítható *atomsoport* hozzátételével vagy elvételével, vagy más *vegyületekkel* való összekötéssel. Így keletkeztek többi közt a tömérdek új *antipyreticum*, melyek majd mind *anodyn* hatásúak is, a *jodoform* számos helyettesítője, a szagtalan és iztelen *kreosot*- és *guajakol*-készítmények, a *cocaint* pótló *eucain* és *orthoform*, a *formaldehyd*et leadó *vegyületek*, az *urethan*, *sulfonal*, *trional* és *veronal*, az új *ezítőkészítmények* és ki tudna még felsorolni, mennyi hasznos új gyógyszer.

Talán ennyi is elég volna annak igazolására, hogy a *pharmakotherapie*, az öregebb testvér, tényleg lépést tudott tartani a sebészi therápiával, a fiatalabbik testvérral. Ha azonban hozzáveszem a modern *pharmakotherapie* fegyvertárához, a mint joggal tehetem is, a *gyógyyszerumokat* és az állati szervekből készült *gyógyszereket*, melyek az állati szervezetet még csodásabb színben tüntetik fel, mint a milyennek ismertük: úgy bizonyára túlonúl is bebizonyítottam bevezető szavaimban felállított tételemet. Igaz ugyan, hogy a *gyógyyszerumokat* a *bakteriologiai* búvárlás adta kezünkbe s így nem a *pharmakologia* érdeme azok fölfedezése, a mi azonban bizonyára közömbös a *therapeutika* szempontjából; de már az *opothera-*

piás készítmények nagyrészt pharmokologiai bűvarkodás szülöttei s a pharmakologia derített hatásuk kikutatásával fényt az élettan sok homályos kérdésére és büszke is arra, hogy ez által némileg is meghálálhatta szülőanyjának, a physiologianak azt a sok becses ajándékot, a mit tőle kapott.

A therapia egyéb ágazatai, a melyenek az összes physikai gyógy módok (a phototerapia csodáival együtt), azután a diaetoterapia, valamint a klimato- és balneoterapia szintén bámulatos haladtak a XIX. évszázad második felétől kezdve, mert a durva és labilis empyriás alapról ép úgy áthelyezkedtek a biztos élettani alapra, mint a pharmakoterapia s most már, mert ez az alap az indicatiók pontos felállítását és a kellő dosirosást is lehetővé teszi, mint hatalmas, gyakran elsőrangú fegyverek állanak rendelkezésünkre.

A therapia fejlődése tehát minden irányban egyenletesen haladó volt a fellendülés azon korszakos idejében, mely a XIX. évszázad utolsó harmadában vette kezdetét, a melyben ma is élünk s a mely időnek mozgalmas, idegizgató, de lelkesítő, mert nagy eredményeket szülő munkájában — nyugodt lelkiismerettel mondhatjuk — ezen Királyi Orvosegyesület is mindig buzgón vett részt, egyútt haladva mindig azokkal, a kik a tudományos haladás zászlóvivői voltak.

Munkálkodjunk egyesült erővel ezentúl is, hogy ez a jövőben is így legyen!

Ezen óhajtaással megnyitom Egyesületünk évszázó közgyűlését.

2. *Lévai József* titkár jelentése a lefolyt év működéséről.

Az orvosegyesületet ugyanoly mérték illeti meg, mint bármely nagy kulturállam hasonló intézményét. Összeállítva a lefolyt évben az orvosi tudományos világban végbe ment munkát, kitűnik, hogy ebből az orvosegyesület jelen tekeny részt vett ki.

Az orvosegyesület jelen évi működése elérte, sőt némely tekintetben túlszárnyalta az egyesület legjobb évei tudományos működésének eredményét. 25 ülésen az előadások száma elérte a 28-at, 56 bemutatás és 105 felszólalás történt. Az előadásokban képviselve van majdnem mindegyik klinikai szakma a lehető legnagyobb változatosságban. Az egyesület szakosztályai is kevés kivétellel élénk működést fejtettek ki, 7 szakosztályban 23 előadást és 96 bemutatást tartottak. Az egyesület tagjai tevékeny részt vettek a hazai tudományos mozgalmakban, jórészt azoknak irányítói voltak. Az egyesület részt vett az orvostudományt érdeklő külföldi jelesebb eseményekben is. Lucae Ágost levelező tagjának 70. születése napján az elnökség latin nyelvű üdvözlőt küldött.

Az egyesület belső ügyeivel az igazgató tanács 6 ülésben foglalkozott. Megalapította az orr- és gégegyógyászati szakosztályt, befejezte a Balassa-díj szabályzatának módosítását, az új szabályzat szerint a jövő év folyamán tartandó első „Balassa-előadás” megtartására Réczey Imrét kérte fel, a ki ezen meghívást elfogadta. A gyámibizottság a Schuster-Bugát-féle alapítvány szabályzatának módosítását az igazgatótanács tanács kiküldöttével együttesen elkészítette. Az orvostörténelmi múzeum a jelen évben megkezdte működését. Az év folyamán elhaltak: Boleman István, Boleman Béla, Hasenfeld Emanuel, Pétzy-Popovics Uros, Schulek Vilmos, Steiner Samu, Pálmai Izsó, Puky Ákos. A levelező tagok közül Mikulicz. Nothnagel halála alkalmával az elnökség a bécsi orvosi fakultásnak és a bécsi orvosegyesületnek részvétét fejezte ki. Kilépett 16 tag.

Az egyesület legközelebbi teendői közé a titkár a külfölddel való élénkebb szellemi összeköttetést és a népnek a természettudományok elemeibe való bevezetést az orvosok részéről, sorolja.

3. *Temesváry Rezső* könyvtáros jelenti, hogy a könyvtár a lefolyt évben 1179 munkával 1755 kötetben és füzetben gyarapodott; állománya jelenleg 9394 munka 18,177 kötetben és füzetben. A kiadások 8500 koronát tettek ki. 196 tag 1310 könyvet kölcsönzött ki házi használatra. Az egyesület olvasótermében 279 folyóirat és évi gyűjtő munka áll a tagok rendelkezésére. Az orvostörténelmi múzeum létesítése folytán a hungaricumok gyarapítása is lehetővé vált, az

utolsó években a könyvtár 77 régi (1850-ig megjelent) magyar orvosi munkával és 291 magyar orvosi dissertatioval gyarapodott. A következő új lapok járnak az egyesületnek: Biochemisches Centralblatt, Biophysikalisches Centralblatt, Medicinische Klinik, New-York Medical Record, Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie.

4. *Jurkiny Emil* pénztáros jelentése szerint az egyesületi vagyon áll: az alap bevétele 23,468 kor. 56 fill., kiadása 23,387 kor. 65 fill., marad készpénzben 80 kor. 91 fill., értékpapirokban 8600 kor., az egyesület házában 146,500 kor. Az egyesület kezelésében van a Schuster-Bugát-féle ösztöndíjalap 9400 kor., a Balassa-díjalap 21,200 kor., az Ivánchich-segélyalap 33,500 kor., Orvosi Hetilap-díj 4400 kor., Mészáros Károly-díjalap 20,800 kor., Bókai János-émlékalap 3300 kor.

5. A „Schuster-Bugát” alapítvány kamatait Frank Tamás pécsi főgymn. III. osztályú tanuló élvezte.

6. A „Schuster-Bugát” alapítvány szabályzatára vonatkozó módosításokat a közgyűlés elfogadta.

7. Az Ivánchich-alap kamataiból az igazgató tanács 1450 koronát osztott ki három kartárs és hét kartárs özvegye között.

8. A „Bókai János”-émlékalapítvány ezimen a Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság 3300 koronát adott az orvosegyesületnek, melyet az orvosegyesület elfogadott.

9. Néhai Szenger Ede dr. volt budapesti orvos a budapesti kir. orvosegyesületnek 1. adományozott 400 koronát, 2. hagyott 20,000 koronát, a melynek jövedelme orvostud. pályamunkák díjazására fordítandó, 3. hagyott 30,000 koronát. Ennek évi jövedelme három részre osztandó, „az egyik egyharmad nyomorral küzdő ügyfél vagy ügyfeleknek adassék, a második harmad valamely elhalt gyakorló orvosnak segélyre szoruló és ezt meg is érdemlő fiúárójának adassék; a harmadik harmad pedig valamely elhalt orvos szegényen maradt özvegyének és árváinak segélyezésére marad”. A segélyezésben csak r. k., ev. ref. vagy ág. ev. vallásúak részesülhetnek és olyanok, kik hivatalos állást nem viseltek.

10. A pénztárvizsgáló bizottság tagjai lettek: Id. *Elischer Gyula*, *Flesch Nándor*, *Hirschler Ágoston*.

11. A könyvtárvizsgáló bizottság tagjai pedig *Török Lajos*, *Székely Ágoston*, *Politzer Alfréd*.

12. Végül a választásokat ejtették meg.

A megválasztott tagok névsora a következő:

I. *Levelező tagok.* A) *Külföldiek:* Behring Emil tanár Marburg, Chrobak Rudolf nőgyógyász tanára Bécs, Ehrlich Pál tanár Frankfurt a. M., Eiselsberg Antal báró sebész tanára Bécs, Epstein Alajos gyermekgyógyász tanára Prága, Fränkl Bernát gégeész tanára Berlin, Fuchs Ernő szemész tanára Bécs, Guyon Jean Casimir Félix urologus Páris, Killian Gusztáv gégeorvos Freiburg i. B., Leyden Ernő belgyógyász tanára Berlin, Martin Ágost nőgyógyász tanára Greifswald, Meyer Hans gyógyszer tanára Bécs, Neusser Eduard belgyógyász tanára Bécs, Nitze Miksa urologus Berlin, Pagel Gyula orvostörténelem tanára Berlin, Popovics Pál protomedicus Belgrád, Rosthorn Alfonz nőgyógyász tanára Heidelberg, Subbotits Vilmos sebész, állami kórházigazgató Belgrád, Veit János nőgyógyász tanára Halle a. S. B) *Belföldi:* Makara Lajos sebész tanára Kolozsvár.

II. *Rendes tagok:* Alpár Sándor, Bakay Lajos, Balás Dezső, Berkovits René, Dóczy Imre, Dollinger Béla, Farkas Márton, Finger Vilmos Ágost, Fischer Ernő, Gellért Elemér, Gergő Imre, Gescheit József, Grossich Ruggero, Győry Ilona, ifj. Hahn Dezső, Királyfi Géza, Klein Sándor, Lakatos Viktor, Mansfeld Géza, Mansfeld Ottó, Ofner Oszkár, Pollermann Arthur, Schulek Alfréd, Steiner Pál, Szabó Gusztáv, Szántó Margit, Szegő Ármánd, Szörényi Tivadar, Takáts Márton, Varga Géza, Vértes Oszkár.

III. *Ujból belépett rendes tagok:* Konrád Jenő, Pándy Kálmán.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarozsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 892. lap.
- Picker Rezső: Végbélkankó férfínál, miut a húgycsőkankó szövödményeinek következménye. 898. lap.
- Siklós Armand: Megjegyzések Kugel Mór dr. úrnak „A vitalis reactio lényege és szerepe a foggyökkezelésben“ című cikkére. 900. lap.
- Kugel Mór: Válasz Siklós Armand dr. úrnak cikkemre tett megjegyzéseire. 901. lap.
- Tárca. Ónodi: Az első internationalis gégegyógyászati congressus és a gégegyógyászat ötven éves jubileuma. 901. lap. — Grósz Emil: A székesfővárosi szent István-kórház trachoma osztálya. 902. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Pappenheim: Atlas der menschlichen Blutzellen. (Körmezői Emil.) — Ernst Schwalbe: Vorlesungen über Geschichte der Medizin. (Györy.) 903. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Takaoki: Milyen hatása van a theának a gyomornev elválasztására. — Stilling: Mellékvese-átültetés. (Halász Aladár.) — Belgyógyászat. Strauss: A tápláló esőrék kérdéséhez. — R. Kaufmann: Hyperaciditás. (H. P.) — Idegbajok. Henry Meige: Az echternachi tánczoló körmenet. (Kollarits Jenő.) — Stursberg: A dermatographia körjelző értéke. (Kollarits Jenő.)

— Sebészet. Whitney: A subperitonealis medencefibromáról. (Pólya.) — Ito és Asahara: Rákos gyomor totalis illetve subtotalis kiirtása. (Steiner Pál.) — Friedheim: A Basedow-kór sebészeti kezelésével elért eredmények. (Steiner Pál.) — Húgy szervi betegségek. Bernasconi és Colombine: Az ureter megszakadása. (Drucker Viktor.) — Rochet: Gáttáji prostata-kiirtás. (Drucker Viktor.) — B. Motz és Pearnau: A prostata túltengése. (Drucker Viktor.) — Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Schlemmer: A cocainbefekendések után jelentkező kellemetlen melléktünetek. — Wüthauer és Gärtner: Viferral. — Magyar orvosi irodalom. 903-905. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Thanoffer Lajos. — Kitévés. — Kinevezés. — Választás. — Egyetemi alkalmazások. — Az Orvosi Kőr Országos Segélyegyesülete. — A budapesti VII. ker. Orvostársaság. — „Orvosok lapja.“ — Adakozás 85 éves keresetképtelen orvos részére. — Elhunyt. — Kisebb hírek külföldről. — „St. Louis Medical Credit Guide.“ — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A budapesti egyetemi II. sz. női klinika. — A budapesti poliklinika. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Markusovszky-féle jubilaris előadások. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Közkórházi Orvostársulat. Mellékletek. Orr-, gége- és fülggyógyászat. 3-4. szám. Szerkesztik: Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor. — Uj-Tátrafüred gyógyhely prospectusa. — Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning „Suprarenin“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Kollarits Jenő dr., tanársegédétől.

(Folytatás.)

III. észlelet (E. család). 1 férfi, arteriosclerosisban és brady-cardiában meghalt; 2 férfín kóros tünetek: nystagmus, intendált remegés, kisagyvelői ataxia, merevgörcsös alsó végtagok, fokozott inreflexek, hebegő beszéd, ingadozó lefolyás, e mellett az egyik arteriosclerosisban, időszakos sántításban, vizelésnehézségben, az egyik kéz contracturájában, a kézen hyper- és hypaesthesiában szenved.

Az 1902-ben felvett adatok szerint az atya 69 éves, egészséges, az anya 67 éves, szívbeteg, 5 év előtt influenzája volt, utána nem tudott jól beszélni, az emlékező tehetsége is romlott, most javulófélben van. A szülők nem rokonok.

Az atya élő testvérei egészségesek, néhányan ismeretlen bajban haltak meg, az anyának 7 testvére egészséges, 2 ismeretlen bajban halt meg.

A testvérek: 5 testvér fiatal korban a 2. és 4. év közt halt meg, 11 él. Ezek a következők:

1. 46 éves férfi, neurastheniás. 2. 44 éves asszony, hysteriás. 3. 42 éves férfi, beteg, neurastheniás. 4. 38 éves férfi, neurastheniás. 5. 36 éves asszony, egészséges. 6. 34 éves asszony, egészséges. 7. 32 éves férfi, egészséges. 8. 30 éves férfi, brady-cardiában meghalt. 9. E. Z., 28 éves, kórtörténete következik. 10. 26 éves nő egészséges. 11. E. Á., 25 éves férfi kórtörténete következik.

1. E. Z., férfibeteg 1904. május 14.-én vettük fel a klinikára. Ez a beteg 1898-ban diptheriában és 1899-ben sárga-

ságban szenvedett, luest és potust tagad. 1900. november havában kezdte észrevenni, hogy bal keze hibás, kisebb tárgyak kiestek a kezéből. Ugyanezen időben mások figyelmeztették, hogy hanyagul jár, 1-2 hónap mulva észrevette ő maga is, hogy könnyen fárad és hogy járása kissé bizonytalan, nem halad egyenes vonalban. A beteg 1901. márczius havában Jendrassik tanár úrnál jelentkezett, a kinek feljegyzései szerint nagyfokú ataxia mellett az inreflexek fokozottak voltak, a kezek remegtek, a beszéd dadogó volt. A vizelés nehezen ment. Ezután a beteg járása javult. 1902. májusban nystagmus támadt, kiskokú lábclonus volt kimutatható.

Felvételkor a középtermétü, jól fejlett és jól táplált beteg esontjai és izületei épek voltak. A bőr színe halvány, a bőr alatt mirigy nem tapintható.

A belső szervek épek. Az érverés száma percenként 82. A vizelet néha kissé nehezen ürül ki, benne idegen alkatrész nincs.

A szemtengelyek állása egyenes, a szemtekék minden irány felé mozognak, a pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodáskor jól reagálnak. Oldalt nézéskor mindkét szemén kiskokú nystagmus van. A látás teljes.

Az arcz izmai jók, a rágás, nyelés, nyelvmozgás, az inyvitórlak mozgása jó. A beszéd hebegő, selypítő és nehézkes.

A felső végtagok mozgásában ügyetlenség vehető észre és kiskokú intendált remegés is van.

A beteg járása ingadozó, nem tartja meg az egyenes irányt és a mellett a merevgörcsös járás sajátosságait hordja magán, e mellett az alsó végtagokon is észlelhető intendált remegés, a mi kitünik akkor, ha egy meghatározott pontra akar lépni. Ez különben csakis úgy sikerül, ha a mozgást igen lassan, szemei ellenőrzése mellett viszi végbe. Alsó végtagjai járás közben térdben megcsuklanak. Összetett lábbal a beteg már nyitott szemmel

sem tud ingadozás nélkül megállani, csukott szemmel elesnék, ha nem fogózkodnék meg.

Az izmok ereje, tápláltsága, activ és passiv mozgásképesége minden irányban megtartott. A passiv mozgással szemben az alsó végtagokon csekély ellenállás érezhető.

A patella, Achilles és triceps brachii inreflexei fokozottak, mindkét oldalon lábelenus váltható ki. A talpreflexek feszítők, a bõrreflexek kiválthatók.

Az érzékszervek épek. A stereognosis-érzés mindkét kézen hibás, egyéb érzésfajokban zavar nincs.

A belső szervek épek. A vizelet akadálytalan, a vizeletben idegen alkatrész nincs.

A beteg csekély megszakítással 1905. márczius 7.-ig volt a klinikán, a hol állapota gyakorlatok végzése után javult, különösen járása lett jobb.

E. Á. 25 éves korában 1902. április 22.-én vizsgáltam először.

Ez a beteg kis korában bárányhimlőben szenvedett, ezen kívül egynehány blennorrhoeától eltekintve, jelen bajáig nem volt beteg.

Jelen baja kezdetét 1902. április 8—10.-ére viszi vissza, akkor meglehetősen hirtelen vette észre, hogy írása romlik, másnap lábai is gyengültek, beszéde is nehézkes lett, azután április 19.-én jobb keze behajlott, azt azóta kifeszíteni nem tudja. Ezen kívül panaszja az, hogy ha hosszabb ideig jár, járás közben jobb lábában hirtelen fájdalom szakad, ilyenkor továbbmenni nem tud. 2—3 percnyi pihenés után folytatni tudja útját, de ugyanezen jelenségek a további járás folyamán újból előállanak. Ugyanezen idő óta kezén és lábujjain bizsergést érez.

A beteg tagadja, hogy luese lett volna, nagy dohányos, mérsékelten iszik szeszes italt.

Felvételkor a kis termetű, mérsékelten fejlett és táplált beteg csontrendszere ép volt. A környéki erek erős lüktetése volt látható, az érverések száma percenként 80 volt. A szív és a többi belső szervek épek voltak.

A mozgás vizsgálatakor feltűnt, hogy a jobb facialis alsó ága elmaradt, a nyelv kinyújtáskor balra tért. Az inyvitörák kétoldalt egyenlően mozognak, a beszéd gyermekkor óta hebegő.

A nyelv jó.

A felső végtagok mozgása, a jobb kéz mozgásától eltekintve, jó. A beteg jobb kezét összeszorítva tartja, állítólag azért, mert kinyújtása fájdalmas volna. A bal kéz és annak ujjai passivé tül-feszíthetők. A bal kéz intendált mozgásokkor remeg.

Az alsó végtagok mozgása minden irányban végbemegy, de a jobb valamivel nehézkesebben mozog. A járás a kisagyvelői ataxia jellegével bír, és e mellett kissé merevgöresös.

A m. triceps brachii, a lapoczkacsontthártya, a patella és Achilles-in reflexe élénk, mind a két lábon lábelenus van, mely a különben is nehézkesebb jobb lábon élénkebb.

A jobb oldalon a talpreflex feszítő, a balon kiváltásakor rendetlen mozgások támadnak. A has- és cremaster-reflex kiváltása nem sikerült.

A jobb kéz erősebb érintésre fájdalmas, a tenyéri oldalon esetérintésre kissé hypaesthesiás. Ugyanitt jelentékenyen tompult a stereognosis is. Egyéb tárgyilagos érzészavar nincs, a jobb végtagok ujjában nagyobb, a bal végtagok ujjain kisebb fokú paraesthesiák vannak.

A látás jó. A bal szemteke kifelé nézéskor kissé remeg.

A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A többi érzékszervek épek.

A beteg 1902. május 21.-ig állott észlelésünk alatt, langyos fürdőket és aspirint használt. Meleg vízben kezét ki tudta feszíteni.

1904. márczius havában vett értesülés szerint a baj azóta javult. 1904. május 15.-én Jendrassik tanár úr vizsgálta. Akkor az volt a panaszja, hogy nehezen rajzol és hogy különösen a jobb keze gyengébb, ez a kéz passivé sem volt feszíthető, a stereognosis hibája helyreállott, a jobb kéz érintése most is fájdalmas volt, a kisujjon és gyűrűs ujjon megmaradtak a paraesthesiák. A járás most is a kisagyvelői ataxia és merevgöresös járás egyesülését mutatta.

IV. észlelet (M. K.) 1 eset, strabismus divergens, paralysis spinalis spastica, genu recurvatum, 52 cm. átmérőjű fej. Nagyszülők unokatestvérek.

M. K., (l. 14. ábra.) 7 éves, földmives fiát 1905. szeptember 28.-án hozták a klinikára. Az atya nagyanyja és az anya nagyanyja testvérek voltak. Az atya 40 éves, egészséges, az anyja 32 éves, egészséges. Az atyának 4 testvére van, egy 43 éves férfi más anyától és egy 36, 33, 27 éves nő. Ezek és gyermekeik egészségesek. Az anyának egy 45 és egy 34 éves férfitestvére és ezek gyermekei egészségesek. A beteg testvérei: 1. leány 1 éves korban valószínűleg diphtheriában halt meg. 2. 7 hónapos leány ismeretlen bajban halt meg. 3. 10 éves leány egészséges. 4. leány 1 éves korban ismeretlen bajban halt meg. 5. 5 éves leány ép. 6. 4 hónapos leány ép.

A fiú rendes időben könnyen, orvosi segítség nélkül született, rendes időben tanult járni és beszélni, semmi súlyosabb, lázas betegségben nem szenvedett és minden kimutatható ok nélkül kezdett 5 éves korában rosszul járni. Járása lassan romlott azon fokig, melyen most van.

A gyermek belső szervei épek. Vizelet, szék rendes. A szellemi képesség a kornak megfelelő. A fej meglehetősen nagy, 52 cm. kerületű. A homlok mozgása jó, a fogak mutatasakor mindkét, de főleg a jobb szájjug elmarad. A beteg jobb szemét csak akkor tudja becsukni, ha mind a kettőt csukja, míg a bal magában is csukódik. A szemek egyenként vizsgálva minden irányban jól mozognak, a két szemmel nézéskor azonban a befelé néző szem divergál. Nystagmus nincs. A pupillák jól reagálnak fényre és alkalmazkodáskor, a látás jó. A nyelvmozgás, rágás, nyelés jó. A beszéd kissé vontatott, nehézkes. Az inyvitörák jók.

A felső végtagok minden irányban mozognak és elég erősek, keze mégis kissé ügyetlen. A beteg rendesen félig behajlítva tartja alkarját és kéziövét, míg az ujjait feszíti. A bal kéz mozgása kissé határozatlan, kifejezett intentiós tremor nincs. A törzsizmok mozgása jó.

A gerincoszlop kissé hajlott, a középháti csigolyák hátulról nézve elődomborodnak. Az alsó végtagok tartása jellemző, ha a beteget asztalra ültetjük, alszárait félig kifeszítve egymáshoz szorítva vagy keresztezve tartja úgy, hogy a lábak befelé állanak. A mikor a beteg egyenesen áll, akkor térdeit hajlítva tartja, vagy pedig erősen előrehajolva áll valami tárgyba kapaszkodva kezével és ilyenkor térdben rendellenes módon feszül a lába, erős genu recurvatum alakjában. Az alsó végtagok elég erősek, passiv mozgáskor a szokótnál nagyobb ellenállást alig fejtenek ki.

A beteg járása merevgöresös, a medencezéje kissé emelkedik, a genu recurvatum járás közben fokozódik, a lábujjak a földre akadnak. A gyermek járás közben gyakran elesik.

A patella, Achilles és a háramfeji karizom inának reflexei fokozottak, lábelenus kiváltható. A talpreflex feszítő, kiváltásakor az ujjak legyezőtartásba jönnek. A cremaster- és ágyékreflex élénk, a felső és alsó hasi reflexek nehezen kiválthatók. Érzészavar nincs. Az érzékszervek a szemektől eltekintve épek.

V. észlelet (Fr. család). 3 pseudohypertrophiás leány és 1 fiú, közöttük az egyik leány elmaradt a fejlődésben. Az anyai nagyszülők unokatestvérek.

Az anyai nagyszülők unokatestvérek voltak, az atyai nagyszülők öreg kort értek. A szülők nem rokonok, az atya 65 éves, magas termetű, az anya 45 éves, középnagy, mind a kettő egészséges. Az atyának 2 nő és 3 férfitestvére van, ezek és gyermekeik egészségesek. Az anyának egy férfitestvére 36 éves korban rákban halt meg, egy férfitestvére egészséges, ezek gyermekei is egészségesek.

A betegek atya kétszer nősült, az első feleségétől 2 gyermeke van, egy 30 éves asszony, a kinek 5 fiú- és 2 leánygyermeke van, 9—1 éves kor között és egy 25 éves nő, a kinek házassága eddig meddő maradt.

A második asszonnyal kötött házasságból 9 gyermek származott:

1. A legidősebb 24 éves, magas termetű férfi, egészséges,

¹ Jendrassik: A paralysis spinalis spasticáról. Orvosi Hetilap.

egy gyermeke 6, a másik 8 hónapos terhesség után született, mind a kettő közvetlen a születés után meghalt.

2. A második 18 éves korban meghalt, magas termetű nő volt, 11 éves korban kezdett rosszul járni, 12 éves kora óta ágyban feküdt. Ezen beteg lábait az ágyban fekvé mozdítani sem tudta, a kezeit a vízszintesnél magasabbra emelni nem tudta, az ágyban csak mások segítségével ült fel, ebben a helyzetben a táplálékot szájához tudta hozni. A beteg alszárai eleinte feltűnő vastagok voltak, később azonban az egész teste és alszárai is nagyon lesoványodtak.

3. A harmadik gyermek fiú, 2 éves korban halt meg ismeretlen bajban.

4. A negyedik testvér fiú, most 19 éves, magas termetű, 13 éves korban romlott a járása, 15 éves kora óta ülve tölti napjait. Az alszárai eleinte vastagok voltak, utóbb vékonyodtak, egy ideig lábujjhegyen járt; járás közben fejét hátraszegezte, főrzse görbe volt. Alsó végtagjai térdben behajlottak, nem feszíthetők ki, lábái bokában a középvonal felé vannak hajlítva.

5. Az ötödik gyermek 16 éves leány (Helén), kórtörténete részletes közlés tárgya.

6. A hatodik gyermek leány, 6 éves korban ismeretlen bajban halt meg, jól járt.

7. 10 éves leány (Eszti) kórtörténete alább következik.

8. 7 éves egészséges fiú.

9. 4 éves egészséges leány.

F. Helén 16 éves. Kis korában nem volt beteg. Rendes időben tanult járni és beszélni. 5 éves korban kezdtek vastagodni az alszárai, nem jól tudott hajolni, a földről csak kapaszkodva tudott felkelni. Később hamar fáradt, gyengült, háta lassan meg-görbült. Járása nehézkes lett.

A beteget 1904. december 1.-én 15 éves korában vettük fel a klinikára, a hol megszakítással 1905. szeptember 24.-éig tartózkodott. Ezen idő alatt a baj csak keveset haladt előre.

A beteg fejlődésében elmaradt (l. 15. ábra), 135 cm. magas, fandumján és hónalján nincs szőre. Felvételnél még nem menstruált. A bőr alatt levő kötőszövet mérsékelt zsirtartalmú.

A csontrendszerben csak a gerincoszlopon van elváltozás. Fekvő helyzetben a gerincoszlop egyenes, de felálláskor elgömbült, a mennyiben a háti rész közepe hátulról tekintve homorúnak látszik, a vállak és az ágyéki rész ellenben előáll. A belső szervek épek, vizeletben idegen alkatrész nincs.

Az arc- és nyakizmok jók, a rágásnak és nyelésnek nincs akadály, a nyelv jól mozog. A vállak jól mozognak és elég erőt fejtenek ki. A beteg karjait a vízszintesig meglehetősen könnyen emeli fel előre és oldalra, ezen két irányban kifeszített karjával azonban erőt kifejteni nem tud, a mennyiben azokat kis erővel le tudjuk nyomni. A két nagy fűrészizom gyengeségét mutatja az, hogy a karok felemelésekor a lapoczkák szárnyalakban előállnak a gerincoszloptól. Az alkar hajlítása és feszítése sikerül, de kifeszített karját behajlítani és behajlított karját kinyújtani kis erővel is bírjuk. A m. infraspinatus bénulása abban találja kifejezését, hogy a beteg felkarját kifelé rotálni egyáltalában nem tudja. A kéz feszítése és hajlítása, az ujjak mozgása sikerül, de erőt a beteg kifejteni nem tud azokkal.

A csuklyás izom elég jó, a nagy mellizom kissé gyenge, a m. latissimus dorsi gyenge. Törzsizmának gyengeségére vall, hogy ha előre hajlik, támasztani kell magát kezével, és ezen helyzetből kiegyenesedni nem igen tud.

Az alsó végtagok minden irányban mozognak.

Az alszárfejtők elég jók, ellenben a hajlítók gyengék, a beteg behajlított alszárát kis erővel kifeszíthetjük. A többi irányban is elég gyengék az alsó végtagok.

Ha a beteget a földre ültetjük, a dystrophiára jellemző módon egyenesedik fel, előbb négykézláb áll, azután alsó végtagjait feszíti, kezeivel alszáraira és czombjára támaszkodva kel fel. Járás közben vállait veti, medencéjét erősen forgatja.

A felső végtagok tápláltsága gyenge, a felkar legnagyobb kerülete 20 cm., az alkaré 21 cm. A czombok kerülete 15 cm.-rel a patella felett 37.5 cm., a jobb lábszár legnagyobb kerülete 33.5 cm., a bal lábszáron e méret 34.5. Az alszárak tehát aránytalanul vastagok.

A patella, Achilles és triceps brachii inreflexei kiválthatók,

bőrreflexek jók. Érzékszervek épek. Érzés jó. Villamos reakciók jók.

Fibrillaris rángás sincs.

F. Eszti (l. a 15. ábrát.) 10 éves leányt 1904. december 1.-én vettük fel a klinikára. Rendes időben tanult járni és beszélni. 4 éves korban kezdett vastagodni a lábaszára, ugyanakkor hamar fáradt és a földről támasztás vagy kapaszkodás nélkül felülni nem tudott.

A kis leány 119 cm. magas. Bőr alatt kevés a zsír. Belső szervei épek, vizeletben idegen alkatrész nincs.

Az arc- és nyakizmok jók, a rágás, nyelés, nyelvmozgás rendes. A vállak, felső végtagok minden irányban mozognak, de erőt egyik irányban sem tudnak kifejteni.

Gyengék a nagy fűrészizmok, a m. latissimus dorsi, a m. infraspinatus. Meglehetősen jó a csuklyás és a nagy mellizom. A törzs minden irányban mozog, álláskor a gerincoszlop hátulról tekintve homorú, a vállak és a háti alsó gerincoszlop előáll. Ha a beteg előre hajlik, kezével kell megtartania magát, hogy előre ne düljön, ilyen előhajlott helyzetből kiegyenesedni nem igen tud.

Az alsó végtagok minden irányban mozognak, ellenállásuk azonban könnyen legyőzhető. A földről a dystrophiára jellemző módon kezd felkelni, de kezeit nem a czombjára támasztja, hanem magát azokkal a földtől hirtelen ellöki.

Járáskor medencéjét emeli.

A jobb felkar legnagyobb körfogata 15.5, az alkaré 15 cm. A czomb legnagyobb kerülete 8 cm.-rel a patella felett jobb oldalt 26.5, baloldalt 26 cm., az alszáron ezen méret mindkét oldalon 25.5 cm. A lábikrák feltűnően vastagok.

A patella, Achilles és háromfejű karizom inreflexei kiválthatók, a bőrreflexek élénkek. Az érzés és az érzékszervek működése nem korlátolt. A villamos ingerlékenység feltűnő elváltozást nem mutat, fibrillaris rángás sincs.

VI. észlelet (Katt. család). 2 pseudohypertrophiás fiútestvér alul széles mellkassal, nagy fejjel, kis fülekkel, az idősebb prognát, Achilles-inreflexe fokozott és izomrövidülései vannak.

A nagyszülőkről pontos adataink nincsenek, az anyai nagyanya szívbeteg volt.

Az atya 52 éves korban a lipótmezői tébolydában halt meg, a hol 2 évig ápolták. Az anya most 46 éves, lúdtalpa van, egyébként egészséges, 6 évvel fiatalabb, mint a férje. A szülők nem rokonok.

Az atya testvérei: 1. 56 éves egészséges férfi, a kinek 7 gyermeke volt, ezek közül egy fiú 26 éves korban öngyilkos lett, egy leánya 28 éves egészséges, 4 fia és 1 leánya kis korban halt meg. A 28 éves asszonynak 1 fia és 1 leánya egészséges. 2. 45 éves férfi, a kiről nem igen tudnak. Ennek van egy 16 éves gyomorfájós leánya és egy 11 éves egészséges fia. 3. 42 éves asszony elmebeteg volt, élete utolsó 14 évét az angyalföldi intézetben töltötte, 2 gyermeke kis korban halt meg.

Az anya édestestvérei: 1. 49 éves asszony, egészséges, 4 gyermeke volt, egy 28 és egy 26 éves apáca, egy 24 éves egészséges leány és egy fia, a ki 26 éves korban halt meg, epileptiás volt. 2. 26 éves férfi tuberculosisban halt meg. 3. Fiú, a ki 3 éves korban ismeretlen bajban halt meg. Mostoha testvérek más anyától: 4. 30 éves asszony, 3 leánya és 1 fia egészséges. 5. 28 éves asszony, férjétől elvált, magtalan. 6. 26 éves férfi és annak egy leánya egészséges. 7. Fiú kis korban halt meg. 8. 20 éves leány, soká volt beteg, most egészséges.

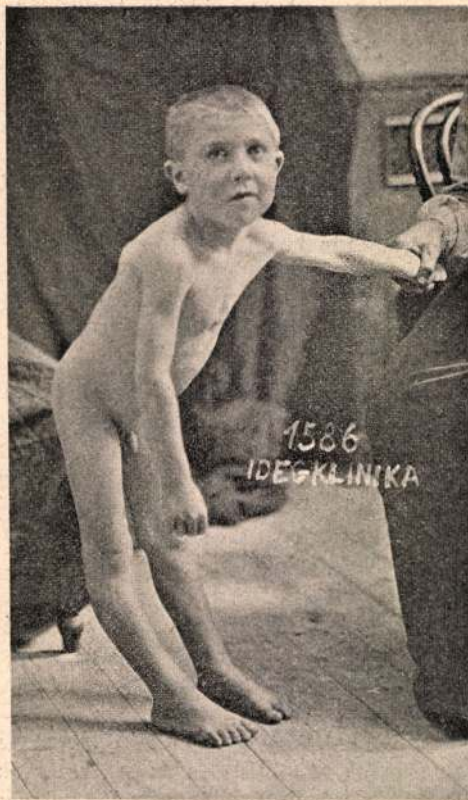
A betegek és testvéreik. 1. 26 éves egészséges asszony, egy 3 éves és egy 2 éves leánya egészséges. 2. 18 éves korban meghalt leány, nehezen beszélt, hülye volt. 3. 21 éves férfi, ideges, szívdobogásról és fejfájásról panaszkodik. 4. 17 éves leány, egészséges. 5. 1 éves korban meghalt fiú. 6. 10 hónapos korban meghalt fiú. 7. 15 éves fiú, pseudohypertrophiás. 8. 11 éves leány egészséges. 9. 7 éves korban meghalt fiú pseudohypertrophiás volt.

A két pseudohypertrophiában szenvedő fiú kórtörténeti adatai a következők.

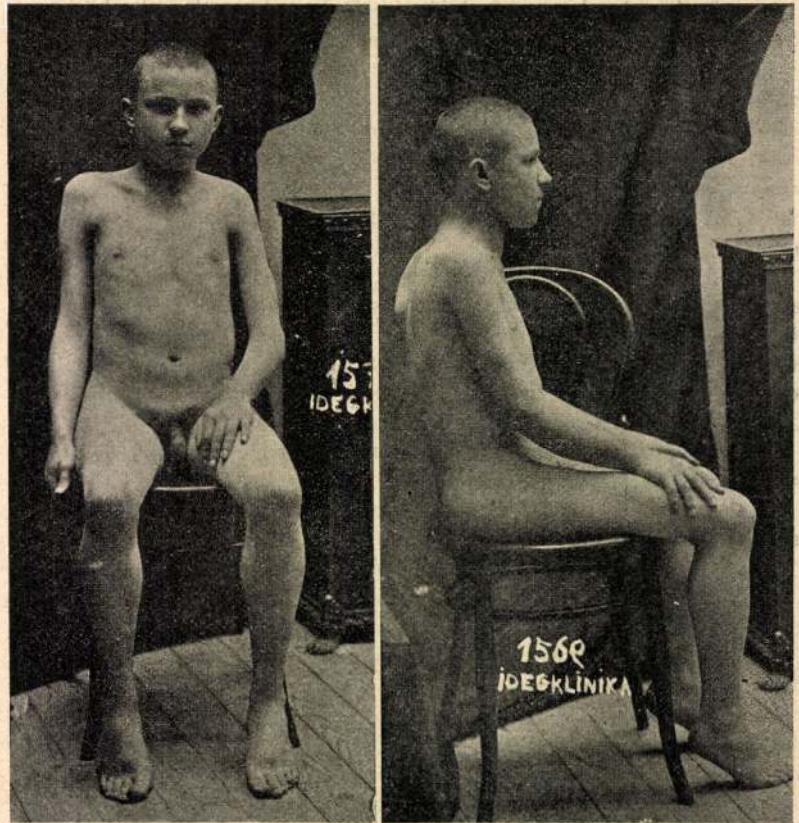
K. M. (l. 16. ábra) tanuló, most 15 éves, 11 éves korában 1901. május 9.-én jelentkezett először a rendelésen, ezen időtől

fogva több ízben hosszabb ideig feküdt a klinikán, utószor 1905. október havában vizsgáltam meg.

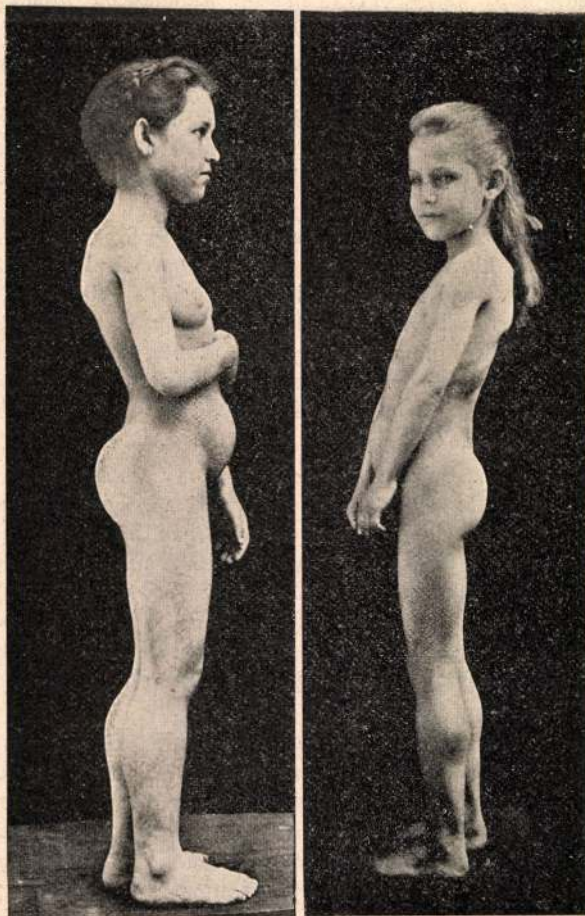
beteg. 8 éves korában tornáznia kellett volna az iskolában, ekkor lett nyilvánvaló, hogy milyen nagyfokú mozgásainak az ügyetlen-



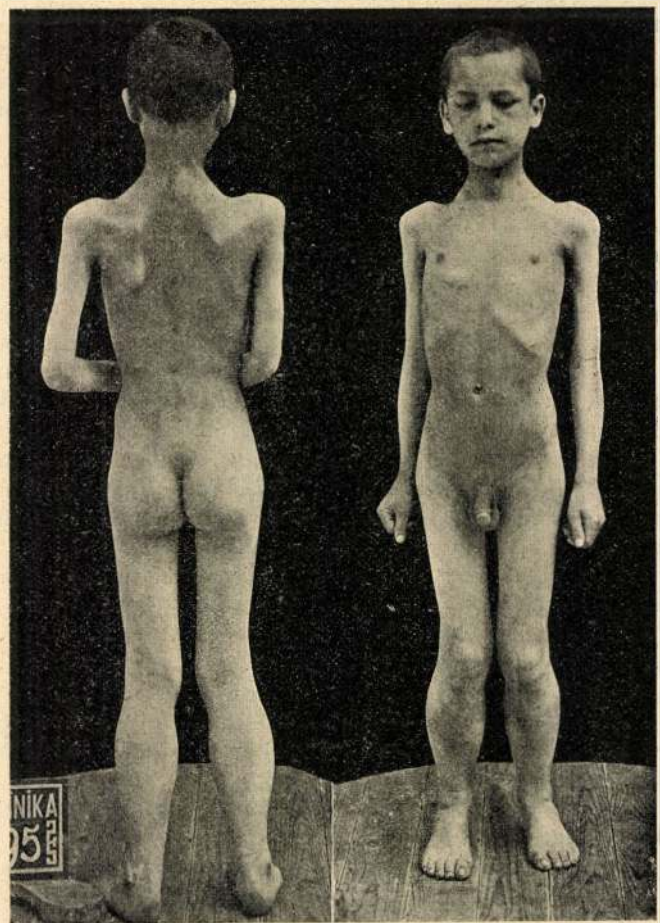
14. ábra.



16. ábra.



15. ábra.



17. ábra.

A beteg rendes időben, orvosi segítség nélkül született, | sége, melyet már előbb is észrevettek. 9 éves korában a járása
 rendes időben tanult járni és beszélni. Kis korában nem volt | már annyira romlott, hogy lépcsőn csak nehezen tudott felmenni.



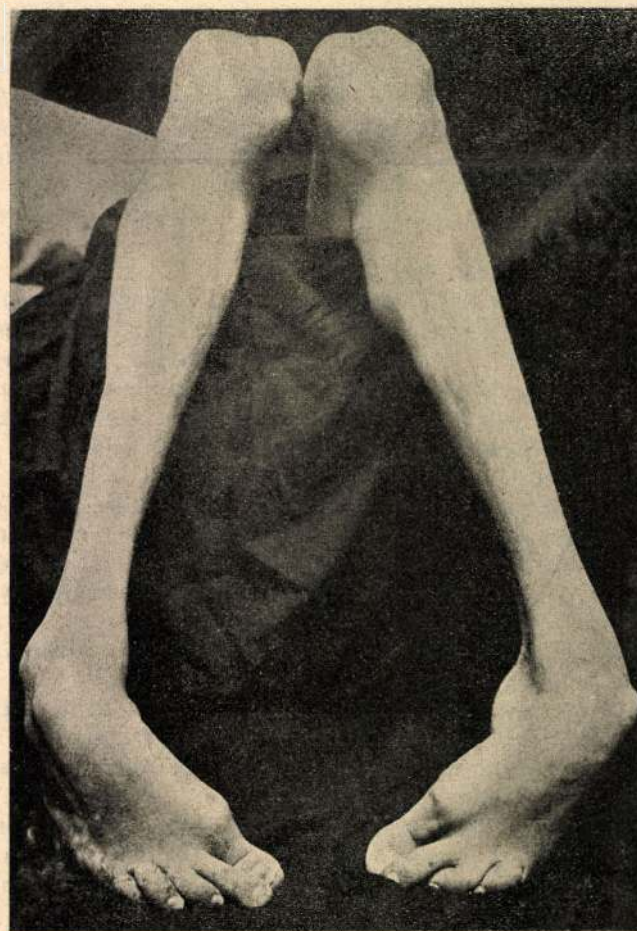
18. ábra.



20. ábra.



19. ábra.



21. ábra.

Azóta állapota fokenként romlik. Az utolsó vizsgálat alkalmával következő leletet vettem fel.

A 15 éves fiú korához képest jól fejlett. A fej aránylag nagy, 56,5 cm. kerületű, a fülek kicsinyek, a rendesnél ferdébben

állanak, az alsó fogsor egynéhány millimeterrel előbb áll, mint a felső. A csontrendszerben annyiban van elváltozás, a mennyiben a háti gerincoszlop a 2—7. csigolyáig nagysugarú balra homorú scoliosisban elgörbült, a gerincoszlop alsó része a 2. ágyéki csigolyáig ugyanilyen görbületet ad az ellenkező irányban, ezenkívül azonban a 12. háti és első 2. ágyéki csigolya tövisnyújtványa

előálló. Mindezen elbajlások nem teljesen, de bizonyos fokig kiegyenlítődnek, ha a beteget függőleges helyzetben felemeljük. Kissé szabálytalan a mellkas alakja is, a mennyiben lefelé szélesedik.

Az arcz, nyelv, nyelvtorla jól mozognak, a rágás és nyelés jó, a beteg hangja rendes. A fej mozgása jó, a nyakizmok minden irányban mozognak és elegendő erőt fejtenek ki.

A felső végtagok tápláltságában a felkarok aránylagos soványsága tűnik fel az alkarok vastagságához képest. A felkarok legnagyobb kerülete 21 cm., az alkaroké 23 cm. A felső végtagok passive minden irányban mozgathatók, a jobb alkar abban kivétel, a mennyiben nem feszíthető teljesen. Az activ mozgások ellenben igen korlátozottak. A vállak felfelé és hátra jól és kellő erővel működnek, előre, azaz a medialis irányban e mozgás csak kevésbé és erőtlenül sikerül. A deltaizom oldalt és előre nehezen mozgatja a felkart, nem egészen a vízszintes helyzetig, ezen magasságig felvitt kart a beteg ellenállása dacára a legkönnyebben le tudjuk nyomni. A serratusok gyengesége a lapoczkajellemző állásában és a kar emelésekor szárnyaszerű elállásában talál kifejezést. A felkar befelé, illetőleg a medialis sík felé mozog, de ezen mozgás alig egy kis erővel legyőzhető, ilyenkor a m. pectoralis major felső része mint vékony köteg tapintható. A m. latissimus dorsi igen gyenge, ha a beteget karjainál fogva felemeljük, úgy válla a füléig szalad fel. Az alkar minden irányban mozog, de minden mozgása erőtlen; erőtlen a kéz és ujjak minden mozgása is, leggyengébb a kéz feszítése, mely a vízszintesen túl nem sikerül.

A törzs minden irányban mozog.

Az alsó végtagok tápláltságában a czomb soványsága elüt a lábakra vastagságától, a jobb czomb kerülete 15 cm.-rel a patella felső széle felett 37.5, a balé 37 cm., a jobb alszár legnagyobb körfogata 35, a balé 35.5 cm. Az alsó végtag passiv mozgása korlátolt. Az alszárak derékszögben behajlított helyzetükből alig feszíthetők, a láb lólabátartású és nem feszíthető (dorsalflectálható) derékszögbe. Ennek megfelelően a beteg behajlított alszárral és lábbal ülve tölti idejét, járni nem tud, zsámolyra ülve szokott csúszni. Az alsó végtag minden mozgása végbemegy annyira, a mennyire az Achilles-in és a lábszárhajlítók inainak rövidülése engedi.

A belső szervek épek.

A kar tricepsének és a patella inának reflexe nem váltható ki, az Achilles-in reflexe ellenben fokozottan tekinthető, a mennyiben kiváltásakor a gastrocnemiusok egymásután egynehányszor húzódnak össze, mint a hogy az a hypertoniás alsó végtagokon szokott előfordulni. Lábelonus néha igen kis mértékben kiváltható. A hasreflexek kiválthatók, a talpreflexek hajlítók.

Az érzés jó. Az érzékszervek épek.

A beteg penise erectioba szokott jönni, de nem ejaculál.

A villamos ingerlékenység megtartott, fibrilláris rángás nincs.

K. József-et, az előbbi öcsését anyja 1904. szeptember 24.-én hozta a klinikára, mert feltűnt neki a gyermek ügyetlen járása; ezt a beteget csak egy ízben vizsgálhattuk.

A 6 éves kis fiún egy éve veszik észre ezt a bajt, azóta gyakran botlik.

A gyermek réndes idejű terhesség után orvosi segítség nélkül született, réndes időben tanult járni és beszélni. A fej aránytalanul nagy, kerülete 55 cm., a testalkat rachitiseshez hasonló, mellkasa alul széles.

Az arcz, fej, nyakizmok jók. A felső végtagok minden irányban mozognak, de gyengék. Gyengék az alsó végtagok izmai is, de minden mozgás végbe megy a lábujjak mozgásán kívül, melyeknek feszülése korlátolt.

A beteg a földről a dystrophiás betegekre jellemző módon kel fel. Alszárai vastagok a többi izomzathoz képest, mely körülbelül réndes térfogatúnak mondható. Villamos vizsgálat a klinikán csak egy alkalommal látott fiún nem történt. A patella- és Achilles-inreflexek kiválthatók.

Az érzés és érzékszervek jók. Belső szervek épek.

A fiú 1905. januárban közbejött lázas baj áldozata lett.

VII. észlelet. (Sp. F.) 1 eset. Gerincoszlopelgörbülés, pseudohypertrophia, Babinski-tünet. A két nagynya testvér.

Sp. F. 15 éves, kereskedő fiát 1904. június 6.-án vettük

fel. Atyjának anyja és anyjának anyja testvérek. Atyja 68 éves, beteges, atyja testvéreiről nem tudunk. Anyja 58 éves, egészséges, 5 testvére él. A beteg testvérei 40, 35, 30, 28 éves férfiak, 26 éves asszony, 20, 19, 13 éves leányok, egészségesek. Az elsőnek 3, a negyediknek 1, az ötödiknek 2 egészséges gyermeke van. Hasonló baj a családban nincs.

A betegnek (l. 17. ábra) 5 éves korában scarlatinája volt, lábai oedemások lettek. Ezóta gyengül. 13 éves korában vastagodtak meg alszárai, azóta keze, lába gyengül.

A szívcsúcs és pulmonalis felett systolés zörej hallható, a szívtompulat réndes. A belső szervek egyébként épek. Vizeletben nincs idegen alkatrész.

A rágás-, nyelés-, arcz-, nyelvmozgások jók. A fej oldalt fordul, de sem előre, sem hátra nem hajlik, oldalt alig. A beteg fejét egyenesen tudja tartani, ha kissé más irányba kerül a feje, úgy az illető irányba esik. A vállak alig mozognak. A felső végtagon csak a csuklóban és az ujjizületekben van kevés mozgás, de ez a csekély mozgás is erőtlen. Fekvő helyzetből felülre nem tud, ha előre hajlik, nem tud kiegyenesedni. Fekvő helyzetben a beteg nem tudja lábait emelni. A czombrotálás jó, az abductio nem sikerül, a többi mozgások is alig sikerülnek, csak a lábujjak mozgása maradt elég ép. A beteg alig tud egynehány cm. rövid lépést tenni, azt is csak úgy, ha őt előbb kiegyenesítjük. Járás közben, ha a merőleges irányból kijön, hirtelen összeesik.

Az alsó végtagok passive csak 45° szögig emelhetők. Az alszár hajlítása a m. quadriceps megfeszülése miatt csak korlátoltan lehetséges. A lábak lelőgnak, feszítésük csak korlátoltan lehetséges. A villamos vizsgálat csökkent ingerlékenységre mutat, fibrilláris rángás nincs. Az egész izomzat végig sorvadt, csak az alszár hypertrophiás.

A végtagok méretei a következők: Jobb felkar legnagyobb kerülete 14, a balé 13 cm., az alkaroké 17 cm. Jobb czomb kerülete 15 cm.-rel a patella felső széle felett 30.5, a balé 30 cm., a jobb alszára 32.5, a balé 32 cm.

A gerincoszlop a réndesnél nagyobb mozgékonyaságú. Ha a beteg ül, a nyaki és felső háti gerincoszlop teljesen egyenes vonalat ad, a háti alsó rész pedig erősen előáll és kissé jobbra fordul, álló helyzetben ugyanilyen a gerincoszlop tartása, de kevésbé kifejezett; ha a beteget felemeljük, gerincoszlopa kissé kiegyenesedik, de nem egészen.

A patella-inreflex nehezen, a triceps brachii és Achilles-inreflex nem váltható ki. A hasi és cremasterreflexek jók. A talpreflex kiváltásakor az öregújj igen határozott és több vizsgálat alkalmával ismételve feszítő mozgást tett.

Érzés és érzékszervek jók.

VIII. észlelet (T. F.) eleinte pseudohypertrophia, később általános dystrophia nagyfokú kyphoscoliosissal, nyelészavar, kis nyelv, szabálytalan alsó állkapocs, egymás mögött és alatt nem érintkező fogak. Izomrövidülés. Egy unokatestvér dystrophiás (?)

T. F. 18 éves, szatócs fiát 1905. október hó 27. én Tauszk¹ magántanár úr szívessége folytán a budai szegényházból hoztam a klinikára, a hol október 29.-éig tartózkodott.

Anyai nagyatyja 56 éves korban ismeretlen bajban, nagyanyja 49 éves korban hirtelen halt meg. Az atyai nagyatyja 45 éves korban ismeretlen bajban, nagyanyja 63 éves korban rákban halt meg. A nagyszülők nem voltak rokonok.

Az atyja 42 éves korban vízkórban halt meg, az anyja 39 éves, egészséges. A szülők nem rokonok.

Az atya testvérei: 1. 50 éves férfi, nő, felesége nem volt más állapotban. 2. Asszony 40 éven felül, egészséges, 1 fia él, 3 fia kis korban halt meg. 3. Asszony, 40 éven felüli korban, 1 leánya és 2 fia egészséges. 4. 40 éves férfi, ideges, 1 fia egészséges.

Az anya testvérei: 1. 60 év körüli bátyja és annak gyermekei, 2 leány és 3 fiú egészségesek. 2. Egy körülbelül ugyanazon korban levő nővér szívhajos, 4 fia és 2 leánya egészséges.

¹ Ugyancsak Tauszk magántanár úrnak köszönöm, hogy 2 régebben a klinikán ápolt betegünket (K. M. és M. J.) az irgalom házából néhány napra a klinikára küldte.

3. 56 éves korban vízkórban meghalt nővér. Ennek 3 leánya egészséges. Egy fia volt, a ki 9 éves koráig nehezen járt, azután 1 évig járnai nem tudott, 10 éves korában meghalt. Ezen fiú lábikrái nem voltak vastagok. Az orvosok, a kik látták, azt mondták, hogy ugyanaz a baja van, mint a mi betegünknek.

A betegnek 3 testvére van, egy 20 éves, egy 16 éves, egy 14 éves leány, egészségesek.

A fiú (l. 18—21. ábra) rendes időben született, orvosi segítség nélkül, csak 18 hónapos korában tanult járnai. Egész kifogástalanul azonban sohasem járt, mert igen gyakran elesett. Lábszárai a többi testéhez képest igen vastagok voltak. A szomszédok azt kérdezték az anyától, hogy miért tömeti ki a fia lábikráját? 3 $\frac{1}{2}$ éves korában a beteg valami hevenyész kiütéses bajt állott ki, mely után vesegyulladás támadt. Járásának nagyobb mértékű ügyetlenségét 8 éves korában vették észre, azóta állandóan romlott és most már 5 $\frac{1}{2}$ év óta ágyban fekszik, 1 $\frac{1}{2}$ év előtt typhusa, múlt évben influenzája volt, melyekből kiépült. A beteg eszes, minthogy egyébbel foglalkozni nem tud, sokat olvasott, de az utóbbi időben kénytelen ezt a szórakozást is abbahagyni, mert a könyvet tartani nem tudja.

A beteg korához mérten fejlett. Bőre halvány, a bőr alatti kötőszövet és zsírszövet megfogyott.

A gerincoszlop hátulról tekintve jobbra domború nagy sugarú ívet adó scoliosisban van. Ezen görbület függőleges helyzetben bizonyos fokig kiegyenlítődik. A mellkas lapos, a szegycsont beesett, a bordák alsó széle kiemelkedett. Az állkapocs rendellenes fejlődésű (l. 20. ábra.), a mennyiben a fogak összeszorításakor a zápfogak egymást érik, a szem- és metszőfogak ellenben nem, ez utóbbiak szélei egymástól körülbelül 0.5 cm. távolságban maradnak és körülbelül 4 mm.-rel hátra állanak a felső fogak szélétől.

A homlok hosszanti és haránti ránczolása jó. Az ajkak mozognak, a beteg füttyölni tud, száját felfújja, a fogak mutatásakor azonban az ajkak mégsem képesek annyira felhúzódnai, mint az egészséges emberen. A rágás jó. A nyelv feltűnően kicsiny, de minden irányban mozog. A tömött táplálék nyelése gyakran nehézségbe ütközik.

A nyak összes izmaiban csak igen kevés a mozgás, fejét emelni sem háton, sem hason fekve nem tudja, az oldalt fordítás valamivel jobban megy, de szintén erőtlennel.

A fej csak függőleges helyzetben marad meg, ha ferde helyzetbe kerül, a megfelelő irányba dől. A vállakban csak is felfelé van egy kevés, erőtlenséggel mozgás, a felső végtagok izmai közül minimalis van a kétfejű, valamivel több a háromfejű karizmokban, a kéz hajlítása kis fokban lehetséges, elég jó a pronálás és supinálás, a többi irányban mozgás nincs. A biceps rövidülése miatt az alkar 90° szögben behajlítva áll, azon túl nem feszíthető, a bal kéz ujjai a 2. perczen erősen hajlottak, passive sem feszíthetők.

Az összes karizmok sorvadása következtében a felkar legnagyobb körfogata 13, az alkaré 15 $\frac{1}{2}$ cm.

A törzsben semmi mozgás sincs.

Az alsó végtag összes mozgásai közül csak is a czombhajlítása, a láb és ujjak hajlítása sikerül bizonyos fokig, a feszítés ellenben és a többi mozgások teljesen lehetetlenek. A beteg czombja derékszögben áll a törzshöz, a lábszár derékszögben a czombhoz, a lábak varo-equinus állásban vannak, az Achilles-ín rövidült. Az izmok nagy fokban sorvadtak, a gastrocnemius izmából csak a lábszár felső negyedében maradt meg a sorvadása dacára szögletesen előálló rész (l. 21. ábra). A czomb kerülete 15 cm.-rel a patella felső széle felett 22 cm., a lábszár legnagyobb körfogata 21.5 cm. A villamos ingerelhetőség jelentékenyen csökkent, fibrillaris rángás nincs.

A triceps-, patella- és inreflex hiányzik, az Achilles-inreflex gyengén kiváltható.

A szívcsúson erős systolés zöreje van, a szívhatárok rendesek. A vizeletben nincs idegen alkatrész. Más belső baj nincs. Érzés, érzékszervek épek.

(Folytatása következik.)

Végbélkankó férfinál, mint a húgyesőkankó szövődésének következménye.

Közli: *Picker Rezső* dr.

(Vége.)

A szóban forgó betegség tehát eredetileg nagyon heves ondóhólyaggyulladásal szövődött húgyesőkankó volt. Az ondóhólyagban felhalmozódott geny a végbélbe tört át, a genyedés az ondóhólyagban erős mértékben tovább fennállott és így a sipoly állandósult. A végbél gonococcusal bizonyára már fertőzve volt, még mielőtt ezen mikrobát a repedés váladékában ki tudtam mutatni. E mellett szól azon nagyon kellemetlen tünet (égető érzéssel járó székelési inger a vizelés végén), melyről a beteg a kórelőzményben említést tett és a mely a kezelés elején már fennállott.

Tekintettel arra, hogy a végbél helyi kezelése (öblítések fertőtlenítő oldatokkal) nem kecsegtetett sok sikerrel, a mint ez az irodalmi adatokból is kitűnik, tekintettel továbbá azon körülményre, hogy épen ezen baj a betegnek mindeddig kellemetlenséget nem okozott volt (erre is több példát találhatni az irodalomban: *Dock, Neuberger*), a kezelésben csupán arra szorítottam, hogy a repedést pokolkővel megedzettem. Minthogy a repedést a kemény székletét idézte elő, erős hashajtó-kúrát rendeltem keserűvízzel, azon reményben, hogy a székletét szabályozásával és a bőséges bélürítéssel a fertőző váladék eltávolítását is elérhetem. Mint a kórtörténetből látszik, ezen kezelésre csakugyan jelentékeny javulás állott be, annyira, hogy a végbél széle ismét teljesen érzéketlenné, látszólag normálissá és a massage kezelés ismét lehetségessé vált. Hogy azonban a gonococcusok még nem tűntek volt el teljesen a végbélből, dacára annak, hogy időközben az ondóhólyag-sipoly záródott és a végbél rendes érzéketlensége ismét helyreállott, mint ezt az ismételt vizsgálat biztosan mutatta, az abból tűnt ki, hogy december 6.-án, midőn időközben a végbél a massage-zsal szemben érzékenységet nem mutatott volt, egy kisebb repedéssel kapcsolatban ismét égetés és érzékenység kíséretében a végbél széle kilobosodott és a repedés váladékában ismét jellegzetes intracellularis gonococcusok voltak nagy számmal találhatóak. Alapos hashajtó kúra most is javulást hozott létre, sőt úgy látszik, a gyógyulás is végleg bekövetkezett, mert noha a beteg egy ízben (február 18.-án) ismét panaszkodott a végbélnyílás körüli fájdalmakról, az analis szél gondos megtekintése a kankós folyamat további fennállásának semmiféle jelét nem mutatta.

Március 16.-án a massage alkalmával a kaucuk-áthuzaton tapadt fibrinfoszlányon ugyan sok diplococcus volt látható, de csak elenyésző kis részük nem festődött Gram szerint. A gonysejteknek a váladékból való teljes eltűnése nagyon ellene szól annak, hogy ezen diplococcusokat gonococcusoknak tekintsük, mert a gonococcus tudvaleg nem lehet meg a szervezetben, különösen nyálkahártyafelületen, a nélkül, hogy legalább csekély genyedést ne okozzon (Krönig és Menge). Ez tehát példája annak, hogy a gonorrhoeás folyamat az okozat megszűnésével kezelés nélkül is megszűnt egy idő múlva oly szervben, a melyben egyébként különös előszeretettel idültté válik. A recidiva pedig valamely Lieberkühn-krypta abscessusából indulhatott ki, mint erre a Morgagni-lacunak tályogjaiból történő autoinfeciókban a húgyesőkankós megbetegedésénél nem ritkán látunk példát.

Némi érdekléssel bir továbbá azon ténynek a megállapítása, hogy mily gyorsan záródott a sipoly a kiadós helyi kezelés befolyása alatt, a mely a pangó váladék lehető gyakori és alapos kiürítésére szorított az a beteg ondóhólyagból. Az első alapos végbélvizsgálatkor nyert lelet tulajdonképpen eléggé különös és nekem új volt, úgy hogy csak akkor tudtam helyesen magyarázni, midőn a végbélkankó felfedezése folytán a leginkább beteg ivari mirigy és a végbél között már egy idő óta fennálló közlekedésre kellett gondolnom. A végbélkankó régebbi kelete mellett szól továbbá az égetés a végbélben, a székletétre való inger a vizelés végén, valamint azon igen nagy érzékenység, melyet a végbélnyálkahártya az első vizsgálat alkalmával mutatott; ezt azonban akkor a prostata és az ondóhólyag nagymértékű gyulladására gondoltam visszavezet-

hetni. A jövőben talán ezen tünetek a megfelelő tapintási lelettel együtt a figyelmet végbélkankóra, illetve a húgyivarszervi mirigyek és a végbél között létrejött valamelyes közlekedés jelenlétére fogják felhívni. Véleményem szerint közvetlen megsejteléssel rectoskop útján nem várható nagy eredmény, egyrészt a végbélnyálkahártya dús redőzöttsége s másrészt az illető hely nehéz feltalálhatósága miatt, mint ezt a *Caro*-féle két eset igen jól mutatja. A tapintó ujj sokkal jobban tájékozódik ilyen körülmények között, midőn egy lobos redő vagy genyes lepedék a megtekintést lehetetlenné teheti.

Már két heti kiadós massage elegendő volt (szeptember 10 — szeptember 24.) arra, hogy az ondóhólyagban felgyülemlett váladékot annyira csökkentse, hogy azon időben (szeptember 26 — október 6), midőn a közben nyilvánvalóvá lett végbélkankó a helyi kezelés folytatását lehetetlenné tette, ennek dacára a a sipoly záródhassék. Október 6.-án már kezdődő hegesedés volt tapintható. Október 13.-án az előbbi papillomatosus helyen csupán vaskos beszűrődés érezhető. Mintegy 14 nappal később semmiféle eltérés a rendestől nem tapintható a fenn jelzett helyen, noha az ondóhólyag váladékában gonococcusok még továbbra is voltak.

A sipoly létrejövését legegyszerűbben azon kedvezőtlen lefolyási viszonyokból magyarázom, melyek az ondóhólyag csőrendszerének tekervényes, önmagába visszatérő lefutása által egyrészt és a kivezető cső szűk volta által másrészt vannak feltételezve. A sipoly gyógyulása pedig szintén igen egyszerűen magyarázható a lobos váladék pangásának megszüntetéséből. Ha tekintetbe vesszük, mily mennyiségű geny, azaz genynyel vegyes váladék ürülhet a prostatából és ondóhólyagból a gyuladás heveny szakában csupán a vizeles végén, vagy a székletét alkalmával, vagy akár egy enyhe massage után is, akkor szinte csodálkozunk kell, hogy az ondóhólyag vagy a prostata kankója nem tör át gyakrabban a végbélbe, mint a milyen gyakran az idevágó irodalomban említés történik. Véleményem szerint ennek oka egyrészt a végbélkankónak aránylag gyakran minden különös kellemetlenség nélküli lefolyásában keresendő, a mi mellett még az is szól, hogy a nő végbélkankójánál szintén így áll a dolog, másrészt pedig abban találhatja magyarázatát, hogy a férfi hátsó kankója szövődményeinek tünetei a végbélkankó tüneteit utánozhatják.

Az irodalomban talált esetek egyikében sem oly tiszta a végbélnyálkahártya fertőzése a gonococcus által, mint az én esetemben. Azonkívül a közölt körtörténet alapján *Caro* első esetének magyarázata sem helyes véleményem szerint, mivel „egy a középvezetékben a prostata alsó szélén, de ettől élesen elkülöníthető, mintegy rajta ülő, cseresznyeszem nagyságú, nyomásra érzékeny csomócska“ az erősen lobos Cowper-mirigynek felel meg és nem az utriculus masculinus tályogjának, a mely a prostatában magában és pedig inkább ennek felső részében foglal helyet. Hogy egy a Bartholini- (illetve Cowper-) mirigyben fejlődött áltályognak a végbélbe áttörése rectalis blennorrhoeát okozhat, azt már *Neuberger* bebizonyította azzal, hogy idült végbélkankóban szenvedő prostituálnál gonococust tartalmazó paravaginalis-rectalis sipoly jelenlétét mutatta ki, a mely egy több éven át idült fennállott kankós bartholinitisből vette kezdetét, s a melyhez csak később csatlakozott a végbélkankó. Ha még azt is tekintetbe vesszük, hogy a Cowper-mirigy legszűkebb lebenyei a m. transversus perinei profundust egész szélességében átjárják és ezeket közvetlenül a végbélnyálkahártya takarja, úgy a *Jadassohn*-féle magyarázat, hogy t. i. az utriculus masculinus áltályogjából indul ki a végbél-fertőzés, kissé erőltetettnek látszik. Sokkal egyszerűbb a magyarázat olyképen, ha az áttörést egy elgenyedt Cowper-mirigyből származtatjuk, a mely genyedésnek az oka talán nem is volt közvetlenül a gonococcus; a gonococcusok bevándorlása a végbélbe esetleg másodlagosan is történhetett.

Véleményem szerint az anatómiai viszonyok sipolyképződésre Cowperitis és ondóhólyaggyulladás után sokkal kedvezőbbek, mint a prostata megbetegedésének fennforgása esetén. A prostata mirigyrendszere, mint ismeretes, nagyszámú kivezető csővel rendelkezik és a mirigycsövek helyzete a hólyag záróizmában a váladéknak legalább is minden vizeles végével történő alaposabb kiürítését eredményezi. Hogy ez csakugyan így van, az akkor mutatható ki igen világosan, midőn valamely erősen genyes prostatitis fennállása mellett a hólyagot tisztára akarjuk mosni. Többszöri

katheter nélküli öblítés után pl. az utolsó öblítő víz teljesen tiszta lehet és ha már most a következő öblítés alkalmával erősebb nyomással a hólyagot izgatjuk, az öblítő víz vagy maga zavaros lesz, vagy a záróizom erősebb összehúzódása folytán az öblítő víz utolsó cseppjeivel sűrű genyes prostataváladék ürül és az egyébként tiszta öblítő vízben felhő alakjában szétoszlik. Azon sűrű genyes vizeletek, a melyekkel ilyen megbetegedések mellett találkozunk és a melyek genytartalma a hólyag részéről teljesen hiányzó kórodai tünetekkel sehogyssem hozható összhangzásba, az én feltevésém mellett szólnak, úgy, hogy *Caro* második esetében is sokkal valószínűbbnek tartom az ondóhólyag átfürödését, annál is inkább, mert ezen esetben a szemmel ki nem mutatható átfürödési helyet „a prostata felső szélén kellett sejtetni“.

Tapasztalásom szerint még az olyan előrehaladt prostatagyulladás is, midőn már a végbélnyálkahártya is oedemás, massage útján, a váladéknak a húgyesővön keresztül való kiürítése által mindig meggyógyítható. Így több esetben, midőn a műtét kikerülhetlennek látszott és ezt más oldalról indokoltak is tartották, rendszeresen (néha két, sőt több hónapon át) folytatott, eleinte enyhe, majd erősebb massage segítségével a gonococcusok végleges eltűnését és a prostata lehető tökéletes meggyógyulását tudtam elérni. Véleményem szerint a prostatán felhágó kankós megbetegedés esetén műtétet végezni nem szükséges. A genyes váladék csak a prostatamirigyek vak végében talál alkalmat részleges pangásra és innen fejlődhetnek azután mirigyfolyók és a körülvevő kötőszövet fertőzése folytán tályogok, melyek azonban még mindig a mirigycsővel és így közvetve a húgyesővel is összefüggésben állnak. Valódi tályog fejlődése, mely a húgyesővel nem áll összeköttetésben, csak másodlagos gőcz felvételével volna magyarázható; ezen lehetőséggel azonban különösen a kankónál nem kell számolnunk, mert itt épen a bántalomnak váladékpangással járó szövődményei a prostatában és az ondóhólyagban szolgáltatják az alkalmat a gonococcusoknak a véráramba való jutására és esetleges áttételek keletkezésére: a szóban forgó bántalmak pedig a gonococcusoknak per continuitatem való felterjedéséből származnak. Azonkívül a kankós megbetegedésnél egy prostatatályognak megnyitásával, történjék ez akár a végbélen keresztül, akár ennek leválasztása után a gát felől, nem sokat nyertünk, mert a kankós fertőzés minden bizonynyal olyan mirigycsővekben is fészkel, melyek a tályoggal nem közlekednek és melyek megbetegedése valóságos tályogok fejlődésére még nem vezetett. Ezek a sebgyógyulás ideje alatt természetesen nem kezelhetők és bennük a kankós folyamat ezalatt idültté válhatik. Ellenben a rendszeres massage-kezeléssel, habár hosszú idő alatt, az összes genyes prostatamirigycsővek teljes kiürítése és a gonococustól való végleges megszabadítása elérhető. A prostatának ilyen kezelés által elért helyreállítása pedig mindenesetre sokkal inkább megfelel a rendes bonczatani és élettani viszonyoknak, mint a műtét által elért, hegekkel járó gyógyulás. Ha azonban előrehaladott esetekben mégis műtét válik szükségessé, akkor természetesen a sebészi elvek a végbél leválasztásával járó műtét mellett szólnak.

Az ondóhólyagnál pedig csakúgy állanak a dolgok, mint a Cowper-mirignél: szűk kivezetővel bíró, igen nagy felületű csőrendszer. Erős kankós fertőzés kapcsán akkora lehet a váladéktermelés, hogy az a szűk kivezető csővön át nem képes távozni, pangásra kerül sor, majd a mirigyfal elgenyedése után a végbélbe áttörésre. Ezen úton jött létre esetemben is a végbélkankó. Az ondóhólyag tekintetében pedig esetem azt is mutatja, hogy természetes úton annyira ki lehet üríteni, hogy ezzel a sipolyt is gyógyulásra bírhatjuk. Magától értetődő, hogy az ondóhólyag heveny megbetegedéseinek ilyen kezeléssel az áttörésnek is elejét lehet venni, ha az ondóhólyag megbetegedését elég jó kor kórismézzük és ezen szövődmény kellő figyelemben részesül. Nem tartom azért feleslegesnek e helyen az ondóhólyagmegbetegedésnek egy pár, talán nem általánosan ismert tünetére a figyelmet felhívni és ezek:

1. A vizelestől és székletétől függetlenül jelentkező, néha igen gyakori göresök a végbélben és a hólyagfenéken.
2. Nyálkás, fehéresen átlátszó gőbcsék ürülése a vizeles végén ondókilövelésszerű izomösszehúzódások közben.
3. Gyakori merevedések és magömlések. Ha ezen tünetek egyikét lázzal járó hátsó kankónál észleljük, a prostata és ondóhólyag óvatosan, de gondosan megvizsgálandó és a heveny

tünetek lezajlása után (legjobban a lázas időszak végével) a masssage-kezelés óvatosan megkezdendő. Ennek pedig rendszeresen és kezdetben legalább naponta kell történnie, sőt igen tömeges genyképződéssel járó némely esetben naponta kétszer is végezhető. Ilyen kezelés mellett a húgycső és hólyag különös kezelése nem szükséges. A beteg rész massage-a után a hólyagot és a húgycsövet katheter nélkül, forralt langyos vízzel kiöblítjük és ezen mechanikus tisztántartás elegendő arra, hogy a húgyivarrendszer ezen szakaszát az állandó kankós átmeneti fertőzés megtapadásától megóvjuk, a mint erről ezen esetben és máskor is meggyőződtem. Hogy mennyire szükséges és előnyös a beható helyi kezelés, már ezen esetből is látszik: a naponta folytatott kezelés a sipolyt meglepő gyorsan birta gyógyulásra; ezután oly időszak következett (végbélkankó, szünidő stb.), a midőn a kezelés csak nagyobb időközökben történt és midőn azon körülményt lehetett megfigyelni, vajjon a gonococcus a kezelés ezen szünetelése alatt a megtámadott szervekből magától eltűnik-e vagy sem. Ezen várakozó eljárás mellett azután tapasztalható volt, hogy több mint egy havi szünet után, midőn még a húgycső kezelése is abbamaradt, ennek váladékában a tömegesen burjánzó gonococcusok igen kevés geny mellett találtak, a harmadik vizeletrészben található genyes ezafatokban jóval kevesebb gonococcus volt, épen olyan kevés, mint a massage útján nyert ondóhólyagváladékban. Ugy ezen váladékból, mint a húgycsőből azután a gonococcusok végleg eltűntek a naponta végzett massage-kezelés mellett. Az ondóhólyag és a húgycső váladékát majdnem naponta gondos görösövi vizsgálatnak vettem alá és ennek kapcsán kitűnt, hogy a húgycsőből észlehető kifolyás a gonococcusoknak az ondóhólyagból való végleges eltűnésével azonnal teljesen megszűnt. Ezután még kistökű hurutus állapot maradt fenn a húgycsőben, melyet a több hónapon keresztül fennállott kankós váladék okozta izgatás könnyen megmagyaráz; ennek gyógyulása gyorsan következett be néhány enyhe összehúzó szerrel végzett hólyaghúgycsőöblítés után, úgy hogy most a betegnek vizelete, eltekintve az első részben található néhány nyálkacafattól, teljesen tiszta. A jobb ondóhólyagot azonban a tapintó ujj még mindig kissé keményedettnek érzi és az nyomásra kissé érzékeny is; ezután egészen világos-szürkés ondószerű váladék ürül, melyben jól mozgó ondószálasák mellett kevés, lazán összeálló genysejt van.

Ezen kezelésmód hangsúlyozását azért tartottam szükségesnek, mert még a legújabb tankönyvekben is (*Finger, Zeissl, Scholtz, Wossidlo*) ezen szövődmények tünettanáról és különösen a végbélkankó kezeléséről alig néhány szóval történik említés.

Irodalom: Caro Wilhelm: Zwei Fälle von Rectalgonorrhoe als Folge von Entleerung gonorrh. Eiteransammlungen ins Rectum. (Berl. kl. Wochschr. 1901. 4. sz.) — Neuburger u. Borzecki: Über Analgonorrhoe. (Arch. f. Dermatolog. u. Syphil. 1894. XXIX.) — Dock: Gonorrhoea of the rectum. (The Medical News. 1893.)

Megjegyzések Kugel Mór dr. úrnak „A vitalis reactio lényege és szerepe a foggyökkezelésben“ című cikkére.¹

A szerzővel tartunk, mikor azt mondja, hogy a gyökkezelés a fogászatnak állandóan szőnyegen fekvő kérdése s így érthető érdeklődéssel és figyelemmel kell kísérenünk minden újabb eljárást, különösen ha az eddigi összes eljárásokat háttérbe látszik szorítani, mert szerző kijelentése szerint neki ezen eljárással 5 év óta egyetlen balsikere sem volt.

Szerző eljárásának eredményei annál meglepőbbek, mivel ő maga sem vonja kétségbe, hogy a gyökkezelés prognózisát a pulpainfectio mineműsége, a gyökcsatornák és a foramen apicale anatómiai viszonya, s végre még az infectiókkal szemben fennálló constitutionális ellenállóképesség is erősen befolyásolja, mind olyan tényezők, melyeknek megváltoztatása nem áll módunkban. Az eljárás lényege az, hogy a pulpa eltávolítása után épen kilenez napon keresztül a pulpakamara naponta új, carbolba mártott vattatamponnal lesz kitömve oly célzattal, hogy oxygen bőséges hozzájutása által a pulpacsonkban a vitalis reactio léte-sülhessen, azaz ott egy „per primam intentionem consolidált heg“

képződhessék. Ennek beállta után a fog 2—4 hétre próbatömést, s ha ennek eltelté után a fogon semminemű fájdalom vagy érzékenység nem mutatkozik, végleges tömést kap. A gyökcsatornák üresen hagyatnak.

Szerző ötlete, hogy gyökötömést nem alkalmaz, abból a mind általánosabbá váló intentióból indul ki, hogy a medicinalis, tehát artificialis úton előidézett periodontitiseket, nekrosisokat igyekezzünk kiküszöbölni, s bizonyos, hogy sokan vannak, kik a fentebbi czélt úgy vélik legjobban megközelíteni, hogy gyökötömést nem használnak, daczára annak, hogy a paraffinban a szöveteket nem izgató, aseptikus és könnyen alkalmazható gyökötömőanyag áll rendelkezésünkre.

Azok ellen, a kik gyökötömést nem csinálnak, fel szokták hozni, hogy oly esetekben, a hol a pulpacsonk hegesen nem gyógyul és tág az apicalis nyílás, a gyökcsatorna a véráramból a negatív nyomás folytán megtelik serummal s ez akár a gyökcsatorna falán levő pathogen bakteriumoknak, akár infectious betegségek (influenza, scarlatina) alkalmával a véráramból oda-kerülő bakteriumoknak táptalaját szolgálhat, és így a gyökérhártya megbetegedését vonhatja maga után. Hogy kell-e gyökötömést eszközölnünk, az olyan kérdés, a melyet hosszú megfigyelés és tudományos vizsgálódás lesz hivatva eldönteni. Most csak azt kívánjuk hangsúlyozni, hogy az eljárásnak az a módja és indokolása, a melyet Kugel kartárs úr a magáénak mond, tarthatatlan és így követésre nem ajánlható.

Ő ugyanis a pulpacsonk gyógyulásához a véráram útján odaszállított oxygent nem tartja elegendőnek s ezért alkalmazza a vattatamponokat, a melyek használata mellett lehetséges, hogy több oxygen jut a pulpához, s ez nem is okoz bajt, annál kellemetlenebb következményekkel járhat azonban a feles mennyiségben odajutott ételnedv és nyál, a melyet a vatta spongya módjára szív magába és okvetlen eljuttat a pulpacsonkhoz, mely ilyen esetekben csak kivételesen nem inficiálódik.

Hogy valamely seb gyógyulásához nem szükséges feltétlenül az, hogy oxygen a körlevegőből jusson hozzá, az általánosan ismeretes. Gondoljunk csak az elsüllyesztett varratokkal egyesített sebek gyógyulására. Az pedig, hogy a pulpaüregek vattatamponnal való elzárása nem védi meg a pulpaüreget az infectiótól, az a priori is fel volt tehető.

Preisich Kornél dr. úr volt szíves ez irányban vizsgálatokat végezni, s ezekből az derű ki, hogy a lehetőségig összenyomott vastagabb réteg vatta sem jöhet számba, mint valamely folyadékban suspendált bakteriumok szűrője. A kísérleteket Preisich főorvos úr staphylococcus pyogenes aureussal végezte, s az eredmény az volt, hogy az említett coccus bouillon-kulturája néhány másodperc alatt átszivárgott a coccusokkal együtt a vattagomolyagon, akár lazán, akár a lehetőségig összsajtolva volt is a vatta a kísérletnél felhasznált üvegsőbe elhelyezve. Az egyik kísérlet alkalmával a coccusok 3 perc alatt egy négy centimeter vastag vattarétegen szűrődtek át, kétségtelen bizonyítékul annak, hogy a pulpaüregbe tett kis vattatampon bizonyára nem fogja a szájba jutott bakteriumokat a pulpacsonktól visszatartani.

Ezen mitsem változtat az, hogy a vattatampon carbolspiritusba van mártva Kugel kartárs úr eljárásánál, mivel a carbol kioldódik és ezért csakis a behelyezés pillanatában bir antiseptikus értékkel.

De nemcsak az asepsis elvéhez lesz hűtlen a szerző, hanem a saját elvéhez is, mikor vitalis reactiót vár és sósavval tágtja a gyökcsatornát, a mely eljárás mellett épen artificialis elhalást hoz létre a pulpacsonkban, sőt főleg alsó fogaknál könnyen a periodontiumban is.

Inconsequens a szerző eljárásában akkor is, mikor egyfelől biztosít bennünket, hogy a vitalis reactio nála minden esetben fellépett, másfelől azonban a kezelt fogak végleges megtömésével hetekig vár, hátha támad consecutiv bántalom s teljesen homályban hagy minket az iránt, hogy ezen utóbbi esetekben mi módon segíti elő a vitalis reactio bekövetkezését, vagy mikor s miképen mond le róla.

A kilátásba helyezett, de most elmaradt szövettani metszetek egyáltalán nem támogathatják eljárását azért, mert csak azt bizonyíthatják, hogy az adott esetben pulpaheg csakugyan képződött, a mi pedig semmiféle eljárás mellett sincs minden esetben kizárva.

¹ Orvosi Hetilap, 47. szám.

Mindezek alapján megjegyzéseinket a következőkben összegezhettük:

1. Szerző az asepsis felé törő sebkezeléstől eltért, mikor oclusiv kötést nem használ, mert ez által olyan par excellence infectionabilis szervet, mint a pulpa csonkja, kitesz a biztos infectionnak, s így álláspontja határozott visszaesést jelent.

2. Maga az a körülmény, hogy a kezelés aránytalanul és indokolatlanul hosszabb ideig tart, mint a most divó methodusoknál, ellene szól az eljárás elterjedésének.

Siklós Armand dr.

Válasz Siklós Armand dr. úrnak cikkemre tett megjegyzéseire.

Szövegtani és görösvi kísérleteimnek ismertetésekor alkalom lesz a kifogásolt pontokra részletesen kitérni, jelenleg csak a következők kijelentésére szorítkozom:

1. Hogy eljárásom nem olyan bonyolult és összegeyzetetlen a modern orvosi gondolkodással, mint azt igen t. kartárs úr állítja: bizonyítják azok a levelek, a melyeket kartársaktól kaptam cikkem megjelenése óta, melyekben közlik velem, hogy cikkem tartalmát teljesen magukévá teszik, mert „a kivételben egyszerű s pathologiai alapon nyugvó kezelés“.

2. Az asepsisre vonatkozólag legyen szabad megjegyezniem, hogy a kettős tamponok eltávolításakor a pulpakamarát *mindenkor* abszolút tisztának találtam, a gyökcsatornába vezetett vattafonál pedig mindennemű elszinesedés és pathologiai szag nélkül szűkült; s noha Preisich Kornél dr. főorvos úr bakteriologiai ismeretei előtt meghajlok, mégis csak többet adok az élő *emberen* tett mindennapi tapasztalatra.

3. Hogy pedig kezelésem legnagyobb hátránya „az aránytalanul és indokolatlanul hosszú időtartam“: arról épen oly kevésbé tehetek, mint a sebész, kinek a callus teljes létrejöttére hat hétig kell várakoznia. Inkább kezelem betegeimet kilencz napon keresztül a biztos siker tudatában, mint két napon át, de esetleg eredménytelenül.

Ha igen t. kartárs úr meg fog tisztelni azzal, hogy ajánlott eljárásomat a gyakorlatban megkísérli és ennek utána azt fogja velem közölhetni, hogy betegei harmadnapra dagadt arccal jelentek meg: akkor, de csak akkor térek le utamról és jobb, biztosabb, gyorsabb kezelés után kutatok.

Míg azonban az élő *embereken* tett tapasztalat meg nem czáfolja elméletem helyességét, addig fenntartom közleményem minden betűjét.

Kugel Mór dr.

Tárcza.

Az első nemzetközi gégegyógyászati congressus és a gégegyógyászat ötven éves jubileuma.

A kérdés aktualis volta adta a tollat jeles orvostörténészünk Györy Tibor dr. egyet. m. tanár kezébe és szép, alapos történelmi munkálata a *Czermák-Türck*-féle prioritási kérdéstről a gégetükör-harcban úgy a német orvosok merani gyűlésén, mint az orvosegyetben általános tetszéssel és elismeréssel találkozott. A mily objektivitással világítja meg ennek az elkeseredett prioritási harcnak minden egyes phasisát Czermák előnyére, épen úgy nem hagynak fenn semmi kétséget objektív fejtegetései az iránt, hogy Czermáknak a mesterséges fényvel való gégetükör-felfedezése és bemutatása a bécsi orvosegyetben történt először, egyszerűsége azonban *Türck*-nek későbbi nagyszabású alkotásairól is a legnagyobb elismeréssel nyilatkozik. E két nagy férfiú emlékének a megünneplése az orr- és gégegyógyászat ötven éves jubileumával és az első nemzetközi orr- és gégegyógyászati congressus létesítésével lett aktualis. Hogy mindezek, de különösen az első gégegyógyászati congressus napirendre kerültek, az két tényezőnek tudható be, és pedig a Garcia-ünnepélynek, továbbá a lissaboni internationalis congressus vezetősége és a gégegyógyászok, különösen Semon Felix között kitört háborúnak. Tudvalevően Semon mindig és mindenütt határozottan síkra szállt, a hol a gégegyógyászatot mint külön tudományszakmát elismertetni vagy támogatni szükség volt. Ez különösen a nemzetközi nagy congressusok alkalmából került szőnyegre, a hol

a tárgyalások gyorsabb menetét, könnyebb áttekinthetőségét és a részvételt az egyes szakmáknak csoportosításával kísérlették meg elősegíteni. Ezek az összeütközések a gégegyógyászati és a fülgyógyászati külön alosztályok létesítését eredményezték. Most egyszerre a lissaboni vezetőség egy kalap alá fogta a gégegyógyászatot, a fülgyógyászatot és a fogászatot. És erre olyan nagy és elkeseredett tollharc keletkezett, melynek eredménye az egyes gégegyógyászati egyesületek tiltakozása és a gégegyógyászok távolmaradása a lissaboni nemzetközi congressustól.

Mikor erről az éles tollharcról még szó sem volt, akkor én a magyar gégegyógyászati egyesületben már napirendre tűztem a nemzetközi gégegyógyászati congressus létesítésének a kérdését, sőt Semonnak több levélben megindokoltam és őt kértem a további lépések megtételére. Semon teljesen merev álláspontra helyezkedett és tántoríthatatlanul híve maradt azon álláspontnak, hogy a gégegyógyászat csak maradjon ezentúl is szerves összefüggésben a nagy internationalis congressusokkal és a főbb orvostudományi szakmákkal. Ugy látszik Semon ezen kapcsolással is a gégegyógyászat jövőjének gondolt többet használhatni. Most, hogy kiélekedett a lissaboni congressus vezetőségével az ellentét, épen jókor jött a Garcia századik születése napján rendezett internationalis fényes ünnepély alkalma, midőn az összegyűlt külföldi szaktársak a felmerült konfliktus elintézését tárgyalták és ekkor komolyan szóba került az internationalis gégegyógyászati congressus létesítésének a kérdése. Miután a felmerült konfliktus Waldeyer, Posner cikkei folytán sem talált elintézését és miután esetleges elintézése esetén is az immár felszínre került kérdést többé a napirendről levenni nehéz lett volna, Semon is elismerte az önálló nemzetközi gégegyógyászati congressus létesítésének szükségét és nyíltan állást foglalt mellette. Ezen tények és a Garcia századik születésnapjának ünnepélye megérlette a bécsi gégegyógyászok egyesületének azon elhatározását, hogy az első nemzetközi gégegyógyászati congressus keretében a gégegyógyászat ötven éves jubileumának ügyét komolyan szóba hozza.

Chiari tanárnak ezen kezdeményező lépése Türck emlékének a megünneplését is hozzácsatolta. A nálunk ez alkalomból folyt értekezletek folyománya volt egy Czermák-ünnepély tartásának elvben való elhatározása. Ez év pünkösdjén azonban a Heidelbergban összegyűlt gégegyógyászok a német gégegyógyászok alakuló ülésén, midőn hozzájárultak az első nemzetközi gégegyógyászati congressus létesítéséhez Bécs városában, ugyanakkor az orr- és gégegyógyászat ötven éves jubileumát és Czermák-Türck egyidejű és méltó megünneplését határozták el.

Azóta az egyes országok szakférfiainak és egyesületeinek kedvező hozzájárulása folytán mi sem áll útjában úgy az első orr- és gégegyógyászati congressus létesítésének, mint az ötven éves jubileum és Czermák-Türck emléke méltó megünneplésének, s a szakférfiak e tekintetben mindent elkövetnek, hogy mindez minél fényesebben sikerüljön. És itt reá lehet mutatni a szakférfiaknak a szakma érdekében kifejtett munkásságára, küzdelmeire, az elért sikerekre, a jelenben fennálló akadályokra, hogy megértsük azt a lelkes törekvést, mely a szakma jövőjét az öt megillető jogokkal a többi szakmákkal egyenrangúan elérni és biztosítani kívánja.

Elvitázhatatlan tény azon példátlan óriási haladás, melyet ezen ötven év alatt az orr- és gégegyógyászat felmutatni képes, az a nagy és maradandó munkásság, mely nemcsak felépítette teljesen különálló szakmává az orr- és gégegyógyászatot, hanem egyszersmind becses és fontos adatokkal bővítette és egészítette ki úgy a boncztant, szövettant, élettant és kórboncztant, mint a belgyógyászatot, sebészetet, ideggyógyászatot, szemészetet és fülgyógyászatot. És mégis akadályokat gördítettek az önálló szakma elismerése ellen, akadályok tornyosultak és állanak fenn, melyek az orr- és gégegyógyászati tanszékek létesítésének és a szakma rendes klinikai és kötelező oktatásának megvalósítását megakasztják. A német gégegyógyászok egyesületének is egyik legfőbb programmpontja, hogy az orr- és gégegyógyászat különálló tanszékeit létesíteni minden erejével elősegítse és támogassa. A belga szakférfiak most indítanak országos actiót a tanszékek és oktatás érdekében. Csak reá mutatni kívántunk arra a küzdelemre, melyet a szakférfiak a szakma érdekében lelkesedéssel és nem lankadó kitartással folytatnak és így teljesen érthető, hogy mindenki

teljes odaadással fog megtenni mindent, hogy ez az első nemzetközi congressus, mely az orr- és gégegyógyászat ötven éves multját lesz hivatta az egész tudományos világnak bemutatni, véglegesen rendezett, jól megérdemelt jövőnek legyen az előfutárja. Ez a magyarázata annak, hogy a jubileum egyöntetűségét és fényét biztosítani törekcsenek és már eleve minden megosztás, Türek és Czermák emlékének külön ünneplése ki volt zárva és elejtetett. A mondottak alapján biztosra vehető, hogy az 1908. év elején Bécsben megtartandó első nemzetközi orr- és gégegyógyászati congressus nemcsak külső keretében lesz fényes, hanem jelentőségében is nagyszabású. Kiemelkedő pontja lesz az ötven éves jubileum megünneplése, itt fognak hódolni a világ szakfériai, az egyetemek és tudományos testületek kiküldöttei Czermák és Türek emlékének, elévülhetlen nagy érdemeinek.

Ez az a méltó keret, a hol az egész tudományos világ előtt alkalma lesz a magyar tudományos testületek képviselőinek, hogy a midőn Czermák és Türek emlékének hódolnak, egyszersmind Czermák budapesti működésének értékét és jelentőségét is megfelelően kidomborítsák. Czermáknak két évig és egy hónapig tartott rendes egyetemi tanári működése Pesten egyszersmind a budapesti egyetem történetében is kiváló és fényes helyet foglal el, elévülhetlen érdemeinek ezen időszakok dicsőséggel forr össze egyetemünkkel, melyre mindig büszkeséggel tekinthetünk. A két nagy alapító férfiú irodalmi harcának keserű emlékeire a mult fátyolt borít, emléküik méltóan és egyaránt fényesen fog megünnepeletetni a hálás és elismerő utódok és még élő kortársak által. Ezen nagyarányú nemzetközi ünneplésben épen úgy részt fog venni a bécsi orvosegyet, melyben Czermák és Türek első közlései történtek, mint amaz egyetemek, hol Czermák tanított és működött.

Az első nemzetközi orr- és gégegyógyászati congressus keretében majdan lezajló ötven éves jubileum és a Czermák és Türek egyidejű emlékűnnepélye mellett, az orr- és gégegyógyászati szakosztály az orvosegyet igazgató tanácsa elé terjesztette egy külön magyar Czermák-ünnepély rendezésének a kérdését. Az e ezélből kiküldött bizottság az orvosegyet részéről rendezendő Czermák-ünnepély eszméjét elejtette ugyan, de ugyanakkor a szakosztály előbbi beadványát visszavonva, fenntartja magának ezen ünnepély rendezését és arról előterjesztést is fog tenni. Ez okból az orvosegyet igazgató tanácsa nem volt abban a helyzetben, hogy erről a kérdéstről tanácskozzék. Nézetünk szerint, midőn a jelzett fényes keretben méltóan fog megünnepeletetni úgy Czermák mint Türek emléke, és ezen nemzetközi jubilaris ünnepélyen nemcsak az összes gégegyógyászati egyesületek és szakosztályok, hanem a bécsi és budapesti orvosegyetlek és azon egyetemek, hol Czermák működött, is részt fognak venni és a hol a magyar küldötteknek a megfelelő alkalom nyílik majd Czermák budapesti működésének a kidomborítására, minden külön magyar Czermák-ünnepélynek a rendezése felesleges és elejtendő. Ónodi.

A székesfővárosi szent István-kórház trachoma-osztálya.

A székes főváros közgyűlése a kórházi bizottság s a tanács javaslatára elhatározta, hogy a szent István-kórház trachoma-osztályát megszünteti. Ez intézkedés a főváros közegészségügyére veszélyes, a trachoma-ellenes küzdelmet megbénítja s a súlyos kórházi ápolást igénylő szembetegek elhelyezését lehetetlenné téve, okozója lesz, hogy sok vak nem nyerheti vissza látását, sok gyógyítható szembajos látása menthetlenül elpusztul.

A trachoma-osztály úgy keletkezett, hogy 1893-ban a belügyministerium kérésére a főváros a szent István-kórház egyik pavillonjának I. emeletét, összesen 36 ágyat, trachomás betegek számára rendezett be, hogy itt boldogult Feuer Náthán közegészségi felügyelő hatósági orvosok számára a trachoma kórtanából és gyógyításából továbbképző tanfolyamokat tarthasson. Mint sok más szűk keretben létesített intézményünk, ez is az évek folyamán eredeti méreteiből kinőtt. Míg 1899-ben a járóbetegek száma 453, az osztályon ápolat szembajosoké 374 s a nagyobb operálások száma 157 volt, addig 1904-ben 1031 új járóbeteget kezeltek,

¹ I. Blaskovics László dr. közkórházi rendelő orvos jelentését a „Szemészet“ 1905. 2. számában.

az osztályon 787 szembeteget ápolat s 557 nagyobb operálást végeztek.¹ Az osztály fenntartását tehát most már nemcsak az oktatás, hanem a gyógyítás szempontja is megkívánja.

Budapest székes főváros területén szembetegek elhelyezésére egészben véve kevés ágy áll rendelkezésre, de trachomás betegek elhelyezésére az István-kórházi osztály megszüntével legfeljebb 30. Magából a főváros lakosságából sokkal több trachomás igényel felvételt. A budapesti egyetemi szemklinika járóbeteg-rendelésén évente körülbelül 200, az izraelita kórház szemészeti osztályának ambulantiáján körülbelül 150 budapesti trachomás jelentkezik, a Rókus-, János-, István-, Margit-kórházak, a poliklinika s különösen a nagy betegpénztárak rendelése in is igen nagy számú budapesti trachomás fordult meg. Ezek jelentékeny százaléka a baj súlyossága vagy a lakásviszonyok miatt kórházi kezelést igényel. A vidékről ezenkívül sok száz súlyos trachomás érkezik; magán az egyetemi szemklinikán évente körülbelül 300 jelentkezik. Ezek mind a legsúlyosabb alakot mutatják s már ezért is kórházi ápolást igényelnek, de a ragály továbbterjedésének elkerülésére épen a főváros érdeke kívánja, hogy ne ismerőseiknél, rokonaiknál húzódjának meg. A trachoma a legszegényebb néposztály betegsége s a zsufolt pinczelakások valóságos melegágyai a fertőzésnek. A szent István-kórház trachoma-osztálya e tekintetben is nagy szolgálatot tett, mert akkor, midőn a főváros többi szemosztályain évente összesen alig több mint 100 trachomás nyerhetett elhelyezést, addig ott 300—400 (1904-ben 311) részesült kórházi ápolásban. De ez osztály egyszersmind szemosztály szerepét is játszotta. A főváros trachomások számára 36 ágyat engedett át, az osztálynak most 51 ágya van s a többleten igen számos fővárosi s vidéki vak nyerte vissza szemvilágát. S épen mivel a nem trachomások ápolási ideje rövidebb, innen származik, hogy kevesebb ágyon aránylag több nem trachomás nyerhetett ápolást. 1904-ben az osztályon 235 hályogoperálás történt, jeléül annak, hogy az osztály milyen szerepet játszik a vakságellenes eljárásban. Nem kicsinyelhető az a szolgálat sem, melyet a szent István-kórház többi osztályainak tesz. A belső betegségek diagnosztikájában döntő fontosságú szerepet játszik a szemvizsgálat s egy 1000 ágyas kórház valóban nem nélkülözheti a szemészet segítségét. Azon ok, mely az osztály felállítására alkalmat szolgáltatott, ma is fennáll. A hatósági orvosoknak a trachomában való továbbképzésére most is szükség van. Évente több százan jelentkeznek a tanfolyamra. Eddig 40—50 orvos nyerhetett felvételt, mert nagyobb szám gyakorlati képzésére nem volt alkalom. Már a mult évben kezdetét vette az oktatás decentralisatioja s a budapesti s kolozsvári egyetemi szemklinikán kívül a pozsonyi kórház szemosztályán is volt cursus. S bár az utolsó évben személyi okoknál fogva (akkor még nem volt véglegesen betöltve a szemészet rendes tanszéke) nem az István-kórházi osztályra lett hirdelve a tanfolyam, ez osztály állandóan igénybe lett véve vidéki hatósági, sőt honvédorvosok továbbképzésére is s még nagyobb mértékben lenne ezentül.

De vajjon mi fog történni azon szembetegekkel, kik eddig ez osztályon nyertek elhelyezést, ha, mint a közgyűlés határozta, 1906. július 1.-vel megszünik? Ezek száma, mint láttuk, jelentékeny! Még ha a viszonyok kedvezőbbek is volnának, sem áll az államnak módjában e helyzetben fél év alatt segíteni.

S ha most azt kérdezzük, mi indíthatta a fővárost e határozatra, azt a választ kapjuk, hogy a főváros balparti kórházainak egy gyermekosztály felállítására égető szüksége van. Ezt nem vonom kétségbe.

De e törekvés kielégítésére nem szükséges egy már meglévő s mint láttuk, nélkülözhetlen osztály eltörlése. A megoldás e nélkül is lehetséges és pedig az által, ha teljesül a balparti közkórházak igazgatójának azon régtől sürgetett javaslata, mely az orbánczosok kitelepítését célozza. A főváros közgyűlése el is határozta egy külön pavillon építését. E határozat sürgős végrehajtásával megürül a H. pavillon földszintje s itt 50 ágyas gyermekosztály épen úgy létesíthető, mint az emeleten. De ha a főváros mindénáron meg akarja szüntetni a trachoma osztályt s a gyermekosztályon kívül nőgyógyászati osztályt is akar szervezni, a méltányosság azt kívánja, hogy legalább megadja a lehetőséget arra, hogy a közegészségügy más tényezői pótolhassák a veszteséget. Ezzel korántsem vonom kétségbe annak a szükségét, hogy az

István-kórház nőgyógyászati osztályt is nyerjen. Ellenkezőleg nagyon helyes, ha minden nagy kórházban mind a négy klinikai főszakma (belgyógyászat, sebészet, szemészet, szülészeti-nőgyógyászat) képviselve van, de akkor, a midőn az állam az utolsó években a Józsefvárosban 2 nagy női klinikát épített 277 ágygyal, s egy bábaképző szülőházat létesített 50 ágygyal, a nőgyógyászati osztály felállításának némi halasztása, legalább addig, míg az egyetemi kórház megnyílik s a midőn a szemészeti ágyak szaporulata várható, nem volna olyan nagy veszteség, mint egy már létező, virágzó osztály eltörlése!

Talán még nem késő s a meggyőződéseim szerint az ország, de első sorban a főváros közegészségügyére káros határozat megváltoztatható vagy legalább enyhíthető.

Grósz Emil.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Pappenheim: Atlas der menschlichen Blutzellen. Erste Lieferung: Tafel I—XII. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1905.
Ara 16 márka.

Kitünően megfestett és megrajzolt ábrákkal iparkodik szerző a vérsejtek származását értelmező, már sokat megvitatott nézeteit érzékíteni. Hövel fixált és eosin-haematoxylinnal festett készítményei nyomán rajzolt ábrái mindenesetre nagy segítségére vannak ebben. Az atlas elejéhez csatolt szövegben leírja a rögzítő és festő eljárásokat, a csontvelő vizsgálásának módját (felkent fedőlemez-készítményen) és ismerteti a fehérvérsejtek különböző alakjait, a táblázatokhoz fűzött magyarázatokban pedig eszméinek és teoriáinak bizonyításával foglalkozik. Hogy e közben erősen kidomborítja a saját felfogását és hogy nehezen érthető, azt mindenki elgondolhatja, a ki szerző irodalmi működését ismeri. Épen ez az oka annak, hogy kezdő nem igen veheti könyvének hasznát; de a ki nagyjában véve már járatos ezen kérdésekben, és a ki túl teszi magát a szöveg nehézségén, az sokoldalú és érdekes tanulmányt talál e könyvben, melynek minden része elárulja szerzőnek nagy irodalmi ismereteit és képzettségét.

Körmöczy Emil dr.

Ernst Schwalbe: Vorlesungen über Geschichte der Medizin. Gustav Fischer. Jena, 1905. (VIII és 152 lap.)

A szerző, ki a heidelbergi egyetemen az általános kórtan és kórboneztannak tanára, és tanítási megbízása van az orvostörténelemre, könyvvé gyűjtötte előadásait. Mint rövid tankönyv nagy vonásokban kellő tájékoztatást nyújt az orvosi történelem fejlődéséről. Újat nem mond, mint a hogy egy rövid tankönyvnek nem is ez a hivatása. Sőt épen előnyét látom benne annak, hogy hallgatóinak és olvasóinak a történelemnek csak megszilárdult anyagát s a befejezetteknek mondható nézeteket nyújtja. Egyenesen kerüli a nem nagyobb érdekű dolgokat, s ezért könyvét a nem szakképzett orvos, sőt a művelt nemorvos is érdeklődéssel olvashatja. Az ilyen könyv — ha laikusok is olvassák — lényegesen segítene azon felfogások correcturájában, melyeket az emberek egy csekély része még pl a homocopathiáról, de nem csekély része a „természetes gyógy mód“ ról alkot magának. Az áltanoknak, kuruzslásoknak, gyógyászati szélhámosságoknak nincs nagyobb és gyökeresebb ellensége és legyűrője, mint az orvostörténelem.

Schwalbe könyvének kívánjuk, hogy a laikusokhoz is útját találja. A Fischer-féle gondos kiadásban jelent meg Jenában.

Györy.

Uj könyvek. Zuntz, Loewy, Müller und Caspari: Höhenklima und Bergwanderungen in ihrer Wirkung auf den Menschen. Berlin, Bong und Comp. — R. Heinz: Handbuch der experimentellen Pathologie und Pharmakologie. I. Band. 2. Hälfte. Jena, G. Fischer. — E. Schwalbe: Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Thiere. I. Theil: Allgemeine Missbildungslehre. Jena, G. Fischer. — F. Hartmann: Die Neurofibrillenlehre und ihre Bedeutung für die klinische Neuropathologie und Psychiatrie. Wien, W. Braumüller. — R. Kern: Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens. Berlin, A. Hirschwald. — F. Schlesinger: Ärztliche Taktik. Briefe an einen jungen Arzt. Berlin, S. Karger. — P. Lacroix: Précis de laryngologie clinique et thérapeutique. Paris, F. R. de Rudeval. — G. Laurens: Chirurgie oto-rhino-laryngo-

logique. Paris, G. Steinheil. — H. Charlton Bastian: The nature and origin of living matter. London, Unwin, T. Fischer. — C. N. B. Camac: Counsels and ideals. From the writings of W. Osler. Oxford, H. Frowde.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Milyen hatása van a theának a gyomornedv elválasztására? Ezt a kérdést vizsgálta meg kísérletileg Takaoki Sasaki a berlini kórtani intézetben. Ugy járt el, hogy gyomorfitulás kutyák gyomrába 300 cm³ erős thea-forrázatot öntött be, s azt onnan egy negyed óra múlva ismét kibocsátotta. Ezután húsdarabokat tett a gyomorba s 5 perc múlva összegyűjtötte az elválasztott gyomornedvet s meghatározta a mennyiségét, savtartalmát és emésztőképességét. Vizsgálatainak eredménye az, hogy a thea csökkenti a gyomornedv elválasztását. Ennek megfelel Koljago dr. orosz főtörzsorvos azon nemrég közölt tapasztalata is, hogy az olyan ezredek legénysége, a melyekben naponként theát osztottak ki, lesóványodott, míg a maláta-kávéval táplált katonák súlyban gyarapodtak. Ez azonban nemcsak a csökkent gyomornedv-elválasztásból, hanem abból is magyarázható, hogy, mint Pawlowsky in vitro kimutatta, a thea csökkenti a pepsin fehérjeoldó hatását. A thea physiologiai hatását az emésztésre nem szabad azonban ezen kísérletek alapján egyoldalúan megítélni. Hogy az erős thea-forrázatot érzékeny és csökkent elválasztású gyomorra károsan hat, az kétségtelen. De ez nem zárja ki azt, hogy egészséges gyomrúaknál a mérsékelt erősségű thea kellemes szaga és íze által étvágygerjesztően s így az emésztésre kedvezően hat. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. december 4. 1526. 1.)

Mellékvese-átültetés. Stilling tengerimalacz mellékveséjének kéregállományát ugyanazon állatnak a hasüregbe visszahelyezett heréjébe eredménynyel ültette át. A transplantatio után 2 évvel és 10 hónappal leült állat sorvadott heréjében ugyanis az átültetett mellékvese nagyságával egyező, teljesen normális szerkezetű parenchyma-részleteket talált, s így jogosan felvehető, hogy az átültetés eredményes volt, sőt az átültetett szövetrészlet bizonyos fokig burjánzott is. A transplantatio sikeres voltát a szerző annak tudja be, hogy sorvadó szervbe ültette a mellékvesedarabkát; ellenőrzésképp ép herébe végzett átültetései után ugyanis alig maradt néhány mellékvesesejt vissza. Az átültetés sikeres voltát működési inger következményének nem tudhatni be: ugyanis mindkét mellékveséje megvolt az állatnak, sőt az, melyből az átültetéshez szükséges részletet vette a szerző, teljesen regenerálódott.

Azt hisszük, hogy nem volna érdektelen a mellékveséjétől utólagosan megfosztott állatnál vizsgálni eme átültetett részletet, s hogy vajon nem képes-e nagyobb fokú burjánzásra s így esetleg compenzáló működésre? (Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie etc. 1905. 37. k. 3. f.)
Halász Aladár dr.

Belgyógyászat.

A tápláló csőrék kérdéséhez czímen foglalkozik Strauss a per rectum nyújtott fehérvék felszívódásával. Körülbelül 50 esetben a következő klysmát használta: 25 gm. calodal (subcutan táplálásra is alkalmas fehérjekészítmény), 50 gm. szőlőcukor, 50 gm. tejszin egy késhegynyi konyhasóval 1 l. vízben felfőzve, azután 0.2 gm. mentholt, 0.5 thymolt vagy 1.0 gm. salicylsavat, s ha a székletetek savanyú szagúak kezdtek lenni, akkor egy késhegynyi natr. bicarb.-ot adott hozzá. Szükség szerint 5—10 csepp tinct. opii-t is kevert bele. E csőrét csekély nyomás mellett körülbelül 1 óra alatt engedte cseppenként befolyni s ilyen eljárás mellett a legtöbb beteg 3—4 óra hosszat benntartotta s a székletével csak a felénél kevesebb jött vissza. A végbelet nem izgatta, bár két esetben egy hét alatt 12 illetőleg 14 ilyen csőrét adott. Rendszerint naponta 1—2-szer alkalmazta a csőrét. Két esetben anyagcserevizsgálatot is végzett s bár az ilyen eljárás melletti fehérjeresorptio felől biztos véleményt nem mer mondani, mégis a felé hajlik, hogy az ilyenkor nagyobb, mint a közönséges tápláló klysmá használatakor. (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 44-a. szám.)

A hyperaciditás a betegnek panaszai alapján még az objectiv vizsgálat előtt is elegendő biztonsággal felismerhető; annál

különösebb, hogy a gyomornedvet ilyenkor nem mindig találjuk a rendesnél savanyubbnak; másrészt pedig *Kaufmann R.* helyesen utal arra, hogy teljesen egészséges ember gyomra is igen gyakran választ el oly nedvet, mely aránylag igen savanyú, de még sem okoz semmilyen zavart sem. *K.* a saját és mások beteganyagán szerzett tapasztalatok alapján azon, már mások által is hangoztatott meggyőződésre jut, hogy a hyperaciditasban szenvedők fájdalmait nemcsak a sav okozza (mely csak valamivel töményebb a rendesen működő gyomor nedvével), hanem az, hogy ezen betegek gyomra a rendesnél jóval érzékenyebb. Ezen túlérzékenységnek igen különféle okai lehetnek. (*Zeitschrift für klinische Medicin*, 1905. 5—6. füzet, 491. oldal.) *H. P.*

Idegkórtan.

Az echternachi tánczoló körmenet leírását olvassuk *Henry Meige* cikkében. Echternachban, Louxembourgban fekvő kis városban pünkösdi keddjén évenként manapság is tartanak szent Willibrord (szent Vitus) tiszteletére körmeneteket, a melyekre a flandriai, rajnavidéki és hollandi nép egy része szokott eljárni. A körmenet népe tánczolva halad végig az utcákon, elől fiúk, azután leányok, azután férfiak, végül asszonyok tánczolnak. A tánczolóknak előtt papok zoltárokat énekelnek, ezek nem tánczolnak. A tánczolókat zenekarok kísérik, a kik egy, polkához hasonló rhythmusú melódiát játszanak. A táncz inkább tánczoló lépés, három lépést tesznek előre, azután egyet visszafelé, de ezt a hivatalos módszert nem mindenki követi, a miből zür-zavar keletkezik. A körmenet 2 óra hosszat tart és a végén vagy 60 lépésön kell feltánczolni a templomba. Az egész dolog rendkívül fárasztó, és erős ember legyen, a ki végig bírja; végül a suggestio hatása alatt álló nép már csak automata módjára mozog; közben frissítő italokat megállás nélkül fogyasztanak. A körmenet a templom oltára körül haladva szétoszlik.

A körmenet célja az epilepsia, Vitus-táncz és göresrohamok megszüntetése. A betegek egy része azonban nem képes abban részt venni, de ez nem is szükséges, mert az is elég, ha valaki más végzi el ezt az ő nevében és érdekében, sőt erre hivatások tánczolókat pénzért is kaphatók. A honorariumot előző nap a tánczos próbatáncza után 2—5 frankban állapítják meg.

Ezen körmenet kezdetéről nincs biztos tudomásunk, 1550-ben már irnak róla és azóta 1—2 évi szünettel mai napig folytatják, dacára annak, hogy a XVIII. században a trèves-i püspök a tánczot eltiltotta és azóta is többször eltiltották. Az actualis kiinduló pontot a középkor tánczolójárványai adták. *Meige* a történelem régibb idejére megy vissza és az echternachi körmenet analogját látja Dionysos kultusában, a bacchanaliákban. A mai korban nemcsak a civilizálatlan népeknél találunk ilyeneket, hanem Európában is. Hasonló a Bretagneban szent János napján tartott tánczoló körmenet; Szerbiában, Dubokán pünkösdi hétfőtől kezdve 1 héten át hasonló körmenetet tartanak.

Charcot óta ezen jelenségeket hysteriásoknak nézik, azonban természetesen ebből nem következik az, hogy minden résztvevő hysteriás. *Meige* szerint a tömegek élettana bizonyos fokig eltér az egyes emberek élettanától és a tömegek kórtana az egyesek kórtanától. A tömegsuggerálás hatása alól sokszor az egészséges ember sem tudja magát kivonni. (*Nouvelle Iconographie de la Salp.* 1905. 3. és 4. sz.) *Kollarits Jenő.*

A dermatographia kórjelző értékéről neurosisokban *Stursberg* a következőkben foglalja össze vizsgálatainak eredményét. Minden egyének, úgy az egészségesnek, mint az idegesnek bőre piros lesz mérsékelt mechanikai ingerre. Ezen pirosság hiánya ritka kivétel és főleg a bőrben levő rendellenességeken alapszik. Áttekintve nagyszámú vizsgálatok középértékét azt látjuk, hogy a neurosisokban valamivel élénkebb a reactio.

A kórjelzésben azonban ennek értéke nincs, mert egészséges emberen ugyanily fokú lehet az ingerlékenység. (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* 83. kötet, 5. és 6. füzet.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A subperitonealis medenczefibromákról, ezen igen ritka de néha valóban óriási növekedést mutató daganatokról ír

Whitney. 19 esetet állított össze az irodalomból, melyek többsége 20—50 éves nőknél észleltetett; férfinnál mindössze négyszer láttak ilyen daganatot. A daganatok a faron, a nagy ajkakban, gáton szoktak megjelenni, s rectalis vagy vaginalis vizsgálattal lehet constatalni, hogy mily complicáltan ágaznak szét a medenczében. 13 esetben történt műtét, 4 halálesettel; recidivára a daganat a kiirtás után is hajlamos; a műtét eljárását ama körülmény, hogy a daganatok beleket, hólyagot sérvszerűen magukkal vonszolhatnak, igen megnehezíti. Ezzel kapcsolatban *Harrington* általa szerencsésen operált két esetet ír le, melyekben recidiva 5 évig, illetőleg 9 hónapig nem jelentkezett. (*Annals of surgery.* 150. f.) *Pólya.*

Rákos gyomor totalis illetve subtotalis kiirtásáról értekeznek *Ito* és *Asahara* tanárok a kyotoi egyetemen. Az irodalomban közölt totalis gyomorkiirtások legnagyobb része csak subtotalis, mert totalis gyomorkiirtásról akkor szólhatunk, ha úgy a pylorust, mint a cardiát eltávolítjuk. Két esetben végeztek radikális műtétet: egyik esetben a beállott collapsus miatt a nyelőcsövet zárták és duodenalis sipolyt készítettek, e beteg műtét után csakhamar meghalt; a másik esetben subtotalis gyomor-resectiót végeztek, a beteg 6 hó múlva metastasis folytán meghalt.

A gyomorrák sebészetének irodalmát szerzők kevésbé ismerik. A műtétet nagyon ajánlják, mert *Ribera* (madridi egyetem) egy esetében már négy év telt el a műtét óta s recidiva még nem állott be. Felemlitem kiegészítésül, hogy 13 esetben tudjuk, hogy rákos gyomor resectioja után 3 éven belül recidiva nem állott be; ez esetek a következők:

Kocher 13, *Czerny* 12, *Dollinger* 10, *Roux* 9¹/₃, *Maydl* 8³/₄, *Krönlein* 8¹/₄, *Mikulicz* 8¹/₄, *Kümmell* 7, *Eiselsberg* 6¹/₂, *Körte* 5¹/₂, *Dollinger* 5, *Kappeler* 4¹/₂, *Garré* 3¹/₁₂ évi recidivamenteségről számolnak be. Ilyen eredmények minden esetre feljogosítják a sebészt, hogy a gyomorrák radikális sebészetével behatóan foglalkozzék. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 1905. 80. kötet, 1—2. füzet.) *Steiner Pál dr.*

A Basedow-kór sebészeti kezelésével elért eredményekről számol be *Friedheim*, *Kümmell* főorvos osztályáról. A Basedow-kór sebészeti kezelésének jogosultságát még sokan kétségbe vonják, főleg azok, a kik a strumát a Basedow-kór csak egy tünetének tekintik. A *Möbius*-féle hypersecretióos tan terjedésével mindinkább terjed a struma-resectiók és enucleatiók száma. *Kümmell* 20 esetben végezte s betegeinek további sorsa után érdeklődve, azon tapasztalatra jut, hogy 14 esetben teljes gyógyulás állott be (15¹/₂—4 év közti idő telt el a műtét óta), öt esetben javulás jelentkezett. Egy esetben volt műtét halálozás, valószínűleg azért, mert kevés secernáló mirigyelem maradt vissza. Tehát 50% halálozás és 70% gyógyulás. Ezen halálozás is igazolásul szolgál *Kocher* ama tanának, hogy helyesebb a műtétnél kevés pajzsmirigy-részletet eltávolítani, a műtétet több ülésben végezni, mint hogy kiterjedt mirigy-resectiók után kiesési tünetek jelentkezzenek, melyek a betegek halálát okozzák. *Kocher* 45, *Krönlein* 16, *Mikulicz* 10, *König* 4 gyógyult Basedow-kór esetéről számol be; ha tekintetbe vesszük, hogy belső kezeléssel maradandó gyógyulásról alig lehet szó, úgy legalább is jogosult a sebészeti beavatkozás azokban az esetekben, a melyek minden belső kezeléssel dacolnak. (*Archiv. f. klin. Chirurgie* 1905. 77. kötet, 4. füzet.) *Steiner Pál dr.*

Húgyszervi betegségek.

Az ureter megszakadásakor *Bernasconi* és *Colombine* szerint ez ideig két sebészi út állott előttünk: 1. a csontok egyesítése és a cysto-uretero-anastomosis, továbbá 2. azon műtét, a mikor a csontot valamelyik szomszédos szervbe, leggyakrabban a végbélbe kapcsoljuk. A fertőzés veszélye, a mely a beteget főleg az utóbbi esetben állandóan fenyegeti, érlelte meg szerzőkben azon törekvést, hogy egy harmadik utat keressenek, a melyet előbb állatkísérletekkel és hullabonczolatokkal kitapasztalva, az uretero-ureteral-anastomosis képében mutatnak be nekünk. A sérült ureter-csonkot bevarrják az egészségesbe, vagyis a mindkét veséből származott vizeletet egy csövön vezetik a hólyagba. Első kísérleteiket az ureternek a kis medenczében levő, a hólyaghoz közel eső részén hajtották végre, később azonban a sikeren

és a technika könnyedségén felbuzdulva, a műtétet már magasabb — csipő, ágyéki — helyeken a mesenteriumon keresztül is foganatosították. Szerzők az állatkísérletek és hullaboncolatok körül szerzett tapasztalataikat ismertetve, részletezik ez utóbbi igen nehéz műtét technikáját, javalatait és az ureterek elszakadása esetén használt eljárásukat a következőkben írják le: I. Ha a sérülés 3—4 cm.-nyire van a hólyag felett, akkor egyesítsük a centralis csontot a hólyaggal; II. ha a szakadás már magasabb helyen történt és a) az anyaghiány csekély avagy semmi, úgy Pozzi-féle termino terminalis, vagy a van Hooek féle termino lateralis, vagy a Monari-féle latero lateralis anastomosis lesz helyén való; ha azonban már nagyobb az anyagvesztés, akkor az eddig szokásos hasfalhoz avagy végbélbe való kapcsolás mellőzésével határozzuk el magunkat a két ureter egyesítésére, a mely műtétet nem nehezebb, nem tart tovább és nem nyit kaput a fertőzésnek sem. (Annales des mal. des org. génito-urin. 1905. II. kötet, 6. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A gáttáji prostata-kiirtás után az esetek kétharmadában fellépő sipolyokról szólva, Rochet constatálja azt, hogy a húgycső-végbél-sipolyok állandó vizeletespegeccsel, a vizeletnek a végbélben való felgyülemelésével s utóbb hasmenésszerű eltávolodásával, továbbá a bélsár és bélgázok részéről való fertőzés veszedelmével fenyegetik a beteget; a végbél-gáttáj-sipolyokból pedig — bár ezek könnyebben elviselhetők — ismét más súlyos következmények (lobok, gangraenák) eredhetnek; a hiba pótlására tehát újabb műtét válik szükségessé, a melyet szerző három szakaszra oszt és pedig, 1. gátmetszés (mindig az első heg mentén), 2. a sipoly urethralis és rectalis szájadékainak egymástól való szigorú elkülönítése és 3. ezek felújítása, összevarrása vagy összeforrasztása úgy, hogy azok soha többé ne egyesülhessenek. Majd részletezi a műtét minden egyes mozzanatát; műtét után a pöcsap állandósítását helyteleníti, egyrészt mert nem segíti elő a húgycsőbe összeforradását, másrészt pedig azon genyeddéssel, a melyet maga körül felidéz, határozottan árt és semmikép sem gátolja meg azt, hogy a vizelet közte és a húgycsőfal között beszűrődve a sipolyba ne hatolhasson. (Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905. II. kötet, 6. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A prostata túltengését az esetek többségében B. Motz és Pearnau szerint adeno-myomás képződmények alkotják; ezek idősebb férfiaknál rendkívül gyakoriak és mindig a periurethralis mirigyek körül fejlődnek ki; az utóbbiakat a prostata tulajdonképeni szövettől egy sima intra-prostatikus sphincter választja el, a melyet néha az ép prostatában is, a túltengésben pedig csaknem mindig sikerül megtalálnunk. A középnyagyságú és az igen nagy hypertrophiáknál a prostata tulajdonképeni szövete a peripheriára szorítkozik, a hol többé-kevésbé atrophizálva mintegy átkot (pseudocapsule) képez. A mirigyek a struma proliferatiojával járó rügyezés révén akkép sokasodnak, hogy az újonnan képződött tasakokat egymástól gondosan elkülönítik. A gömbölyű testecskék a glandularis és muscularis alképletekből eredve és mindenkor izomszövetből (myoma) alkotva, csaknem rendszeren a neoformált hajszáledény-gomolyagok körül fejlődnek. Ugyszólván mindenütt, a hol adeno-myomás elváltozásokat találunk, rá fogunk akadni a lefolyt prostatitis nyomaira is. Az utóbbi egymagában csak igen kivételes esetekben lesz oka a vizelet pangásának, avagy elégtelen kiürülésének. (Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905. II. köt. 8. f.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A cocainbefecskendések után jelentkező kellemetlen mellékhatások ellenszeréül Schlemmer a kolát ajánlja. E szer hatása ilyenkor annyira szembeszökő, hogy Schlemmer ebben bizva, egy fél nap alatt, 1—1½ órai időközökben, összesen 10, sőt több feckendőnyi 20/0-os cocain-oldatot is be mert ugyanazon patiens foghúsába feckendezni, a nélkül, hogy valaha komolyabb kellemetlenségei lettek volna. Eljárása abban áll, hogy 10 percczel a cocainbefecskendés előtt nyújtja a kolát olyanformán, hogy egy teáskanálnyi kolát 5—6 evőkanálnyi langyos vízben old fel, a mihez azután egy evőkanálnyi cognacot kever. 10 percczel azután, hogy a patiens ezt elfogyasztotta, nyugodtan applikálhatja

a cocaint. Tapasztalatai szerint különben a cocainnal szemben való tolerancia a nemtől és a kortól független, nemkülönben individualis sajátságoktól is. Ő azt tapasztalta, hogy ugyanazon beteg egyszer kisebb adagtól is rosszul lesz, mint a mekkorát máskor baj nélkül viselt el. A cocain hatása e szerint csakis attól függene, hogy a befecskendés alkalmával milyen a beteg állapota. (Öster.-ungar. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. 1905. I. füzet.)

A viferral-nak, egy újabb polychloralnak hypnotikus jó tulajdonságait dicsérik Wilthauer és Gärtner. A szer állítólag épséggel semmi kellemetlen mellékhatással nem jár, s súlyos természetű billentyűbajoknál is alkalmazható, a nélkül, hogy alkalmazása valami szív működésbeli zavart okozna. A gyomorműködésre szintén nem gyakorol a szer semmiféle kellemetlen befolyást. A nem kellemetlen ízű szert ostyában vagy tablettákban szokás nyújtani. A fellépő álm mély és üdítő. A minimalis adag felnőttek számára 0.75—1 gramm, ha azonban ennyire nem áll be alvás, veszedelem nélkül lehet 1.5—2 grammot, sőt többet is adni. Ugy látszik, hogy huzamosabb alkalmazás után a szervezet hozzászokhatik. (Therapeutische Monatschr., 1905. 3. füzet)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1905. 49. szám. Chyzer Béla: Az accumulatorokkal kapcsolatosan előforduló ipari betegségekről. Ifj. Generich Antal: A gyomor- és bélműtétek újabb aseptikus módja. 50. szám. Fejér Gyula: Az újszülöttek veleszületett kötőműködéséről. Chyzer Béla: Az accumulatorokkal kapcsolatosan előforduló ipari betegségekről.

Orvosok lapja, 1905. 49. szám. Tuszkai Ödön: A művi vetélés kérdéséhez. 50. szám. Rottenbiller Ödön: Izületi neuralgiák és neurosisok.

Budapesti orvosi újság, 1905. 49. szám. Filep Gyula: Adatok az anyatej kémiai tulajdonságához. Szana Sándor: Az opium adagolása a csecsemőkorbán. 50. szám. Stahovszky Antal: Adatok a tüdővízenyő kezelésében. „Dietetás és physikai gyógy módok“ melléklet 4. szám. Schütz Aladár: A 2. életévüket betöltött jobb módú gyermekek táplálásáról. Hajós Lajos: Torna, sport, atlétaság és testi munka az idegsek életrendjében.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. december 15.

▷ **Thanhoffer Lajos dr.** budapesti tudomány-egyetemi ny. r. tanárnak tanári és tudományos működése elismerésül a király az udvari tanácsosi czímet adományozta.

⊙ **Kitüntetés.** *Rapsák Imre dr.* váci püspöki uradalmi főorvosnak a király a közjótékonyaság terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi czímet adományozta.

∞ **Kinevezés.** Nagy-Küküllőmegye főispánja *Zintz Károly dr.-t* a segesvári kórházhoz orvossá nevezte ki. — *Türk Szilárd dr.-t* József kir. herceg Alsuthra uradalmi orvossá nevezte ki. — A belügy-minister *Háromy Ferenc dr.-t* a budapesti lipótzemzei elmeegógyító-intézethez, *Pollák Lajos dr.-t* pedig a szabadkai állami gyermekmenhelyhez másodorvossá nevezte ki. — *Pörjes Bertalan dr.* vágbesztercei kórorvost Trencsénmegye főispánja járásorvossá nevezte ki.

⊙ **Választás.** *Grünwald Elek dr.-t* teveli kórorvossá választották.

⊗ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választottak meg: Az I. számú anatómiai intézethez: Neuber Ede dr. második tanársegédnek, Balázs Dezső díjas gyakornak, Jung Géza díjas demonstratornak. A II. sz. belklinikához: Itu Miklós dr. díjtalan gyakornoknak. A bőrkórtani intézethez: Hlatky Tivadar dr. díjazatlan gyakornoknak (meghosszabbítás). A szemklinikához: Herzog Irma dr. és Weinek Gusztáv dr. díjas gyakornoknak, Schulek Alfréd dr. díjtalan gyakornoknak. A gyógyszerintézethez: Barla-Szabó József díjtalan gyakornoknak. Az I. számú kórbonecztnai intézethez: Feldmann Ignác dr. első tanársegédnek (meghosszabbítás). A belgyógyászati diagnosztikai tanszékhez: Bence Gyula dr. tanársegédnek (meghosszabbítás). Az I. sz. belklinikához: Kövesi Géza dr. első tanársegédnek, Bálint Rezső dr. második tanársegédnek, Kovács József dr. díjas gyakornoknak.

— **Az Orvosi Kör Országos Segélyegyesületének elnöksége** mindazoknak, a kik rendes évi segélyért folyamodnak, a következőket hozza tudomásukra: 1. A segélyre jogosultsággal csak olyan orvosok bírnak, a kik legalább három évig az Egyesületnek tagjai voltak és e tagság a segély igénybevételéig meg nem szakadt. A tagságnak időközben való megszakadása megszünteti a jogosultságot is. 2. Az ilyen segélyre jogosult tagok özvegyei és árvái is kapnak segélyt. Teljesen árvák külön segélyben részesülnek; fiúk húsz, leányok tizenhat éves korukig. 3. A segélyt kérő folyamodványokhoz melléklendő: évről évre megújítva a szegénységi vagy vagyoni állapotról szóló bizonyítvány, a melyben kitüntetendő a családtagok száma, koruk megnevezésé-

vel. E bizonyítványt a fővárosban a kerületi előjáróságok, városokban a polgármesteri hivatal, falvakban a jegyző és bíró díjtalanul állítják ki. 4. Első alkalommal folyamodó özvegyek férjük elhalálozási bizonyítványát is mellékeljék. 5. A folyamodások az egyesület elnökéhez (Rákosi Béla dr., Budapest, IX., Soroksári-utca 18) küldendők december hó 26.-áig.

⊕ A budapesti VII. ker. orvostársaság választmánya folyó hó 21.-én, csütörtökön, esti 6 órakor ülésezik az erzsébetvárosi körben lévő helyiségében (Royal-szálló, A. kapu, I. emelet). Ülés után, 7 órakor *Vermes Mór* dr. előadást tart ugyanott „Orvosi deontologia” címmel, a melyre az elnökség az orvostársaság összes tagjait meghívja. Az előadást a rendes havi társasvácsora követi.

△ Az „Orvosok lapja” című tudományos és társadalmi hetilap szerkesztését és kiadását *Walkó Rezső* dr. vette át.

△ 85 éves keresetképtelen orvos részére újabban adakoztak: Navratil Imre tanár 20 kor., Korányi Sándor tanár 20 kor., Jendrassik Ernő tanár 20 kor., Birsony János tanár 10 kor., Bókay János tanár 10 kor., Deutsch Ernő dr. 5 kor. Összesen 85 korona. Ezzel együtt gyűjtésünk eddigi eredménye: 228 korona.

† Elhunyt: *Reitter Ödön* dr. nyugalmazott járásorvos december 9.-én 56 éves korában Aradon. — *Tareuzki A.*, ismert anatomus, a szt.-pétervári katonatorvosi akadémián az anatomia tanára s ugyanezen akadémiia igazgatója, 61 éves korában. — *Setchenow*, a physiologia nyug. tanára a moszkvai egyetemen, 76 éves korában.

⊕ Kisebb külföldi hírek A nemrég elhunyt *Leuthold* dr. helyébe a német hadsereg vezérorvosává *Schjerning* dr. főtörzsorvost nevezték ki. — A modenai egyetemen *Sperino* dr.-t rendkívüli tanárrá nevezték ki az anatómiából. — *W. Starling* tanárt, a manchesteri egyetemen a physiologia tanárát a londoni Royal Institute-hoz helyezték át.

△ „St. Louis Medical Credit Guide” ezímen St. Louisban, Amerikában az orvosok vastag könyvet adtak ki, melybe 500 orvos bemonadása alapján belekerült minden rosszul fizető, vagy a honorariummal adós maradó patients neve. A könyvben 15,000 név szerepel! Ugy látszik tehát, a viszonyok e tekintetben odaát se jobbak, mint minálunk, a vén Európában. A könyvhöz hónapoként függelékkel adnak ki s belőle évenként új kiadás jelenik meg.

⊕ A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét november hó folyamán 68 esetben vették igénybe; a műtétek száma 53 volt.

⊕ A budapesti egyetem II. nőbeteg klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét november hóban 88 esetben vették igénybe; a műtétek száma 71 volt.

— A budapesti poliklinika betegforgalma november havában 3804 volt; a rendelések száma 11,039-re rügött.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 49. hetében (1905. december 3.-tól december 9.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elveszülte 495 gyermek, elhalt 282 egyén, a születések tehát 246-al multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 10, meningitis tuberculosa 3, apoplexia cerebri 4, convulsiones 4, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 2, morbi org. cordis 18, morbi myocardi 5, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 2, pneumonia 19, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 51, emphysema pulm. 3, pleuritis 1, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 10, 2 éven felüli 1, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocel. intestini 1, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 1, nephritis 6, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 2, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 18, paedatrophia 1, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. 1, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 3, morbi tuberculosi 4, diabetes mellitus 4, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 4, scarlatina 3, pertussis 2, croup-diphth. 5, diphth. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 3, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 0, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 5, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3667 beteg, szaporodás 920, eszökkenés 837, maradt e hét végén 3691 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 192 (200), vörheny 32 (38), álh. gége- és ronsoló toroklob 37 (25), hökhurut 35 (15), gyermekágyi láz 1 (5), hasi hagymáz 14 (14), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 64 (52), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömrigylob 3 (1), trachoma 10 (11), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Egy újonnan épült fővárosi sanatorium számára **alorvos kerestetik.** Szükséges feltételek: 1-2 évi klinikai vagy kórházi belgyógyászati gyakorlat és kellő jártasság a chemiai vizsgálati módszerekben. Ezekon kívül kívánatos lenne gyakorlati ismerete a hydrotherapiai eljárásoknak. Érdeklődőknek bővebb felvilágosítást nyújt **dr. Surányi Miklós**, VI., Nagy János-utca 9., 9/é.útán 3-4 között.

A műszerek fertőtlenítése legcélszerűbben 30%-os „Lysoform”-oldattal történik, melyben nickelozett műszerek és legfinomabb lakkozott francia katbeterek hónapokig elállhatnak a nélkül, hogy rozsdásodnának.

Mai számunkhoz „Uj-Tátrafüred” magaslati gyógyhely prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M., „Isoform” című prospectusa van mellékelve.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a „Hivatalos Orvosok Naptója.” Ára 2 korona 20 fillér. Kapható az összeg előzetes beklüde ellenében a „Petőfi” Ujság és könyvkiadó-vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-u. 16.

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

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

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősítő. Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: Tablettae Lecithini Richter 0-05 és 0-025 gr. lecithin-tartalommal. Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter (Lecithines csakamáj-olaj). Lactolecithin Richter (Lecithines tejezukur-por) Lecithine granulée Richter (izletes lecithingranulák). Lecithinol Richter (steril lecithinolaj injekciókra). Richter Gedeon „Sas”-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

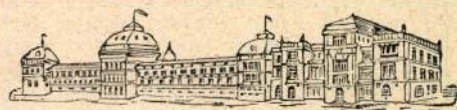
Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium küllön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejtájás, csúz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kívánatra prospectus. Vezető orvos: **Rtén Béla dr.**

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

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

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

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



Téli fürdőkúra
a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénas források. Iszapfürdők, iszapborogatások: mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. Olesó és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, borbajok és a téli fürdőkúra felül kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.



Tátrafüred

(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva december 1-jétől márczius végéig. Vízgyógyintézet, massage, villamosítás, diéta asztal, felséges enyhe téli klima. Téli sportok. Központi fűtés, villamos világítás, állandó gyógyszerár. Indikált: **Basedow-kór**, idegbajok, vérszegénység stb.

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: **Dr. Dalmady Zoltán.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Markusovszky-féle jubilaris előadások. (6. előadás december 4. én). 907. 1. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXV. rendes tudományos ülés 1905. december 1. én) 907. 1. — Közházai orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1905. november 8. án.) 908. 1.

Markusovszky-féle jubilaris előadások.

Tartja Korányi Frigyes tanár.

(6. előadás 1905. december 4. én.)

Előadó rámutat arra a rendkívüli haladásra, a melyet a vér alak-elemeinek ismerete a legújabb időben tett Hermann nagy physiologiájának megjelenése óta. Az akkori elemi ismereteket széleskörű bűvárlatok terjesztették ki. Az előbbi előadásokból tudjuk, hogy a vérsavó-ban a régi physiologiákban leírt fehérjéken kívül egész tömege van az immunanyagoknak s a belső secretiót végző szervek nedveinek. Ismerjük a fehérvérséjtek képződési helyeit a nyirokmirigyeken kívül is, ismerjük azok különböző fésleseit és ezek átmeneti alakjait. A leukocytáknak meghatározott irányú mozgásuk van, melynek oka a chemotaxisban keresendő. E mozgás a phagocytismussal függ össze, melynek felismerője Fodor József, majd főleg Metschnikoff volt, a melynek összefüggése a baktericidiával kétségtelennek látszik. A fehérvérséjtek bizonyos physiologikus és pathologikus viszonyok között felszaporodnak. A physiologikus leukocytosis fellép az emésztés ideje alatt, a terhesség utolsó időszakában stb. A pathologikus leukocytosis bizonyos ingerlő anyagok, főleg bakteriumok hatása alatt lép fel. A legtöbb bakterium okoz leukocytosist; kivételt képez a typhus. A leukocytosis főleg gyuladások, genyedések alatt jelentkezik. A test felületén vagy a végtagokon fellépő genyedéseket vagy csekélyfokú leukocytosis kíséri, vagy egyáltalában semmi. Legnagyobb fokot ér el a hasúri genyedéseknél s ezt használta fel Curschmann a főregnyúlvány gyuladásainál a genyedés jelenlétének megállapítására. A tapasztalat azt mutatja, hogy ha a leukocyták száma 1—2 napig eléri a 20,000-et, úgy genyedés van jelen, ha annak külső jelei nem mutatkoznak is, s ez indicatiót képez a műteti beavatkozásra. E jelenségnek csak positiv értelemben van jelentősége; hiánya nem jelenti azt, hogy genyedés nincs jelen.

A vörösvérséjteknek kétféle származása van. Mitosis útján a magvas vörösvérséjtekből és a fehérvérséjtekből. A vörösvérséjt élet-hossza 3—4 hétre terjed. A vörösvérséjtek betegségeihez tartozik a malaria, a mely a régi haematológiában még teljesen ismeretlen volt.

A malaria okát már régen idegen szervezetben, többnyire gombákban keresték. Laveran volt az, a ki a malaria plasmodiumát felfedezte a vörösvérséjtekben. A folyamat, mely a plasmodium fejlődésében végbemegy, azzal kezdődik, hogy a véráramban sporák vannak, melyek élénken mozognak, majd egy-egy vörösvérséjthez tapadnak, azután abba bemélyednek, végre egészen belejutnak; e közben a vérséjt festenye kevesbedik, a parasitákban ellenben sötét festenyszemcsék lépnek fel. A plasmodium ezután mindjobban növekszik s eléri egyéni fejlődésének legmagasabb fokát; azután kezdődik a nemzés és pedig segmentálódás útján. Ennek végbemenetele után a vérséjt meghasad, a plasmodium kilép, a sporák szétesnek és a véráramba vegyülnek. A plasmodium egyéni fejlődésének időszaka a betegnél a láztalan, a sporák kiszabadulása a lázas időszaknak felel meg. Ha a malarikus folyamat tovább tart, a vörösvérséjtekben degenerációs jelek: granulatiók léphetnek fel.

Az újabb vizsgálatok kimutatták, hogy bizonyos szunyogokban feltalálható a malaria-plasmodium egész fejlődésében, s hogy e szunyogok inficiálhatják az embert. Száritott ilyen szunyog pora az ember gyomrába vite malarit okoz. A szunyogban való fejlődés némileg különbözik az emberben való fejlődéstől. Itt kétféle gameta-alak található: a mikro- (hím) és makro- (nőstény) gameta. Előbbinek az utóbbiba való behatolása után létrejön a fructificatio, ezután a parasita a szunyog gyomrába jut, itt tokot kap, az oocystát. Ebben megindul a sporák fejlődése, majd a cysta megreped, a sporák kiszabadulnak, a szunyog testének nedveibe vegyülnek s ezekkel bejutnak a nyál mirigyébe, a honnan a fullákon keresztül az emberi testbe jutnak.

Hogy a malaria-fejlődés kizárólagosan a szunyogok útján történik-e, az kérdés tárgyát képezi. Saját tapasztalatai azt mutatták, hogy malaris fertőzés akkor is létrejön, mikor szunyogok nincsenek. A német statistikák is azt mutatják, hogy Németországban azokban a hónapokban volt legtöbb malaris megbetegedés, a mikor szunyogot még nem lehet látni s a nyári meleg hónapokban csökkent a megbetegedések száma. Így hát valószínű, hogy a malaria terjedésének a szunyogon kívül még más útja is van.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXV. rendes tud. ülés 1905. évi december hó 1. én.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Kövesi Géza.

(Vége.)

Kanitz Henrik (Kolozvár): Azon 1½ alatt, melyet a Marschalkó tanár úr vezetése alatt álló kolozvári egyetemi bőrklinikán eddig elöltöttem, elég behatóan foglalkoztam a Röntgen-sugaraknak a külön-

böző bőrbetegségekre gyakorolt hatásának megfigyelésével és therapiái czélokra való felhasználásával, a mennyiben Marschalkó tanár úr az intézeti Röntgen-kezelést reám bizni szives volt. Azon igazán nagyszámú és változatos dermatopathologiai anyag, mely intézetünkben a Röntgen-kezelés tárgyát képezi, alkalmat adott nekünk arra, hogy a Röntgen-kezelés therapiái értékéről a legkülönbözőbb betegségekre vonatkozólag már eddigi tapasztalataink alapján is megfelelő véleményt formálhassunk magunknak. Mindezekről azonban most nem kívánok szólni, hanem a bemutatott eset kapcsán azon észleleteinkről és eredményeinkről akarok röviden beszámolni, a melyek a bőr rákos folyamatainak Röntgen-kezelésére vonatkoznak.

A bőrrákok kezelése Röntgen-sugarakkal a kolozvári bőrklinikán már körülbelül 2½ év óta folyik, de kiterjedtebben csak egy év óta alkalmazzuk a sugarakat. Az intenzívebb és nagyobb arányú kezelésre egy eset adta meg tulajdonképen az impulzust, a melyet mint egyik legrégebb esetünket nemcsak a chronologiai sorrendben illet meg az elsőség, hanem azért is, mert oly tanulságos és szembeéltő módon egyik esetünk sem bizonyítja a Röntgen-sugaraknak biztos és gyors curatív hatását a rákos betegre. Ezt az esetet Marschalkó tanár már egy év előtt a berlini dermatologiai congressuson be is mutatta, a hol azon körülménynél fogva, hogy egy nagy kiterjedésű és klinikailag határozottan rosszabb indulatú ráknak teljes visszafejlődéséről és ideális cosmetikai eredménnyel való gyógyulásáról van szó, méltán felkeltette az érdeklődők figyelmét. Az eset egy 77 éves nőre vonatkozik, kinél bejövetelekor (1903. december) gyermektenyéryn, kifehélyesedett, dudorzos felületű tumor ült a jobb orbitális táj bőrében, teljesen elfedve a szemet. Szövetani lelet: Carcinoma basocellulare adenoides. A kezelés alatt a tumor rohamosan fogyott, úgy hogy 1904. február végén a kezelést — a daganat teljesen visszafejlődve — be is fejeztük. A mint az akkor készített fényképen méltóztatnak látni, a daganat nyomtalanul eltűnt, helyét szép puha és sima bőr fedi és a beteg látóképességét teljesen visszanyerte.

Az esetnek bizonyító értékét növeli az a körülmény, hogy azóta két év eltelt, a beteg, ki állandóan észlelésünk alatt áll, teljesen jól van, recidiva nem jelentkezett. A kezelés után 1½ évvel felvett képen a teljes gyógyulás látható. Ez az eset — a mint azt Marschalkó tanár már bemutatása alkalmával hangsúlyozta — élénken bizonyítja, hogy a Röntgen-sugarak nemcsak a felületi és jóindulatú epitheliomákat, hanem a nagyobb kiterjedésű, klinikailag határozottan rosszabb indulatú bőrrákokat is képesek teljesen és nagyobb plastikai rútitások nélkül meggyógyítani. Ezen eset indította Marschalkó tanár urat arra, hogy a Röntgen-kezelést intézetében különösen a bőr rákos folyamatainak szélesebb alapokra fektesse és ennek köszönhető, hogy 2½ év alatt összesen 45 rákos megbetegedésnél alkalmazhattuk a sugarakat. Ezen 45 eset közt tízszer a szájnálkahártya rákja és egy emlőrák szerepel, a többi 34 eset a bőrráknak legkülönbözőbb alakjait képviseli. Nagyszámú esetünk közül bátorkodom a t. Orvosegyesületnek még nyolczat stereoskopos képekben bemutatni. E képek a legkülönbözőbb klinikai megjelenési esetekre vonatkoznak és a kezelés előtti és utáni állapotokat tüntetik fel, biznyságot téve a rákos képletnek az illető esetekben való teljes visszafejlődéséről.

Tisztelt Orvosegyesület! Egy olyan hosszadalmas bántalomnál, a minő a legtöbb bőrrák, valamely gyógyító eljárás értékének megítéléséhez hosszabb megfigyelési idő szükséges és csak természetes, hogy az egyes észleletek a különböző eljárásokkal elért eredmények quantitativ szembeállításával mellett lesznek csak az objectiv megfigyelés előtt bizonyító erejűek. Ezért megjegyzem, hogy eseteink egy részénél, főleg annál, mely a környéki subintelligens oláhság soraiból került ki, a leg gondosabb utánjárás dacára sem sikerült a kezelés után a lefolyást illetőleg újabb adatokat beszerezni. De ha ezen eseteket külön csoportba foglaljuk, még akkor is elég nagyszámú olyan esettel rendelkezünk, melyeknél a megfigyelés hosszabb időre terjedt ki és melyek ennél fogva határozottabb következtetésekre jogosítanak.

Ezen eseteink alapján a kezelés javalatait a következőkben foglalnók össze. A Röntgen-kezelés nemcsak a kis kiterjedésű epitheliomáknál és ulcus rodenseknél indikált, a hol az általa szolgáltatott eredmény úgy a tartósság, valamint a cosmetika szempontjából is a lehető legideálisabb, hanem indikált a nagyobb kiterjedésű rákos folyamatoknál is, melyeknél szintén tartós és végleges gyógyulást lehet elérni. Ezen ezen esetek azok, melyekben a Röntgen-kezelésnek előny adandó a sebészeti beavatkozás felett, mert az utóbbi legtöbbször csak nagyobb plastikai csonkítások árán lehetséges, míg a Röntgen-kezelés cosmetikai tekintetben ilyenkor is ideális eredményeket ad. A bőr alatt fekvő rákos képletre és a bőr mélyebb rétegeiből kiinduló carcinomákra tapasztalataink szerint sokkal kevésbé kedvező a Röntgen-sugarak hatása.

A kezelés technikájára vonatkozólag megjegyzném, hogy általában véve mi is kerülendőnek tartjuk a sorozatos ülésekben való kezelést és a kezelés azon módját ajánljuk, melynél egy ülésben adagoljuk a kívánt reactio előidézéséhez szükséges fénymennyiséget. E tekintetben alig van nézetkülönbség a radiotherapeuták között. Már arra vonatkozólag nincs meg az egyetértés, hogy nagy vagy kis reakciók előidézése

szükséges-e. Én azt hiszem, hogy e tekintetben hiba volna sematizálni. Nem szabad elfelejteni, hogy élő szervezettel, élő szövettel van dolgunk, melynek más-más a vitalitása, más-más az érzékenysége physikai ingerekkel és így a Röntgen-fénnyel szemben is, és így különböző módon reagálhat annak behatására. Minden nagyobb beteganyag felett rendelkező radiotherapeuta bizonyára tapasztalhatta, hogy klinikailag teljesen hasonló és szövettani tekintetben is azonos képletek ugyanazon kezelés mellett is különbözőképpen reagálhatnak. Éppen azért individualizálni kell minden esetben a kezelést a szövet és az egész szervezet részéről mutató biológiai reactio tekintetbe vételével.

Még néhány szót a Holzknecht-féle chromoradiometerről. Ezt az eszközt kiterjedten alkalmazzák az elnyelt fény mennyiségének, illetőleg a reactio fokának mérésére. Tény, hogy a Holzknecht-féle radiometer genialis eszköz, mely meglehetősen pontosan világosítja fel bennünket az említett körülményekről. De itt is tekintetbe kell venni, hogy az a reagens testecske, melynek színváltozása jelzi az elnyelt fény mennyiséget, holt anyag, mely bizonyos ingerre mindig obligat törvényszerűséggel egyformán reagál. A kezelés tárgya ezzel ellentétben az élő szövet, melynek reactioja esetenként változó a szövetnek a sugarakkal szemben való senbilitása és számos, előtűnk részben ismert és folytonosan ingázó tényezők (pl. szövetek nedvtartalma, vérkeringési viszonyok) szerint. És így lehetséges, hogy a reagens testecske két különböző esetben ugyanazon fény mennyiség elnyelését jelzi, dacára annak, hogy a két reactio bizonyos különbségeket mutat intenzitásában. Átlagosan azonban a chromoradiometer pontosan adja tudunkra az absorbeált fény mennyiséget és minthogy ezzel a hatás foka arányban áll, a reagens testecske színváltozásából következtetést vonhatunk az utóbbira. Csak azt nem szabad elfelejteni, hogy valamely physikai mérő eszköz sohasem egészen pontos kifejezője a biológiai reactionak.

A cholera gyógyítása.

Ángyán Béla: Előadó rövid bevezetés után mindenekelőtt két fontos klinikai tény állapít meg. Az egyik az, hogy a cholera vibrio bejutása a szervezetbe nem vezet szükségképpen megbetegedésre. Ehhez egyéni dispositio is szükséges. A másik, klinikailag fontos tény az, hogy ha az infectio egybe is esik az egyéni dispositioval, a fertőzés hatása nem minden esetben egyforma. A legenyhébb cholerahasmenéstől a legsúlyosabb choleraig különböző módon alakul a kórkép.

A kórképek rövid ismertetése után bővebben foglalkozik a kórtünetek pathogenesisével, mint a melyre egyedül alapítható a cholera gyógyítása. A cholera gyógyításánál a prophylaktikus gyógyítást csak megemlíti, miután azt két hét előtt Preisz tr. már ismertette.

A betegség gyógyításánál rövid történeti áttekintést ad a korábbi gyógyeljárásokról. Ezután kifejti, miszerint a cholera gyógyításának azon kórtani álláspontból kell kiindulni, hogy a cholera a commabacillusok által feltételezett betegség, melynél a kórfolyamat ugyan a vékonybélben folyik le, de a mely egyszersmind kihat az egész szervezetre is, midőn egyrészt a bő hasmenések okozta nedvesvesztés következtében a vér besűrűsödik, a szövetek kiszáradnak és midőn másrészt a commabacillusok elhalása folyamán felszabaduló toxinok a szívre mérgezőleg hatnak.

Ezen felfogásból kiindulva, a gyógyításnak két irányát: oktani és tünetani irányát állítja fel.

Az oktani indíciónál mindenekelőtt ismerteti az ú. n. antiseptikus anyagokkal tett kísérleteket, melyeknek hatását problemaikusnak és tökéletlennek tartja. Azután áttér az immun-serummal való prophylaktikus gyógyítás alapján azon kérdés rövid ismertetésére, hogy lehet-e és tanácsos-e az immun serum baktericid hatását a betegség gyógyítására felhasználni és azon eredményre jut, hogy a serumtherapia a cholera-nál nem alkalmas a betegség gyógyítására. Miután a mérget a cholera-vibriók mint endotoxint tartalmazzák, melyek csak a bakteriumok szétesési folyamata alatt szabadulnak fel, az oktani therapiának csak az által felelhetünk meg, ha a szervezetben oda tudunk hatni, hogy az a bakteriumok mérgező hatásával szemben antitoxinok létesítésével tudjon felelni.

Az experimentális pathologia eddig két ilyen szert produkált. Az egyik a Klebs-féle anticholerin, a másik a Kitasato-féle cholera-antitoxin. A Klebs-féle anticholerin saját tapasztalatai alapján ismerteti.

Az 1892-i járvány alatt 23 súlyos cholera-esetben próbálta ki a 47-82%-os gyógyulást látott tőle. Ezen kezelés mellett a gyógyult esetekben a lefolyás gyorsabban mutatkozik, mint más kezeléseket mellett. Egyes tünetek, mint a test hőemelkedése, csaknem minden esetben jótékonyan befolyásoltatott, az érverést gyorsan visszaállította, az anuriát még a halállal végződő esetek többségében is gyorsan megszüntette. A szövődényes megbetegedések által okozott halálos esetekben a bevezetett a vesékben csakugyan csekélyebb nekrobiotikus elváltozásokat talált. Az általa használt adagban semmiféle hatást nem gyakorolt a szervezetre. Kiterjedtebb kísérletezést vele kívánatosnak tart.

A Kitasato-féle cholera-antitoxin használatát után Nakagawa 193 cholera-esetben a halálozást lényegesen csökkenteni találta.

A tüneti gyógykezelés indíciónál legfőképpen a hasmenés és a vérkeringési zavarok gyógyítását állítja oda, de nem mellőzi azon indíciónak sem, melyeket a hányás és a testhőmérsék csökkentése követelnek.

A cholerahasmenés gyógyításánál a dietetikus eljárás kivül szót az opium-kezelésről, melyet csak a cholerahasmenés gyógyításánál tart javalltnak; a cholera-nál és a cholera-rohamnál azt károsnak tekintti.

A cholerahasmenés gyógyításánál is célszerűbbnek tartja a camomel alkalmazását; de a Ziemssen által ajánlott bevezető nagyobb ada-

gok helyett, melyek higanymérgezőést okozhatnak, Rumpf tanácsa szerint eleitől fogva csak kisebb adagokat (0.03-0.05) ajánl alkalmazni 1-2 napon át. A kalomel alkalmazható cholera-nál is, de a cholera-rohamban a legtöbb esetben kihánytatván, hatása nem juthat érvényre. Hatását nem annyira antibacilláris, mint inkább kiürítő hatásában látja.

A hasmenés kezelésénél legelőbbre becsüli a Cantani által ajánlott enteroklysmákat. Ezeket az 1886. és az 1892-i járvány idején következetesen alkalmazta és pedig a Cantani-féle 1-2%-os tannin-oldatot és az allylsulphid-oldatot (belsőleg 0.25 ad 120 o. emulsióban 1/21 óránként és az allysulphid-oldatot bélbeöntésre). A bélbeöntésre szánt folyadékot 40°C-ra felmelegítve, hosszabb bélesövön át irrigator segítségével naponta 3-szor alkalmazta 1500-2000 cm³ mennyiségben. Hatását egyrészt részleges desinfiáló, de főképpen a bélesatornát kiürítő és kimosó hatásában látja, mely mellett a szervezetbe meleget és folyadékot is vezethet be, noha csekély mennyiségben.

A tannin-enteroklysmák mellett 46 esetből 65% gyógyulást látott cholera-roham eseteiben. Cholerahasmenés és cholera esetek mindnyájan meggyógyultak mind a két szer alkalmazása után.

Az enteroklysmák ismertetésénél megemlíti a Genersich által dia-klysmos elnevezéssel ajánlott belátmosási eljárást, melyet előadónak nem volt alkalma kipróbálni, de a melyet a Cantani-féle eljárásnál már a priori is hatásosabbnak s kipróbálásra igen érdemesnek tart.

A hányás kezelésénél csak a jéglabdasok nyelésétől látott aránylag jó hatást. De a hányást általában nem tekint irtalmas kórtünetnek, sőt ellenkezőleg az által, hogy a toxinok egy része a gyomron át távolodik el a szervezeten (Alt viz-gálata), még inkább előnyösnek is mondható. Rumpf ezen tapasztalatra támaszkodva gyomormosásokat ajánl megkísérteni.

A szívgyengeség okozta vérkeringési zavarok a test hőmérsékének csökkenése és a szövetek kiszáradása ellenében mint tüneti kezelést ismerteti mindenekelőtt a 31-34 R.^o meleg mustárfürdő (100-200 gm. mustárliszt egy fürdőre) hatását, melyet naponta 2-3-szor is lehet alkalmazni. Hatását igen előnyösnek mondja.

Azután áttér a boralatti visszeres infúziók ismertetésére és hatásának tárgyalására saját tapasztalatai alapján. Összehasonlítást tesz a két eljárás végeredményében s azon következtetésre jut, hogy a két eljárás hatása végeredményében egyforma. A visszeres infúziók előnye csak a gyorsabb hatás; a boralatti infúziók előnye az eljárás egyszerűsége, melyet minden orvos minden időben könnyen elvégezhet.

Elnök köszönetet mond előadónak és az ülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1905. november 8.-án.)

Elnök: Axmann Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Folytatás.)

Syphilis súlyos esete.

Glück Ödön: S. Imréné, 46 éves, napszámos neje, hat hét előtt vétetett fel Róna tanár osztályára.

Az igen lesoványodott és elgyengült nőbeteg 18 évvel ezelőtt ment férjhez. A házasságból két gyermeke született, mindkettő él és egészséges. Abortusa nem volt. Jelen baja 5 évvel ezelőtt vette kezdetét erős fejfájás s torokbántalom kíséretében.

Három évvel ezelőtt pedig egy kis pattanása képződött a felső ajk jobb oldalán közvetlen az orrlyuk alatt, mely néhány nap alatt kifehélyesedett, s ezen fehélyesedő folyamat tovaterjedt az orrra, úgy hogy egy év lefolyása alatt teljesen elroncsolta az orr úgy csontos mint porcos vázát. Hasonló fehélyesedési folyamatok jelentkeztek ezután a homlokon, arcon, ajkakon s az áll alatt.

Jelenállapot. Az egész arc, homlok s a szemhéjak bőre heges. Az orr helyén tátongó űr, a melyen beláthatni a szájrúbe s garatba. Az alsó és felső ajk részben hiányzik, a fogak szabadon állanak.

Ez az eset főleg azért érdekes, mert igazolja azt a tant, hogy a harmadlagos tünetek főleg olyan egyéneknek észlelhetők, kik egyáltalában nem, vagy elégtelenül kezelték higánnyal. Ezen beteg nem kezeltetett antilucice. Eléggé sajnálatos, hogy ilyen súlyos esetek még mindig előfordulnak.

Jobboldali kizárt direct és szabad indirect lágýéksérv operált és gyógyult esete.

Fischer Ernő: Sz. M., 57 éves, napszámos, felvétetett 1905. október 17.-én a Rókus-kórház I. sebészeti osztályára. Előadja, hogy 12 év óta van jobboldali lágýéksérve és ezóta mindig sérvkötőt viselt. E sérvtől eltekintve, mindig egészséges volt. A sérv mindig könnyen visszahelyezhető volt, csak egy fél nap óta nem tudja visszahelyezni és ezen idő óta széke sínes, a sérv duzzadt és fájdalmas, kétszer hányt, többször esuklott.

A beteg középtermetű, kissé sovány férfi, arca beesett, nyelve kissé száraz, a mellkasi szervek épek. A has puffadt, feszes, mindenütt érzékeny, benne resistentia vagy tompulat nincs. Jobboldalt egy gyermekfejnél nagyobb lágýéksérv van, a mely a spina anterior superior alatt 2 ujjnyira kezdődik és a scrotumba is leterjed, és a melynek körülbelül a közepén egy haránt irányú sekély behúzódnak van; a sérvnek ezen haránt ároktól felfelé eső, mintegy kétökölnyi része igen feszes és fájdalmas, nyomással egyáltalán nem kisebbíthető, míg a sérv

alsó, scrotális része puha tapintatú, nem fájdalmas és a hasfű felé való nyomással kibébihető. A kopogtatási hang az egész sérv felett dobos, a here a scrotumban külön kitapintható. A pulsus — mely a bal art. radialis alig tapintható — 86, telt; respiratio 26, nyugodt.

Diagnosis: jobboldali lágyéksérv, a melynek csak egy része van kizáródva. Műtét aether-narcosisban: 16 cm. hosszú metszéssel reájutunk a vastagfalú nagy sérvtömlőre, a melyet a rétegek lepraeparálása után felső, feszes harmadában megnyitva látjuk, hogy kevés tiszta sérvvizen kívül a sérvtartalom a vakbél a processus vermiformissal, a colon ascendensnek és az ileumnak egy-egy 10 cm.-nyi darabjával, a melyek tengelyük körül 180°-kal meg vannak csavarodva, úgy hogy a mesenterium rendkívül megfeszült. A sérvben levő belek rendkívül puffadtak és feszesek, főleg a csavarodás által okozott circulationszavar miatt, mert a sérvkapu nem is igen szoros.

A beleket visszacsavarva, a sérvkaput kissé tágitjuk és a beleket reponáljuk. A tágitott, most körülbelül 3 ujjnyi sérvkaput és a sérvtömlőt megtekintve kitűnik, hogy ezen sérvkapun kívül ettől lefelé még egy sérvkapu van az előbbtől egy fal által elválasztva, a melyben az epigastriális erek futnak. Ezen második sérvkapu egy má-odik, ökölyi sérvtömlőbe vezet, a mely a sérvtumorra leterjed, és a melynek szabad tartalma egy könnyen visszahelyezhető vékonybélkacs. Ezen második sérvtömlő az előbbtől alapjáig különválasztható, külső oldalán fut a funiculus, a melynek lepraeparálása után mindkét tömlőt külön fonállal átöltve, lekötjük és kimetszszük, a két tömlőt elválasztó fal alapját, a melyben az art. és vena epigastrice fut, nem bántva. Ezután tipikus Bassini-műtétet végzünk. A beteg meggyógyult.

Kétoldali bokatoréssel járó idült lábízületi ficzam véres repositioja teljes gyógyulással.

Balás Dezső: P. K., 44 éves, napszámos, f. év március 29.-én vétetett fel Janny tanár osztályára. Előadja, hogy 3 hó előtt székéről ugrott le, midőn bal lába megbicsaklott és elesett. Esése után bal lábára fellépni már nem tudott és ágyba feküdt. Orvost hivatott, ki egy heti borogatás után bal lábára az alszár közepéig terjedő, az egész lábfejet befoglaló gypskötést alkalmazott, melyet 4 hét elteltével távolított el. Miután az ezóta eltelt 2 hó dacára sem képes lábára állani, osztályunkra vétette fel magát.

Az erőteljes, jól táplált egyén bal lábának vizsgálatok feltűnő az alszár és a láb hossz tengelyének mediális irányban való eltolódása. Az alszár hossz- és a láb haránt tengelye egy a külboka felé tekintő körülbelül 65°-nyi nyílt, hegyes szöget képez; az alszár súlypontja az ugrócsont párkányán jóval belül eső pontra terelődött. A beteg láb-állításkor a láb és az alszár közötti szögletörés még kifejezettebb, annyira, hogy a beteg csaknem belbokájára lép.

A láb-ízület táján tetemesen megvastagodott callosus tömeg és a tibia distális felületének egy része is tapintható. A láb activ nem és passive is csak igen kis fokban mozgatható fájdalom teljes hiányával. A tünetek alapján bokatoréssel párosult, idült laterális láb-ficzamra állítottuk fel a diagnosist, melyet a Stein dr. által készített és bemutatott sikerült Röntgen-photographia is igazolt.

Kétségtelen, hogy a láb luxatioja az orvosi kötés feltevése előtt is fennállott és hogy ez repositio nélkül könnyelműen applikáltatott. Miután a callosus tömeg már kifejlődött és 3 hó folyt le a luxatio keletkezése óta, a repositiót véres úton hajtottam végre.

A műtétet Janny tanár megbízásából f. év április 19.-én végeztem Esmarch-féle vértelenítés mellett chloroform-narcosisban. A kül- és belbokának megfelelő ivalakú metszéssel feltártam a lábízületet. Előbb vésővel eltávolítottam úgy a bal, mint a külső callosus bokacsontot és az ízület külső felületére tapadt callosus tömeget. Ennek dacára a megkísérelt repositio nem sikerült, miután ezt a tibia hossz tengelye irányában létrejött repedésből származó és a tibia distális felületét elborító callosus tömegek meggátolták. Miután az ugrócsont még ép porcfelülettel volt borítva, míg a tibia porczát a callosus excenterentiák elpusztították, a tibia distális epiphysisét az ízületi felszíntől számítva 2 cm. vastagságban az ugrócsont felületének megfelelő ivalakban átvéstem, mire a levésett callosus tömeg eltávolítása után a repositio és a láb helyes beállítása is nagyobb nehézség nélkül sikerült. Drainézis nélkül a sebet bevarrva, nyomókötetést alkalmaztam, a lábat egy mellső és hátsó gypssinnel fixáltam. A gyógyulás láztalanul és zavartalanul folyt le. Két hét múlva változtatva a kötetést, az öltések kiszédése után circularis járó gypskötést tettem fel, melylyel a beteg fájdalom nélkül és jól járt. A kötetést 6 hét múlva távolítottam el.

A beteg lábára jól lép fel, a láb-ízület állása normális, a láb-ízületben a mozgás active is szabad, s járásnál a rövidülés alig vehető észre. A betegről Stein dr. által felvett és bemutatott photographián látható a bokacsontok hiánya és hogy a tibia distális átvésett felülete teljesen adaptálódott az ugrócsont felületéhez. Miután az ugrócsont porcos felszíne megmaradt, nem jöhetett létre a tibia átvésett ízületi felületére való esontos egyesülés, s ennek köszönhető a lábízületbeni szabad mozgékonyság helyreállása.

Az alkar rosszul gyógyult törésének ritkább esete.

Balás Dezső: S. I., 27 éves, vasúti kocsirendező, f. év január 26.-án vétetett fel Janny tanár sebészeti osztályára. Beteg előadja, hogy felvétele előtt 8 hóval kocsirendezés közben waggonok közé került, mely alkalommal bal karja eltört. Orvost hivatott, ki karját gypsbe tette, melyet 8 hét múlva eltávolított, karját azonban használni ezután sem tudta, mert már a jelen állapotnak megfelelő kórkép fejlődött ki. A

jól táplált, erőteljes férfi bal alkarjának vizsgálatok feltűnő az alkar közep és alsó harmadának határán fennálló, az ulnaris oldal felé tekintő, erős szögletörés és a hossz tengely irányában való eltolódás. E helyen az ulna egymás mögé tolódott, két törvégeinek erős callus-tömege jól tapintható; kitapintható a radiusnak szabadon álló proximális törvége is, de tovább a radius folytonosságában nem követhető.

A kéztő a radiális oldal felé tekintő, körülbelül 165°-nyi nyílt szöget képez és laterális irányban helyzetében rugalmasan fixált. Az ulna distális epiphysise promineál és ízületi felszíne kitapintható. Feltűnő, hogy az alkar kinyújtásakor a kéztő hossz tengelye körül csaknem 90°-nyi fordulatot tesz, úgy hogy az alkar supinatiojában a kéz pronatioja jut. Ez az oka a kéz hasznavehetetlenségének. A Röntgen-photographián, melyet bemutat, kitűnik, hogy az ulna törésvégei bajonnet-állásban forrtak össze, az ulna dist. felülete szabad és promineál. A radius proximális törésvége szabadon áll, míg distális törésvége az ulna callosus tömegéhez részben callosusan, részben szalagosan van odaforrva.

A műtét, melyet Janny tanár úr szíves megbízásából folyó évi február 20.-án chloroform-narcosisban végzett, a Röntgen-felvételnek megfelelő képet tárt eljűk. Két hosszirányú metszéssel feltárta a törés helyét, az ulna szögletörését alkotó callosus tömeget az ulnának Gigli-fürészszel történt kétszeres elfürészélése után eltávolította, felszabadította a radius proximális, distális törvégeit, ezek felületét az ulna hosszának megfelelőleg frissítette fel, s végül mindkét csontot bronz-aluminium-sodronnyal egyesítette. A kar mellső s hátsó distractió gypszsinbe helyzetetett. A gyógyulás láztalanul, zavartalanul folyt le. A kötetést 2 hét múlva változtatta, midőn végleges kötetést applikált, s azt 4 hét múlva távolította el. Az osteotomia helyén erős consolidatio fejlődött ki, a kar és kéztő normális állásban van, a kéztőízületben a mozgás teljesen szabad; az alkar pronatioja és supinatioja rendes. Az alkar rövidülése körülbelül 2½ cm., alig észrevehető. A csontok a sodronnyvarratot jól tűrik, mint az a betegnek távozása előtt felvett Röntgen-photographiáján is, melyet bemutat, jól látható.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

335/1905. kórh. szám.

A 60 ágyra berendezett mosonvármegyei „Karolina”-kórházban Magyar-óvartott elhalálozás folytán üresedésbe jött alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi 1200 kor. fizetéssel, teljes ellátással, élelmezéssel és a kórházban levő két butorozott szobából álló lakás, fűtés és világítással van javadalmazva.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy orvostudori képesítésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal kellőleg felszerelt 1 kor. bélyeggel ellátott kérvényüket legkésőbb f. évi december hó 31.-éig hozzám adják be.

Az állás azonnal be lesz töltve.

M a g y a r ó v á r. 1905. évi december hó 5.-én.

Koch Béla dr. s. k.,
kórház-igazgató, vm. tisztí főorvos.

2-1

2359/1905. szám.

A Rudna község mint szék helylyel bíró, évi 1600 kor. készpénzfizetés és a szabályrendelet szerű látogatási díjakkal javadalmazott, Rudna, Macedonia és Gyűlvész községekre kiterjedő körorvosi állás; valamint a Gyér község mint szék helylyel bíró, 1600 kor. készpénzfizetés és a szabályrendelet szerű látogatási díjakkal javadalmazott Gyér, Tógyér, Gánd, Fodorháza és Dolác községekre kiterjedő körorvosi állás választás útján betöltendő lévén, felhívom mindazokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtnak, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket 1906. évi január hó 10.-éig ezen hivatalhoz benyújtsák.

M ó d o s, 1905. évi december hó 6.-án.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

Beregvármegye köz-kórházánál rendszeresített alorvosi állásra pályázatot hirdetek:

Javadalmazás 1200 kor. készpénzfizetés, az orvos személyére első osztályú élelmezés, vagy e helyett a költségvetésben megállapított összeg.

Az 1906-ik évre lakás és fűtés váltásdíjában 1000 kor., legkésőbb 1907. év május 1.-től a kórház telkén külön épületben elhelyezett négy szobából és tágas mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, fűtés és világítás.

A kinevezés egy évre ideiglenesen történik, melynek elteltével az állás véglegesíthető. A véglegesített kórházi tisztviselők kötelezőleg tagjai a vármegyei tisztviselők nyugdíjintézetének.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy képesítésüket s eddigi alkalmazásukat igazoló kérvényeiket hozzám 1905. év december hó 31.-ig nyújtsák be. Beregszász, 1905. december 12.-én.

2-1

Gulácsy István alispán.

340/1905. elm. sz.

Biharmegye köz-kórháza elmebeteg-osztályánál egy segédorvosi állás lemondás folytán megüresedett.

Ezen megüresült s főispáni kinevezés útján betöltendő, évi 1200 kor. fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évüket töltő, esetleg orvos-szigorló urak is pályázhatnak.

Felhívom pályázni óhajtó urakat, hogy Biharvármegye főispánjához ezimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám december hó 24. napjáig adják be.

N a g y v á r a d, 1905. december 13.-én

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

2821/1905. sz.

Bihar vármegye cséffai járásába kebelezett Zsadány községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ezen állást elnyerni öhajtókat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a illetve 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelendő folyamodványaikat hozzám folyó évi december hó 12. napjáig annál is inkább nyujtsák be, mert az azon túl érkezettek figyelembe venni nem fogom.

Ezen állás javadalmazása a következő:
1. 1600 korona évi fizetés.

2. Természetbeni lakás.
 3. Esetenkénti látogatási díjak:
 - a) Az orvos lakásán 40 fillér.
 - b) A beteg lakásán 80 fillér, éjjeli látogatási díjak kétszeresen számítandók.
- Megjegyzendő, hogy Zsadány község határába még Böled és Fancsika puszták vannak bekebelezve.
A választás folyó évi december hó 28. napján d. e. 10 órakor fog Zsadány község házában megtartatni.
C s é f f a, 1905. évi november hó 27.-én.

3-3

Markovics, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

HAZSLINSZKY féle különlegességek!

Készítő: „Szt. László-gyógytár“ (Hazslinszky utócai)

Budapest, Rökk-Szilárd-utca 28. sz.

Kapható mindenütt.

„Pastilli ferri phosphor. Hazslinszky.“ Darabonként 1/2 milligramm Phosphor és 7 1/2 cgm. Ferr. lactic. tartalommal. **Gyöngye, angolkóros gyermekeknek,**
csont és fogzás erősítésére. Tejben oldva gyermekek szedhetik. Dobozenként 1.80 kor.

„Pastilli cocaini Hazslinszky.“ Szemenként 1/2 cgm. cocaintartalommal. **Göresös köhögés, gégehurut csillapítására.** Egy doboz 1.50 kor.

„Syrup ferri alb. Hazslinszky.“ 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Syrup ferri alb. phosphor. Hazslinszky.“ 100 gm.-ban 1 cgm. phosphor és 3 gm. Ferr. albumin. van.

„Syrup ferri alb. arsen. mite Hazslinszky.“

„Syrup ferri alb. arsen. forte Hazslinszky.“ 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

Ezen syrupokkal mindazon betegségeknek, hol vas és fehérnye (phosphor vagy arsenel) adagolása javulva van (vérszegénység, idegesség, gyengeség, almatlanság stb.) a legtokéletesebb és fényes eredményeket érhetők el. Üvegenként ára 2 korona.

„Elixir ferri alb. c. china Hazslinszky.“ 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Elixir ferri alb. arsen. mite Hazslinszky.“

„Elixir ferri alb. arsen. forte Hazslinszky.“ 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

A fenti syrupokkal egyenlő hatásúak (vérszegénység, idegesség, gyengeség, almatlanság stb.), de cognac-tartalmuknál fogva inkább felnőtteknek valók, míg a fenti syrupokat gyermekek igen kedvelik. Üvegenként ára 2 kor.

„Jod-phosphoros csukamájolaj sec. Hazslinszky.“ 100 gm. 5 cgm. jodot és 1 cgm. phosphort tartalmaz. Szagtalan és íztelen! Kiváló hatású: **rhachitikus, scrophulotikus és táplálkozásban visszamaradt gyermekeknek.** Üvege 2 kor.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kiváló sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyvárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvízforrásokban vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Jisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: Általános idegbetegségeknek, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis esetelnél.

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

et sine arsen. 100 gm. tartalmaz 20 gm. vasat, 60 gm. K Na amon. brom. és 0.005 arsenát, mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori idegesség zavarokra is hat. Kézzel minden felírtmal készítményt.

Készíti és kapható:
RADITZ IGNÁCZ
Fehérkereszt gyógyszerháza
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárcsarnokkal szemben
valamint minden gyógytárban, Főraktár:
Török J., Dr. Egger, Thalimayer és Seltz, Budapest.

Név védve. **Extractum** Név védve.
China „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicum.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

- Javallatok:
1. Sápókórosok ótvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb használatánál).
 2. Gümőkórosok és tüdőbetegek ótvágytalansága.
 3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
 4. Lázak és sebbezés.
 5. Lábadóznál.
 6. Terhes nők hányásánál.
 7. Szeszies italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
 8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
 9. Tuberkulózisnál.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és Irodalom ingyen.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologiai laboratóriumában mindennemű ép és kóros váladéknak (ü. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik a laboratórium vezetője.

Dr. Vas Bernát Poliklinika: VII., Szövetség-utca 14-16. sz.
Telefon 90-46.

„Iritin“

Vegyztiszta, homogén növényfehérnye, legcélszerűbb és legolcsóbb tápszer. Irodalommal és díjmentes mintákkal szolgál az ausztria-magyarországi főraktár: **Mr. Camillo Raupenstrauch, Wien, II., Gastellezgasse 25.**

Többszörösen kipróbálva!

Számptalan elismerőlevél!

„NERVINOL“ BARABÁS

Tartalmazza a Ferrum, Calcium, Bromum, Natrium glycerophosphat sóit. Rendkívül gyors fel-
szívódó képességénél fogva a legjobban ajánlható glycerophosphat-készítmény.

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 erősítő. Jó siker-
rel alkalmazták tabesnél, férfigyengeségeknél.

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

Adagolás módja: Naponta 3 evőkanállal egy negyed pohár vízben vagy ásványvízben; gyermekeknél kávé-
kanalanként.

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

445

Készíti és szétküldi:

Lipótvárosi „Szent István“ gyógyszerertára

Alapítva 1803. évben.

Budapest, V., Nádor-utca 3. szám.

Telefon 37—87. szám.

A világ legjobb
keserűvize.Páratlan
a maga nemében.Saxlehner András, Budapest
cs. és kir. udvari szállító.

Hunyadi János

természetes keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatá-
sosabb és legkellemesebb hashajtószer.
Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véle-
ményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palaezk czímképén a
Saxlehner András
nevet figyelembe venni.

THIOCOL mint a vele folytatott kórházi és klinikai
kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek
hathatós gyógyítószere.

A Liqueur thiocoli com. sec. Eibach, melynek fő hatóanyaga a
thiocol, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően
befolyásolja a tüdőbetegék táplálkozását és anyagcserejét s így
tökéletesen pótolja, némely tekintetben felülmúlja a külföldi készit-
ményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinek,
idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut
stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások min-
den alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta
három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávékanállal. Evés
előtt veendő. Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője: **EIBACH ÖDÖN** gyógyszerész
Budapest, VI., Andrassy-út 55.

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitünő hatású emésztőpor

gyomor- és bélbajoknál.

Az emésztést elősegíti, a székletét szabályozza. Adagolás:
3-szor naponta 1/2—1 kávékanállal, mindenkor étkezés után.
Orvosi kitünőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti:

GLÜCK REZSŐ GYÓGYSZERÉSZ, — GYÓGYSZERTÁR —
„A FEHÉR GALAMBHOZ“
Budapest, VI., Hungária-körút 93.

Telefon 932.

Kapható minden gyógyszerertárban.

Telefon 932.

Idegbetegek családias jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

Sanatorium és Vizgyógyintézet

Budapesten, VII., Aréna-út 82.

Alapított 1859-ben.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vizgyógyász. Szénsavas fürdők. Villamosítás
(galvan-, faradikus- és Franklin-áram). Massage (diatetikus és orvosi). Vibrációs
és rotációs massage. Svédgymnastika. Hízaló- és soványító gyógyászatok.
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.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes 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 Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyet. bőr- és bujakórtani klinikájáról (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyet. tanár) A nyelvvrák gyógykezeléséről Röntgen-sugarakkal három eset kapcsán. 910. lap.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 913. lap.

Tárca. Vas Bernát: Az új poliklinika. 918. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Tiberius v. György: Semmelweis' Gesammelte Werke. (Lovrich József) 920. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Raport:* Glycolysis. (Halász Aladár.) — *Belgyógyászat. L. Krehl:* A verőeres vényomás kóros emelkedése. (R. Zs.) — *Landau:* Tussis convulsiva kezelése vaponnal. — *Pesci:* Bariumchlorür. — *Pickardt:* Familiaris gastroscorrhoea. — *Idegbajok. Oppenheim:* A paralysis agitans gyógyítása. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. Russell:* A tetanusnak a gerincezvelő érzéstelenítésével való gyógyítása. (Pólya.) — *Mansel Moullin:* A patella-törések consequens feltárása és összevarrása. (Pólya.) — *Húgyszervi betegségek.*

P. Asch: Sublimat-befecskendések. (Drucker Viktor.) — *Mauclair:* A synorchidia artificialis. (Drucker Viktor.) — *Ch. Féré:* Masturbatio. (Drucker Viktor.) — *Heresca és Daniellopolu:* A húgycső hártás részében székélő kankós eredetű szűkület. (Drucker Viktor.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Siebert:* Paedatrophia ellen pankreon. — *Lucke:* Gonorrhoea kezelése novargannal. — *Spindler:* Helmitol. 821-823. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés. — Markusovszky-féle jubiláris előadások. — Szünidei orvosi cursus. — Elhunyt. — Kisebb hírek külföldről. — Congressusok. — Kuruzslás ellen egyesület. — Német anatómiai társaság. — Nemzetközi tuberculosis-muzeum Stockholmban. — A legolvasottabb amerikai orvosi lap megszűnése. — Új kórház Párisban. — Megjelent. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akadémia. — Markusovszky-féle jubiláris előadások. — Közkórházi Orvostársulat.

Mellékletek. Gynaecologia. 3-4. szám. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső. — *Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning* „Albargin“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyet. bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyet. tanár.)

A nyelvvrák gyógykezeléséről Röntgen-sugarakkal három eset kapcsán.

Irta: *Kanitz Henrik* dr. klinikai tanársegéd.

Azon feltűnően szép eredmények után, melyeket a bőrrákoknak Röntgen-kezelése szolgáltatott, önként kínálkozott e kezelés alkalmazása a mélyebben fekvő szervek és a külvilággal közlekedő testüregek rákos megbetegedéseinek is. Nemcsak a klinikai észleletek jogosítottak annak felvételére, hogy a Röntgen-therapia valószínűleg ezen esetekben is hathatós gyógyeljárásnak fog bizonyulni, hanem utaltak erre a szövettani vizsgálatok is, melyekből — mint azt főnököm, *Marschalkó* tanár is, a ki e kérdéssel szintén már hosszabb idő óta foglalkozik behatóbban, hangsúlyozta az V. nemzetközi bőrgyógyászati congressuson — kiderült, hogy a Röntgen-sugarak az alacsony vitalitású ráksejtekre szinte electiv hatást fejtenek ki, mely abban nyilvánul, hogy e sejtek egy még közelebről meg nem határozott degenerációs folyamat illetőleg nekrobiosis folytán tönkremennek. A gyakorlati tények azonban nagyrészt megegyeztek az ezen felvételhez fűzött reménységeket. Míg az ulcus rodensre és a bőrrák egyéb alakjaira nézve örvendetes egyetértés uralkodik az összes radiotherapeuták között, a mennyiben egyértelműen elismerik a Röntgen-sugarak kiváló gyógyító hatását e folyamatokra, addig a mélyebb fekvésű daganatokat illetőleg meglehetősen eltérő nézeteket hallunk a kezelésértől. Egy kis része a radiotherapeutáknak jó eredményeket, lényeges javulást, sőt teljes és végleges gyógyulást látott ezen rákoknál is, a legtöbben azonban tagadják a kedvező értelemben

való befolyásolást, sőt sokan a folyamatnak fokozódását, a daganat növekedését látták a kezelés alatt.

A mélyebb fekvésű rákok és a nyálkahártyák, első sorban a szájüri nyálkahártya carcinomáinak röntgenezése közben bizonyára minden nagyobb beteganyag felett rendelkező radiotherapeuta látott ilyen kedvezőtlen kimenetelű eseteket. Mulasztást követ el az, a ki ezen balsikerekről nem számol be a nyilvánosság előtt. Mert ezzel nemcsak az igazságot hamisítja meg, hanem elhallgat oly adatokat, melyek ép oly tanulságosak, sőt szükségessé felfogásunk tisztulásához, mint a „fényes sikerek“ről beszámoló közlemények. Csakis akkor, ha ismerni fogjuk az eljárás pozitív és negatív eredményeit, kedvező és kedvezőtlen hatásait, leszünk képesek a kezelés javalatait oly határozottsággal felállítani, a mint az a czéltudatos gyógyítás szempontjából kívánatos. És csak akkor, ha nem tulajdonítunk a Röntgen-sugaraknak oly hatásokat, melyeket azok kifejtteni nem tudnak, és túlzás nélkül, a balsikereknek nyílt közlésével mutatjuk be eredményeinket, fogjuk lefegyverezni azt az indokolatlan skepticismust, melylyel az orvosok egy része ezen gyógyító tényezővel szemben még ma is viselkedik.

A nyelvvrák, melynek Röntgen-kezeléséhez néhány szerény adattal kívánok jelen soraimban hozzájárulni, egyike éppen azon folyamatoknak, melyeknél a Röntgen-sugarak — úgy látszik — legtöbbször cserben hagynak. Igaz, hogy kedvező eredményről, tartós hatásról is történik említés. Így *Engmann* és *Ascher Silva* 1-1 gyógyult esetről referálnak, *James Startin* egy kifekélyesedett nyelvvráknak visszafajlását és heggel való gyógyulását látta, *Dikson* szintén jelentékeny javulásról tesz említést egy esetben.

Bissérié a múlt évben két gyógyult esetet mutatott be az Académie de médecine-ben. Az egyik esetben a carcinoma körülbelül cseresznyenagyságú daganatot képezett, mely az egész kiterjedésében leukoplakiás nyelvnek háti felületén ült, a másik

esetben körülbelül koronányi laposdad rákos csomó volt jelen, de indurálva volt többé-kevésbé az egész nyelv. (?) Az első eset 4, az utóbbi 3 kezelés után meggyógyult, a mennyiben a daganatok eltűntek, a nyelv rendes tapintatát, térfogatát és felületét visszanyerte.

Béclère a berlini nemzetközi dermatologiai congressuson egy postoperatív Röntgen-kezelésben részesült nyelv-rákos beteg-ről készített moulage-t mutatott be, mely a teljes gyógyulást tüntette fel.

Beurmann szintén referál egy nőbetegéről, kinek több év óta fennálló leukoplakia buccalisához epithelioma társult, mely radiotherapiái kezelésre meggyógyult. Az eredményt azonban az észlelési idő rövidege miatt nem meri véglegesnek nyilvánítani.

Ezen kedvező eredményekkel szemben a radiotherapeuták nagyobb része teljes sikertelenséget, sőt esetenként egyenesen káros hatást tapasztalt. *Perthes* például rossz eredményeket kapott a nyelv-rák röntgenkezelésével és *Leredde* is minden siker nélkül kezelt egy leukoplakiás alapon fejlődött „epithelioma vegetans linguae“-t.

Fittig szintén egy kedvezőtlen esetről referál. Betege megelőzőleg már több ízben operáltatott, de a folyamat mindig recidivált. A kezelés megkezdésekor a nyelv jobb felében közvetlenül a középvonal mellett egy élesen körülírt, körülbelül babnyi, rendkívül tömött csomó volt tapintható, mely rövid, vaskos, hegszerű köteg által összeköttetésben állott egy másik, hasonló nagyságú, de puha, göcsös tapintatú és a nyelv alsó felülete felé promináló daganattal. Mirigyduzzanatok nem voltak. A kezelés után, mely 7 hónapig tartott és 43 expositióból állott, a daganat a mélybe terjedő nyúlványával együtt eltűnt, de e helyett a baloldalnak megfelelő helyén egy új, körülbelül 2 mm. magas és fillérnyi kiterjedésű daganat képződött, mely — mint az operatív eltávolítása után végzett szövettani vizsgálat mutatta — elszáradó laphámrák volt.

Reboul egy 55 éves nőt kezelt, kinél a rák a nyelv jobb szélén ült és a nyelv alapját is infiltrálta. A fájdalmak mindjárt az első kezelésre csökkentek, de maga a daganat a harmadik expositio után elég szembeötlő módon nagyobbodott, úgy hogy a kezelés folytatásától el kellett állani.

Belot több nyelv-rákban szenvedő beteget kezelt Röntgen-sugarakkal. Az esetek nagyjából már előrehaladottabbak voltak, nagyobb kiterjedésű tumorokkal, de az eredmények is ehhez mérten elég kedvezőtlenek. A fájdalmak ugyan sokszor csökkentek, némely esetben a leukoplakia javult, a nyelv mozgékonyabbá vált, de a daganat maga térfogatában egyetlen egy esetben sem változott.

Bissérié és *Mezerette* nemrég közölt radiotherapiái statisztikájukban 17 esetről számolnak be. Ezek közül csak 3-nál volt teljes gyógyulás (a betegek több mint 1 év óta recidivamentesek jó közérzés mellett), 1 esetben a látszólagos gyógyulás után rövid idő múlva új rákos csomó képződött, 2 további esetben pedig, hol a daganat még csak kis kiterjedésű volt, a fájdalmak csökkentek ugyan, a nyelv mozgási képessége is javult, de maga a tumor alig kisebbedett. A többi 11, kivétel nélkül igen súlyos és már többször operált esetben a Röntgen-kezelés teljesen eredménytelen volt. Minden beavatkozásra jelentéktelen javulás után egy, a megelőző állapothoz képest súlyosabb recidiva támadt, míg végre a betegek az egyre fokozódó rákos cachexia tünetei között elpusztultak.

Pautrier ez év júliusában két esetről referált a Société de Dermatologie et Syhilographie ülésén. Pontos klinikai észlelés és leírás, szövettani vizsgálat, praecis és pontosan közölt kezelés, hosszú észlelési idő különös értéket adnak ez eseteknek a többi hiányos észlelet mellett. Az egyik esetben a rák egy felületen fekvésű, de különben elég nagy kiterjedésű (3 cm. hosszú, 2 cm. széles, 1 cm. magas) kifeléyesedett daganatot képezett, mely baloldalt a nyelv háti felületének középső harmadát foglalta el. Egy-egy borsónyi, fájdalommentes mirigy az állalatti tájakon egészítette ki a kórképet. A kezelés mindig két egymásután következő napon történt, minden ilyen kétnapos kezelés alatt 9—10 H-ig exponálva a beteg területet. 4½ hónap alatt 6 ilyen kezelés történt, úgy hogy az összes absorbeált fény mennyisége 65 Holzkecht-féle egységnek felelt meg. Mindjárt az első keze-

lés után a daganat lefogyott, de a három heti szünet végén ismét nőni kezdett. Javulások és recidivák váltották így fel egymást az egész kezelési idő alatt. Az 5. hónap elején pedig egy új tumor jelentkezett a nyelv bal oldalán. A Röntgen-kezelést ekkor, tekintettel a teljes sikertelenségre, megszüntettük és a beteg — mindenestre kedvezőtlenebb körülmények között mint a röntgenezés előtt — műtéti beavatkozásnak vetette magát alá. A másik esetben a nyelv hegyét foglalta el a kis mogorónyi, lelapított gombához hasonló rákos daganat. A kezelés ép úgy történt, mint az előbbi esetben, összesen felmenve a Holzkecht-féle skálában 58 egységig. A daganat 5 hónapi kezelés alatt, jelentéktelen és rövid ideig tartó javulásokról eltekintve, nem változott, sőt ezen idő elteltével a rákos induratio hátra és felfelé is terjedt, elfoglalva a nyelvnek azelőtt teljesen egészséges részeit.

Pautrier saját tapasztalatait mások észleleteivel egybevetve a Röntgen-kezelést nyelv-ráknál határozottan károsnak tartja és utalva a folyamatnak az ő eseteiben is tapasztalt rosszabbodására, a minél korábbi műtéti beavatkozást ajánlja.

A bemutatása kapcsán megindult vitában *Brocq* megemlíti, hogy szintén kedvezőtlen eredményeket kapott nyelv-rák több esetében. Rendesen kezdeti javulás után a folyamat „a paru recevoir un coup de fouet“ és annyira súlyosbodott, hogy minden további beavatkozás illuzoriussá vált.

Langlet betegénél az első Röntgen-kezelést követő javulás után nemsokára recidiva jelentkezett. További intenzív kezelésre az új rákos csomó rohamosan terjedni kezdett, úgy hogy a nyelv egész bal oldala és a mély nyaki mirigyek rákosan beszűrődtek.

A mint az irodalmi adatoknak fenti összeállításából kitűnik, az eddigi észleletek inkább balsikerekről számolnak be. Azon esetek, melyek jó eredményekről, teljes gyógyulásról tesznek említést (véglegesnek egyik sem tekinthető az észlelési idő rövidege miatt) — egy-két megbízhatóbb észlelettől eltekintve — legnagyobb részben olyanok, melyek szövettani vizsgálat, fényképes bizonyíték és pontos észlelésre valló leírás hiányában nem képesek az olvasót az adatok helyességéről és megbízhatóságáról meggyőzni.

Az elmúlt évben 3 nyelv-rákot volt alkalmunk klinikánkon Röntgen-sugarakkal kezelni. A kezelés kivitele a nyelvnek aránylag nehéz hozzáférhetősége miatt eléggé komplikált. A fényt pontosan a beteg területre kell irányítanunk, a mellett a nyálkahártya egészséges részeit védünk kell a sugarak ellen. Ha a rák a nyelv elülső harmadán foglal helyet, akár a hegyén, akár a széleken, akár a dorsalis felületen, akkor még aránylag könnyű ezen különben elengedhetlen követelményeknek megfelelni. Ellenben igen nehéz a kezelés, ha a nyelv hátsó részén ül a daganat; ilyenkor a pontos beállítás az egészséges részek lehető kimelésével jóformán lehetetlen. A szájüregben székelő kóros folyamatok röntgenezésére ólomüvegből készült és különböző átmérővel bíró csövek vannak, melyek a lámpára csatolt ólomüveg-tompítóhoz (Blende) erősítve a szájüregbe bevezettetnek, oly módon, hogy alsó nyílásuk éppen a kezelendő terület fölé kerüljön. E csövek használata a szomszédos területek védelmét is feleslegessé teszi, minthogy csak nyitott végükön bocsátják keresztül a fényt.

A mikor betegünknek a kezelést megkezdjük, a szájüregbe való bevezetésre szolgáló csöveink még nem voltak (most már azokkal dolgozunk!) s ezért úgy jártunk el, hogy a nyelvet nyelvfogóval vagy puszta ujjal — ezt rendszeren a beteg maga végezte — a daganat fekvése szerint előre és oldalt húztuk, a száját szájátókkal szétterpesztettük és a nyálkahártya egészséges részeit megfelelő atakú ólomlemezekkel védjük, mely czélra rendszeren egy kicsiny, ólomlemezről formált tölcserőlt használtunk. Természetes, hogy a kezelés ilyen módon igen fárasztó és kellemtelen a betegeknek nézve, s ez volt az oka annak, hogy 6—8 percnél tovább tartó expositiót nem bírtak el. A radiochromometert, a reagens testek czélszerű elhelyezése lehetetlen lévén, nem használhattuk. Tekintettel a kezelendő képletnek az anti-kathodtól a rendesen nagyobb távolságára és az egyes ülések rövid tartamára, lehetőleg erős áramokkal dolgoztunk.

Eseteink a következők:

1. U. L. 67 éves, magánzó. 3 hó óta nyelvének jobb szélén kis csomót érez. Igen erős dohányos, évtizedek óta. Jelentkezése-

kor a nyelv jobb szélén, elülső harmadának közepén kezdődő, körülbelül 4 cm. hosszú daganatot találtunk, mely egészben véve ellipszis alakú, két keskenyebb véggel és szélesebb középső részzel, és mérsékelt domborulattal prominál a szájüreg felé. Felülete kifekélyesedett, egyenetlen piszkos lepedékekkel fedett. Tapintata rendkívül tömött, nyomásra igen érzékeny, szélei kissé felhántak, élesen kitapinthatók, úgy hogy a daganat a nyelv normális szövetétől jól elkülöníthető. Spontan fájdalmak mérsékelték. Jobboldalt az áll alatt egy körülbelül mogorónyi, kemény mirigyduzzanat. A kórisme a klinikai kép alapján carcinoma linguae-re szólt és ezt az alábbi szövettani lelet is megerősítette, melyet a kórboneczani intézet szívességének köszönünk. A daganat meglehetősen nagy, egymással összefolyó hámfészkekből áll. A hámfészkek összeköttetésben vannak a kimetszett darabkát fedő laphám-réteggel. Stroma mindenütt igen kevés, keskeny köteget képez a hámszigetek között és általában mindenütt igen intenzív lobos beszűrődést mutat. A fészkeket alkotó sejtek nagyok, sokszögletűek és sok helyen határozottan fogazott szélűek. A fészkek centralis részeiben a sejtek kissé elnyultak, eosinnal élénkebben festődnek, magjuk töpörödött, általában elszarusodás jeleit mutatják, sőt egyes fészkekben kisebb hámhagymák találhatóak. A daganatsejtek közt magoszlási alakok mérsékelt számmal találhatóak. Diagnózis: Carcinoma keratoides linguae.

A betegnek jelentkezésekor műtétet ajánlottunk, de ő ebbe bele nem egyezvén, röntgenezésre határoztuk el magunkat. A kezelést, melyet 1904. október 23.-án kezdtünk meg, a fent vázolt módon végeztük. Egy-egy kezelés 5—6 expositióból állott, melyek mindegyike 10 percig tartott. A beteg a kezelés követelte fárasztó helyzetben hamar kimerülvén, az egyes expositiókat két részletben kellett végezni. Október végétől február végéig, tehát 4 hónap alatt a beteg 5 ilyen kezelésben részesült — az egyes kezeléseket közti szünet 15—18 napot tett ki —, úgy hogy a tumor 28 ülésben összesen 285 percig volt a sugarak hatásának kitéve. Eleinte lágy csövet használtunk, 4 Ampère áramerősséget 110 volt feszültség mellett, csak később, midőn a daganat mélyebb részeire akartunk hatni, fokoztuk a cső keménységét. A távolság az antikathódától körülbelül 20 cm. volt.

Mindjárt az első kezelés után a tumor felülete megtisztult, egyenetlenebbé vált, később az expositiók második sorozata után már térfogatban is csökkent. Azonban a daganat visszafajlásával feltűnő ellentétben az állalatti mirigy nagyobbodni kezdett, úgy hogy már a 2. kezelés után a kezdetben mogorónyi mirigyből diónyi esomé lett. A betegnek ekkor újból műtétet ajánlottunk, de ő ebbe nem egyezvén, a röntgenezést folytattuk, most már a rákosan beszűrődött mirigyét is kezelve. A 3. kezelés után a nyelven kiscokú Röntgen-lob lépett fel, a tumor körül keskeny, lobos zóna támadt hyperaemiával, oedemával, a daganat felülete jobban kifekélyesedett és újból bővebben secernált, de mindezen reactiv lobjelenségek 2 hét alatt visszafajlásra fordultak. A javulás ekkor már szembeütőbb volt, a mennyiben a daganat már a nyelv ép részeinek niveaujába lapult le. A további kezelés alatt a tumor, mely szép sima felülete és az egészséges nyálkahártyának megfelelő színe miatt most már csak a tapintóujj által volt érzékelhető, fokozatosan resorbeálódott, míg végre február közepén helyét már csak egy behúzódott, kékesen fénylő heg jelezte, mely alatt a nyelv puha, normális tapintatú volt, beszűrődésnek legesekélyebb nyoma nélkül. Időközben azonban az áttéti mirigygóc, dacára annak, hogy intenzív módon kezeltük (december közepétől február végéig 24 ülésben összesen 345 percig, kemény cső, 4 Ampère áramerősség, 30 cm. csőtávolság, stanniol-lemez a bőrön), még az eddigénél is rohamosabban nőtt, úgy hogy február végén, midőn az elsődleges gócz már teljesen — legalább a makroszkopikus észrevehetőség határáig — eltűnt, egy férfőkölnél nagyobb, rendkívül tömött tapintatú, egyenetlen göcsös felületű, a bőrrel és a mélyebb nyaki képletekkel összekapaszkodó daganatot képezett. A kezelést, mint célhoz nem vezetőt, ekkor beszüntettük.

Márczius közepén a beteg újból jelentkezett. A nyelven a régebbi rák helyén az említett heg volt látható, ellenben a nyaki folyamat még előbbre haladt, a mennyiben most már a nyak egész jobb oldala előre egészen a középvonalig terjedőleg rákosan beszűrődött. Az ugyanazon oldali kulcsontfeletti és hónalj mi-ri-gyek mogorónyi, egész diónyi tömött esomékká voltak meg-

duzzadva. A rákos beszűrődést a nyakon a beteg unszolására tisztán csak solaminis causa még néhányszor röntgeneztük; a fájdalmak mérsékelt csökkenése, mely azonban inkább suggestiv hatásra vezethető vissza, volt az egyedüli eredmény. Elbocsátás után a beteg állapota egyre súlyosbodik, augusztusban valószínűleg valamely nagyobb vérér erodálása folytán nagy vérzés támad és a nagy vérvesztés következtében beáll a halál. Rövid idővel a halál előtt alkalmunk volt a beteget látni és ekkor a hegben az eredeti nyelvrák elülső szélének megfelelő helyen egy körülbelül babnyi, tömött, élesen körülírt csomó jelenlétét állapítottuk meg, mely a carcinoma kórisméjét illetőleg kétséget nem ébresztett.

2. B. J., 58 éves, földműves, ki a sebészeti klinikáról utasítottatott hozzánk röntgenezés céljából. Jelentkezésekor a nyelv jobb szélén körülbelül 3 cm. hosszú és $\frac{1}{2}$ cm.-nyire a mélybe terjedő daganat foglal helyet, kifekélyesedett, genyes váladékkal fedett, vérzékeny felülettel, kissé felhánt és rendkívül infiltrált szélekkel. A tumor állítólag 1 hónap óta áll fenn, spontan is, de különösen nyomásra igen fájdalmas, rendkívül tömött tapintatú és minden irányban élesen elhatárolható. Mirigyduzzanatok nem tapinthatók. Szövettani vizsgálat nem történt, de a daganat oly jellemző klinikai tünetekkel bírt, hogy a rák diagnosisa minden kétségen kívül áll.

A kezelést, melyet fenti módon végeztünk, márczius 2.-án kezdtük meg. Már tíz nappal az első, hat 10 perces expositióból álló kezelés után javulás mutatkozott. A tumor kissé lepadt, szélei kevésbé meredek, azonban felülete erősebben kifekélyesedett és bőven genyed. Márczius végén történik a 2. kezelés. A tumor környezetében csekély piros zóna támad, a szájszélek, ajkak bőre is, melyeknek védelme igen nehéz volt, elég heves reakciót mutat, hyperaemiával, oedemával. Tíz nap múlva a radiodermitis tünetei visszafajlásra fordultak. A daganat fogyása lassan bár, de halad előre, a mi különösen a széleken látható, melyek már majdnem egy niveauban vannak az ép nyálkahártyával. Időközben a váladéktermelés megszűnt, a daganat tetejét szürkés-fehér, erősen tapadó lepedék fedi. Április 27.-én kapott a beteg egy 10 perces expositiót, mint a harmadik kezelés első részletét. Azonban másnapra a beteg állapotának hirtelen súlyosbodása folytán a kezelést be kellett szüntetnünk. Rendkívül heves fájdalmak kíséretében a nyelv szinte ijesztő módon megduzzadt, vaskos, körtealakú, kemény tapintatú képletet alkot, mely alig fér el az állalatti nyitva tartott szájüregben. A beszéd teljesen lehetetlen, a nyelvmozgások kivihetetlenek, bő salivatio, mérsékelt hőemelkedés. Kezdetben azt hittük, bár ez az absorbeált fény mennyiségével nem igen volt összeegyeztethető, hogy a Röntgen-sugarak okozta nagyobb reactiv lobbal állunk szemben, mely rövid időn belül vissza fog fejlődni. Azonban a nyelvnek duzzanata a következő 3 hét alatt nem csökkent, hanem ellenkezőleg nagyságában meg nem változva még tömöttebb, szinte deszkakemény lett és felületén a hámréteg helyenkénti lekopása folytán apró erosiók keletkeztek.

Valószínű, hogy a nyelvnek nagyfokú duzzanatát kezdetben egy hirtelen fellépő oedema okozta, melyhez azonban nemsokára a rákos beszűrődésnek feltűnően gyors terjedése is hozzájárult. Már a második héten ezen súlyos tünetek jelentkezése után a kezdetben egészen a nyelv szélén ülő daganat szabálytalan nyúlványok és dudorok alakjában majdnem a középvonalig terjedt, infiltrálva jóformán a nyelvnek egész jobb felét, sőt a nyelv bal oldalán is, hol a duzzanat különben a legnagyobb fokú volt, egy különálló, körülbelül kis mogorónyi, kemény csomót lehetett megkülönböztetni. Azonkívül mindkét oldalt az áll alatt 1—1 mogorónyi mirigyecskéje képződött. A kezelés folytatásától természetesen el kellett állnunk és a beteget május végén elbocsátottuk.

1905. október 18.-án újból láttuk. A nyelv egész kiterjedésében a szintén rákosan beszűrődött szájfenékhez van rögzítve és azzal együtt egy dudorzos, kifekélyesedett felületű, bűzös, eves váladékot termelő tumorszövetből álló képletet alkot, mely teljesen pótolja a nyelv normális szövetét. Jobboldalt a nyakon a bőrrel és izomzattal összekapaszkodó porckemény daganat tapintható. Heves fájdalmak, nagyfokú cachexia egészítik ki a kórképet.

E napon — hogy a rák szövettani szerkezetét legalább utólag megállapíthassuk — a kifekélyesedett tumorszövet tetejéről több darabkát kimetszettünk és azokat megvizsgálás céljára

ból a kórboneztani intézet vezetőségének adtuk át, mely róluk a következő szövettani leletet adta. A kimetszett darabkák göreső alatt változó nagyságú hámszigeteket tartalmaznak, a melyek helyenként igen sűrűn, közel vannak egymáshoz, sőt egymással össze is függenek. A fészkeket alkotó sejtek sokszögletűek, lap-hámsejtek típusával bírnak, a centralisak eosinnal erősebben festődnek, elszarusodás kifejezett jeleivel. Egy-egy hámfészkek közepén szép hámhagyma. A sejtek között számos mitotikus alak látható. A stroma néhol laza, szinte vizenyős, másutt sejtdús és leukocytákkal infiltrált. A lobos beszűrődés mélyre a mirigyek közé is beterjed. **Diagnosis: Carcinoma keratoides linguae.**

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Kollarits Jenő dr., tanársegédétől.

(Folytatás.)

IX. észlelet. (M. J.) 1 beteg. Lúdtalp, nagyfokú kyphoscoliosis, elgörbült mellkas, vékonyodott csontú dobverő ujjak, túlfeszíthető ujjperccek, strabismus, előbb pseudohypertrophia, később általános dystrophia, izomrövidülés, fokozott Achilles-inreflex.

egy 35 éves asszony köhögősek, egy 25 éves asszony egészséges; egy 37 éves férfi egészséges, egy 27 éves köhög, több testvér kis korban halt meg.

Az anya 41 éves, rheumás, fiának betegsége miatt kétségbeesett hangulatban van. Az anya 5 testvére él, egy 37 éves, egészséges férfi, egy 47, egy 38, egy 30, egy 26 éves asszony, egészséges.

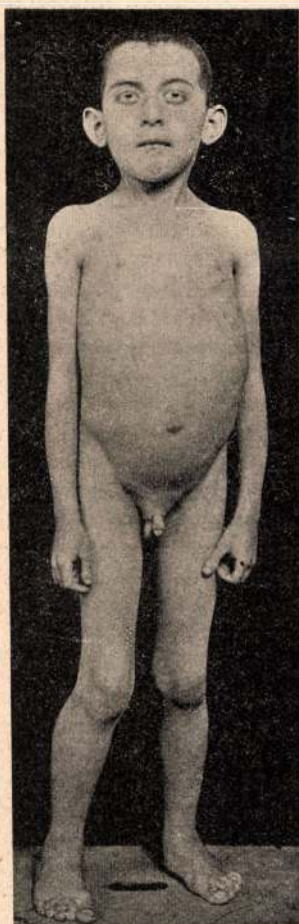
A beteg testvérei: 1. A beteg fiú, most 17 éves. 2. 15 éves leány, egészséges. 3. 13 éves leány, egészséges. 4. 10 éves fiú, egészséges. 5. 8 éves fiú, egészséges.

A beteg nehéz szülés után született orvosi segítség nélkül, 2 éves korában tanult járni és beszélni. 4 éves korban a fiú scarlatinába esett, miután ebből kigyógyult, észrevették, hogy járása romlik és hogy a baj állandóan halad előre. A beteg 2 osztályt járt, az iskolában nehezen tanult.

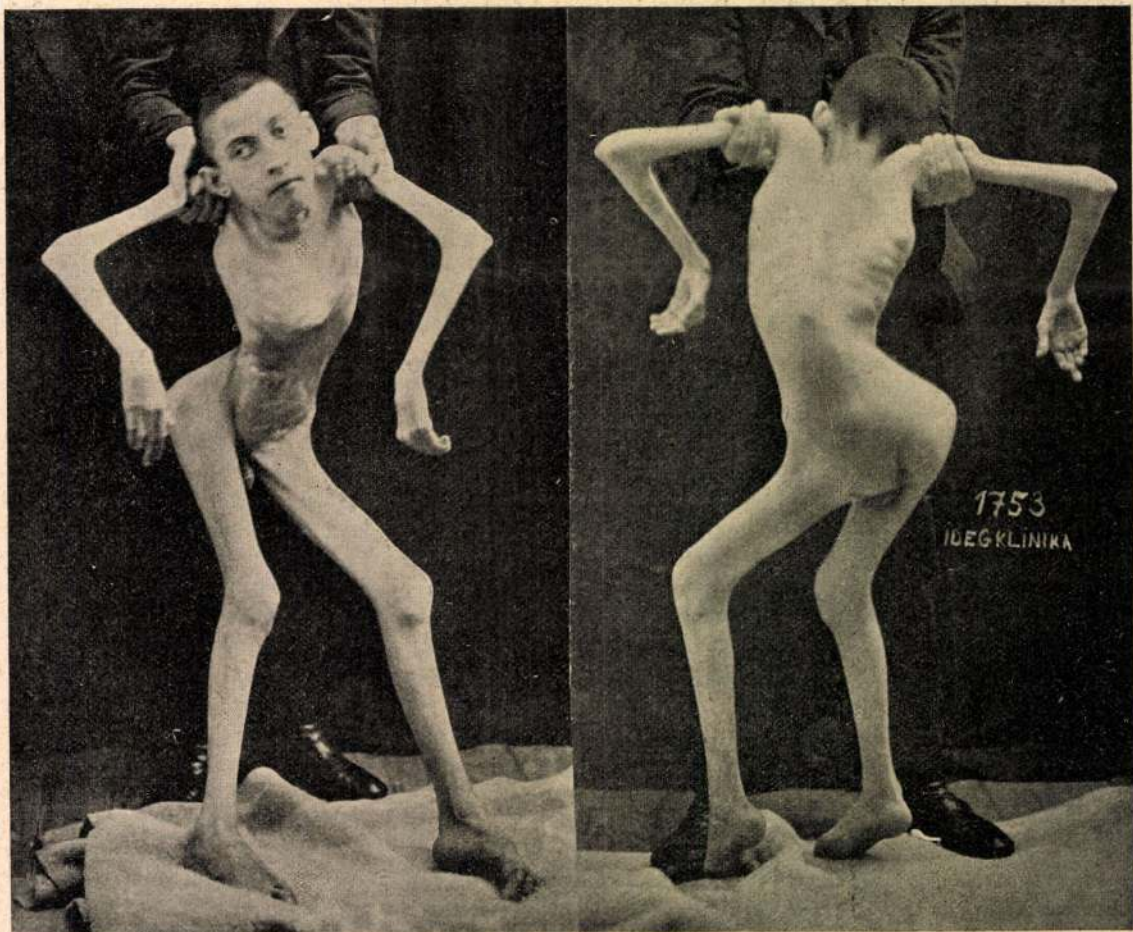
Az 1898. október 15.-én történt vizsgálat szerint (l. 22. ábra) a koponyacsontok kidudorodók voltak, a szemek előálltak és szétérttek. A beszéd dünyögő, orrhangú.

A nyakizmok gyengék, hanyattfekvő helyzetben a beteg fejét emelni nem tudja, hason fekve ez kis fokban sikerül.

A felső végtag izmai kis térfogatúak voltak és minden irányban gyengén mozognak, erőt kifejteni alig tudnak, különösen gyenge a m. biceps, valamivel erősebb a triceps. A kéznek szorító ereje nincs.



22. ábra.



23. ábra.

M. J., vasúti szolgálati fiát először 10 éves korában, 1898. október 15.-én vizsgáltam, de csak rövid ideig kísérhettem figyelemmel betegségének lefolyását. 1905 őszén megtudtam, hogy az irgalom házában tartózkodik. Innen a klinikára vitettem, a hol a vizsgálat céljából egynéhány napig maradt.

Az anyai nagyatyja 38 éves korában valami végbélbaj miatt halt meg, az anyai nagyanya 72 éves, egészséges. Az atyai nagyatyja 75 éves korban halt meg, köhögős ember volt, az atyai nagyanya 57 éves korban halt meg, szintén sokat köhögött. A nagyszülők nem voltak rokonok.

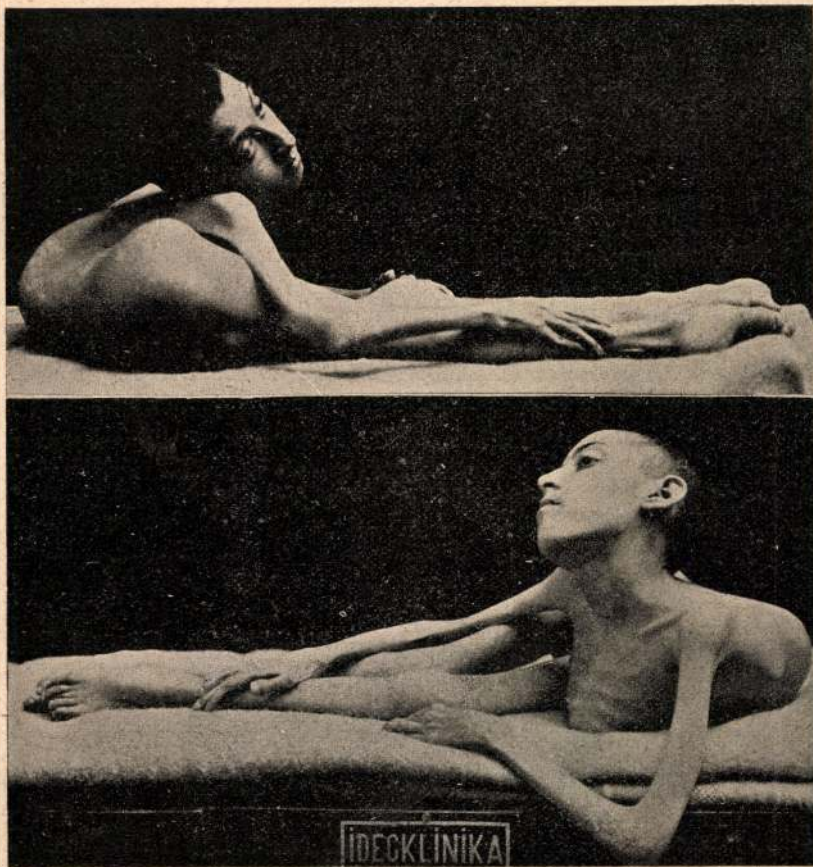
Az atya 42 éves, köhögős. Az atya 5 testvére él, egy 50,

Gyengék a törzs izmai is, különösen a m. latissimus dorsi.

Az alsó végtagon feltűnő a lábszárak vastagodott volta, a czomb soványsága mellett. A beteg széles alapon áll hajlított térdekkal, derekát előre, vállát hátrartva jár. Fekvő helyzetből felkelni nem tud, csak ha segítségére vagyunk és előbb négykézláb állásba hozzuk. Az alsó végtag minden irányban erőtellenül mozog.

A csontrendszerben levő elváltozások közül legfeltűnőbb a beteg lordosisa, a mellkas alsó része széles, a betegnek lúdtalpa van és 2 év óta ujjai dobverő alakúak.

A bőrreflexek kiválthatók, a patella-in reflexei nem.



24. ábra.

Az érzés jó. Látás jó, a beteg járókészüléket is használt, eredmény nélkül.

Az 1905. október 17—19.-én történt vizsgálatok a következő eredményt adják. (l. 23—26. ábra.)

A beteg feje testének egyéb részeihez képest nagy, kerülete 54·5 cm.

A csontrendszer nagy mértékben elferdült. A beteg ágyában fekve egyenesen tartja fejét, megfelelőleg a nyaki gerincoszlopának első 5 csigolyája függőlegesen áll, a többi csigolya két irányban ad görbületet, scoliosist és kyphosist. A scoliosist a 11. csigolyán kezdődik, a csigolyák innen hátulról tekintve balra fordulnak, a 6. háti csigolya magasságában kezdenek visszatérni a középvonal felé, a 12. háti csigolya bal harántnyújtványa annyira előáll, hogy első pillantásra gibbusnak látszik, a gerinc többi része vízszintesen helyezkedik el az ágyban úgy annyira, hogy a beteg bal oldalán fekszik. A gerincoszlop saját tengelye körül is jobbra fordult, a többi nyújtványok nem egyenesen hátra, hanem kissé jobb oldal felé tekintenek. A kyphosis tetőpontját a 12. hátszigolyán éri el és magában foglalja az 1. háti csigolyától lefelé az egész gerincoszlopot. Az elferdülés oly fokú, hogy a törzs mindössze 19 cm. magasságot ér el. A mellkas egészben keskenyedett, a szegycsont alsó vége púpban előáll.

Az elferdülés bizonyos fokig kiegyenesedik, ha a beteget vállainál fogva felemeljük (l. 23. ábra). A végtag csontjai vékonyak, különösen keskenyek az ujjak csontjai, melyek végükön dobverőszerűleg szélesedtek. Az ujjak minden ízületben túlfeszíthetők. (l. 26. ábra.)

A szemek szétterő kancsalságban állanak, egyenes nézéskor a jobb kissé kifordult. A szemtengelyek minden irányban jól mozognak. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak.

Az arcz, nyelv, nyivitorlák mozgása jó, a beszéd kissé dünyögő, az egyes betűk kimondása jól sikerül. A nyelés jó. A fej minden irányban mozog, de a mozgásokkal egy irányban sem sikerül erő kifejtése.

A vállak felfelé kissé mozognak, ha a beteget karjainál fogva felemeljük, vállai felmennek a füléig. A felső végtagok összes izmai bénultak és sorvadtak, egyedül az ujjak mozgásai, a pronálás és supinálás lehetséges erő nélkül. A bicepsnek és

tricepsnek is alig van egy kevés mozgása, az utóbbi valamivel erősebb. Az alkar passiv módon sem feszíthető tovább, mint 120°-ra a felkartól.

A törzs izmaiban semmi mozgás sincs. Az alsó végtagok összes izmai teljesen bénák és sorvadtak, csakis a lábujjakban van csekély hajlító mozgás. Az Achilles-in rövidült, ennek megfelelőleg varo-equinus tartásban van a láb. A bal láb középső ujját a 2. és 4. majdnem elfedi. A jobb láb öregujja a 2. alá került és a szintén behajlott 3. ujjal a 2. alatt érintkezik. A villamos ingerlékenység tetemesen csökkent, fibrilláris rángás nincs. A scapula perios-, triceps- és patella-inreflexek nem válthatók ki, az Achilles-inreflex fokozott, a bal oldalon kiváltásakor lábclonushoz hasonló mozgás jön létre.

A talpreflexek hajlító, a has- és cremaster reflexek kiválthatók.

A belső szervek épek, a szív a mellkas kiemelkedő részében oldalra van tolva, a szívcsúcs felett erős systolés zöreje hallható. A vizelet rendes, a vizeletben idegen alkatrész nincs. A betegnek hetenként egyszer van széke. Érzésvizsgálatok.

Az érzékszervek épek.

X. észlelet. (Sz. Béla.) 1 eset, pseudohypertrophia izomrövidülésekkel, nagy fej kis fülekkel, lapos, alul széles mellkas, korának meg nem felelő koráért fejlődés.

A 14 éves fiút (l. 27. ábra) 1905. november 8. án vettük fel a klinikára. Anyai nagyszülei 78 és 71 éves korban végelgyengülésben, atyai nagyatyja 75 éves korban tüdőgyulladásban, nagyanyja 65 éves korban ismeretlen bajban halt meg. Atyjának 5, anyjának 5 testvére meghalt, anyja egy öcsese él, egészséges, hasonló bajban sem ők, sem gyermekeik nem szenvedtek. Az atya 51, az anya 40 éves, egészségesek, nem rokonok. A beteg testvérei 20 éves fiú, 17, 6 és 3 éves leányok, egészségesek.

A fiú rendes időben született, orvosi segítség nélkül. Rendes időben tanult járni és beszélni, 6 éves korában 3 testvérével egyszerre scarlatinába esett. Míg a többi testvérek felgyógyultak és egészségesek maradtak, addig a mi betegünk a scarlatinából gyógyultan felkelt, de minduntalan elesett. Azóta járása állandóan romlott, 2 év óta nem jár.

A fiú a máramarosszigeti plébániától nyert hivatalos értesítés szerint 1891. december 1.-jén született, 14 éves korához képest rendkívül fejlett, elég erős fan- és hónaljzörzete van. Testhossza kiegyenesített helyzetben 152·4 cm.

A beteg feje nagy, fejkerülete 56·3 cm., a fejsontjai kidudorodók, fülei aránylag kicsinyek. Mellkasa lapos, az alsó szélén a bordák kiállanak, a szegycsont beesett. A gerincoszlop hátulról tekintve kissé jobbra görbült, az élettani lordosis hiányzik. A beteg fejét előhajlítva szokta tartani.

A fiú a hozzá intézett kérdésre alig ad feleletet, nagyon szegénylős, intelligenciája csekély.

Az arcizmokon kívül a test összes izomzata gyenge. A vállak csak befelé-felfelé mozognak gyengén. A pectoralis majorból alig valami látszik, működése nincs. A deltoizom a legkisebb mozgást sem tudja kifejtetni, teljesen sorvadt. A kar feszítése elég jó, hajlítása legkisebb mértékben sem sikerül. Pronatio és supinatio erőtlen. Rossz a m. serratus, nem sikerül a felkar kifelé rotálása és a kéz feszítése, ellenben a kéz és ujjak hajlítása elég jó.

Az alsó végtag összes mozgásai csak a legkisebb mértékben lehetségesek és minden erő kifejtés nélkül mennek végbe. Az alszár feszítése gyengébb a czombhajlításnál. A czomb gyengén a törzshöz van hajlítva, az alszárak körülbelül 90° szögben behajlottak és ezen túl passiv sem nyújthatók.

Az alkarok és lábszárak aránylag vastagok a czombokhoz és felkarokhoz képest. A felkarok legnagyobb körfogata 17·5 cm., az alkaroké 19·5 cm. A czomb körfogata 15 cm.-rel a patella felső széle felett 31 cm., a lábszár legnagyobb körfogata ugyanannyi.

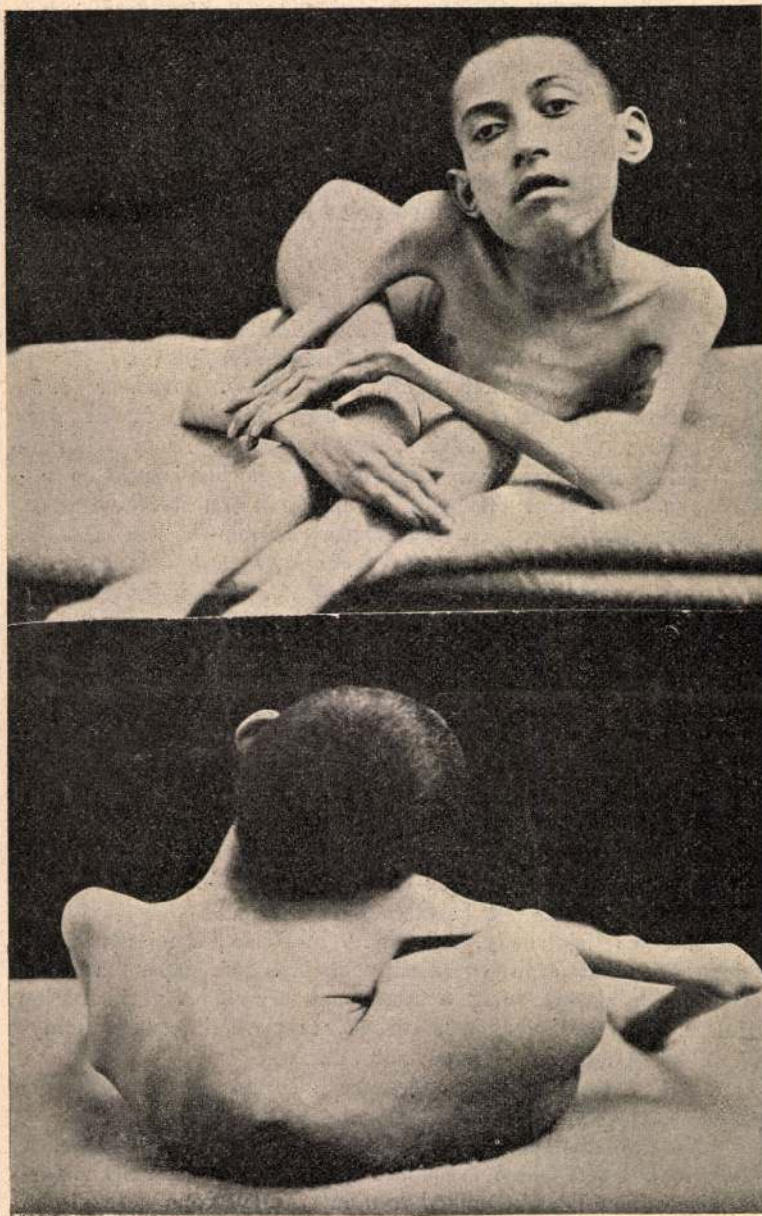
A villamos ingerlékenység mennyileges csökkenést mutat. Fibrillás rángás nincs.

A belső szervek épek.

XI. észlelet. (H. család.) 3 dystrophiás fiú, kezdet a váll-
övön, az arcizmok is részt vesznek; a legidősebb beteg pseudo-
hypertrophiás. (?)

A testvérek atyai nagyatyja 76, atyai nagyanyja 73 éves
korban halt meg, nem voltak rokonok, az anyai nagyszülők-
ről nem kapunk felvilágosítást. Az atya 66 éves korban hir-
telenen halt meg, szívbaja volt, és szájából egyszerre sok vér
ömlött, az anya gyermekágyban 26 éves korban halt meg. A
szülők nem rokonok, az atya 20 évvel idősebb volt az anyánál.

Az anyának 11 testvére mellbetegségben halt meg. Az atya
testvérei: 1. 75 éves mostoha fivér, más anyától, egészséges, egy



25. ábra.

23 éves ép fia van. A többiek édestestvérek: 2. 72 éves férfi,
epekövekben szenved, nőtlen. 3. 60 éves asszony, egészséges,
1 fia és 1 leánya szintén. 4. Férfi, 45 éves korban ismeretlen
bajban halt meg.

A beteg testvérek: 1. 25 éves leány, mellbeteg. 2. 22 éves
férfi, rendetlen életű, 7 éves kora óta beteg. Nyitott szemmel
alszik, lábát talpfelé hajlítva tartja. Gyengeségének mutatója az,
hogy ha csak kis mértékben is kijön a függőleges helyzetből,
azonnal összeesik, egy babszembe botolva elesik. Minthogy láb-
szárai gyengék, a beteg térdizülete mögé kis keskeny deszkát
szokott kötni, melylyel lábait feszíti és rögzíti, mert ha térde
csak keveset is hajlik, a beteg azonnal összeesik. Ezen betegről
fényképeket kaptam, a melyek mutatják, hogy a lábikrák arány-
lag vastagok, az alkarok is vastagok a feltűnően vékony fel-

karokhoz képest, továbbá hogy a mellkas beesett, a pectoralisok
hiányosak és a lapoczkák elállók (l. 28. ábra).

3. H. L. (l. 29—30. ábra), rajzoló, 1904. június 10. én
jelentkezett a klinikán, a hol többször, utoljára 1905. szeptember
27. én volt vizsgálva. A beteg rendes időben tanult járni és
beszélni, semmiféle gyermekbetegségben nem szenvedett, 13 éves
korában 3 hétig bélgyuladása volt, lüese nem volt.

Jelen baját a beteg arra vezeti vissza, hogy 12 éves korá-
ban hosszabb időn át nehéz zsákokat emelt, ekkor kezdtek fájni
a vállai, a fájdalom elmúltával karjai és válla gyenge maradt,
azóta állapota lassan és állandóan romlik.

A beteg homlokát ránczolni tudja, szemei nem egészen csu-
kódnak, a jobbon körülbelül 4, a balon 2 mm.-nyi rész marad.
A szemmozgások minden irányban szabadok, összetérítéskor nem
fáradnak, fel- és lenézéskor Graefe-féle tünet támad. A pupillák
középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak.
A szemgolyónak a rendesnél nagyobb része szabad, az alsó szem-
héj petyhüdsége következtében. A fogak mutatásakor az ajkak
kétoldalt egyenlően mozognak, de nem teljesen jól. Fűtyülni a
beteg nehezen tud, ilyenkor ajkai sajátságos jellemző állást vesz-



26. ábra.

nek fel (l. 29. ábra). Az egyes betűk kimondása nem ütközik
nehézségbe, csak az *o* és *u* betűk kiejtése nehéz, ilyenkor ugyan-
azon ajktartás áll elő, mint fűtyüléskor. A száj felfújása végbe-
megy, de nehezen sikerül, és a szájba zárt levegő hamar talál
utat. Az orrszárnyak mozognak. A nyelvmozgás, rágás, nyelés,
inyvitorlák mozgása jó, a hang nem változott. Az állkapocs sza-
badon mozog előre, hátra, jobbra és balra.

A nyakizmok jók. A fej előre és hátra és oldalt akadály
nélkül hajlik, jobbra és balra fordul, mindezen mozgások elég
erővel történnek.

A jobb váll mélyebben áll, mint a bal, mind a kettő úgy
előre, mint fel- és hátrafelé is mozog, ezen mozgások azonban
erőtlenek, különösen gyenge a jobb cueullaris, a mennyiben a
beteg a jobb vállát nem tudja olyan magasra emelni, mint a balt.

A mellkas előlről nézve beesettnek látszik a mellizmok sorvadása folytán, ez a sorvadás a jobb oldalon kifejezettebb, mint a balon. A pectoralis izmok működésükben is gyengébbek, a jobboldali kisebb erőt tud kifejteni az előretartott kéz befelé történő nyomásakor, mint a bal.

A beteg felkarját előre és oldalt a vízszintes síkig fel tudja emelni, a jobb m. deltoideus még gyengébb a balnál, a mennyiben ennek mozgása csak nagyobb erőlködéssel sikerül és könnyebben győzhető le. A m. serratus ant. bénulásának megfelelőleg a beteg jobb karját a vízszintes vonalnál feljebb emelni nem tudja, a bal nehezen. A jobb lapoczká, mely már a nyugalmi helyzetben is eláll, ezen kísérletnél szárnyszerűleg oldalt és hátra megy, a bal kevésbé. A lapoczká rögzítésekor ezen mozgás sikerül. A felkar kifelé rotálása a m. infraspinatus ép volta miatt sikerül. Az alkar és kéz hajlítása és feszítése, az ujjak mozgása minden irányban a rendes módon megy végbe, ezen mozgások ereje is megfelelő, csak hogy a jobb kéz szorító ereje gyengébb, mint a balé.

A m. latissimus dorsi mind a két oldalon gyenge. Lélegzétvételkor a bordák kevésbé emelkednek.

A beteg előre, hátra és oldalt jól tud hajolni, hanyatt fekvé mellén összetett karral felülni nem tud, az ezen irányú kísérletben lábai felemelkednek.

Az alsó végtagok aránylag jók, minden irányban mozognak, csak a peroneusok gyengék, az alszárok vastagok, tömöttek.

A beteg járása jó, járás közben nem is fárad, egy lábon könnyen megáll, lábbujjhegyre is tud állani.

A villamos ingerlékenység a béna izmokon csökkent, fibrilláris rángás nincs.

A végtagok méretei a következők: A jobb felkar legnagyobb körfogata 27, a balé 27,3 cm., az alkaré 26,3, a czombé 15 cm.-rel a patella felső szélé felett 51,4, a jobb lábszár legnagyobb körfogata 38, a balé 40 cm., a lábszár alsó végén jobboldalt 23,5, baloldalt 24,5 cm.

A patella, Achilles, m. triceps brachii inreflexe és a scapula-csonthártya reflexe kiváltható. Bőrreflexek megvannak. Talpreflex hajlító.

Az érzés és az érzékszervek jók.

1905. szeptember 29.-én jelenti a beteg, hogy a Whitely-féle tornakészülékkel kargyakorlatokat végzett és hogy karja azóta kevésbé erősödött.

4. H. G. (l. 31 ábra) 20 éves fűszeresegéd 1905. szeptember 28 és 29. én jelentkezett a klinikán.

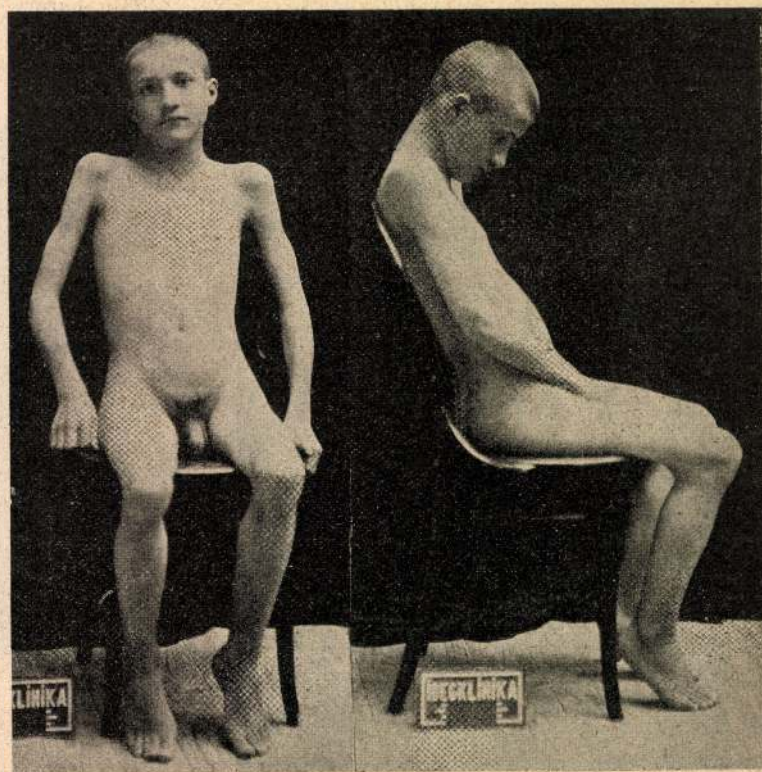
Születésének körülményeiről nem tud felvilágosítást adni, rendes időben kezdett járni és beszélni. 12 éves korában vette észre, hogy melle beesett, azóta karjai (előbb a jobb) gyengültek, most 4 1/2 éve alig tud dolgozni a kezével. Egynehány napi erősebb munka után, úgy az ő, mint bátyja elmondása szerint, szemlátomást fogyott a karja.

A beteg homlokát haránt és hosszirányban jól tudja ránézni. Szeme nem csukódik egészen, jobb oldalon 4, bal oldalon 2 mm. rés marad. Füttyülni a beteg nem tud, arcát felfújni nem tudja, fogának mutatásakor az ajkak nem mozognak annyira, mint egészséges emberen. Az abc összes betűt el tudja mondani, de ha gyorsan akar beszélni, megbotlik a nyelve. A rágás, nyelés, nyelv és az inyvitorlák mozgása jó.

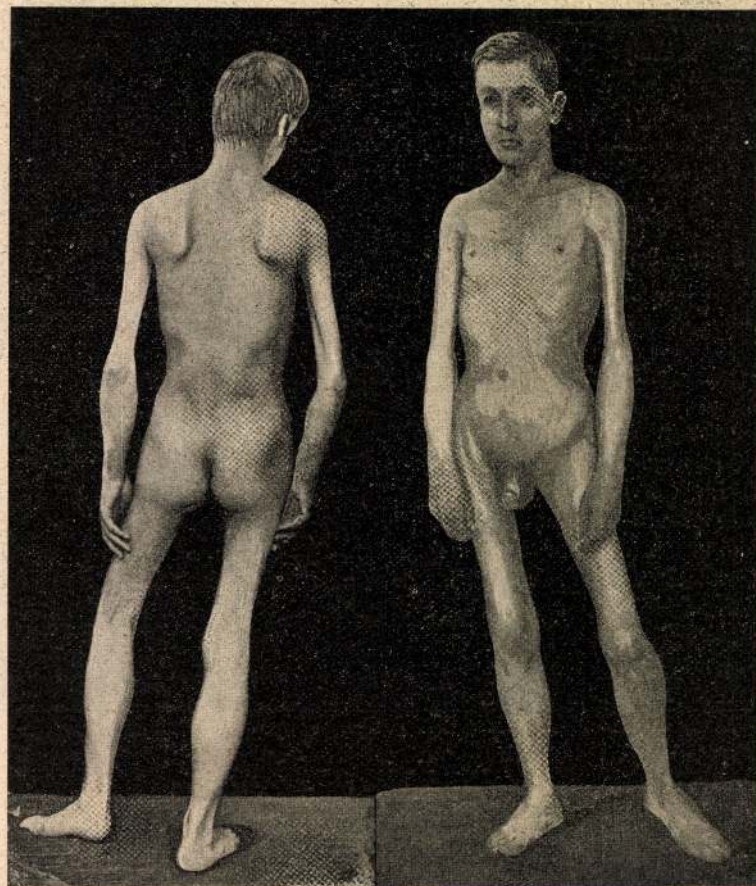
A nyakizmok jól mozognak és elég erősek. A vállak lelőgnak, a jobb mélyebben áll, mint a bal, fel kevésbé, előre és hátra semmit sem mozognak. Igen gyengék és sorvadtak a deltoideusok, a beteg karját egyik irányban sem tudja a vízszintesig emelni. A serratus teljesen béna, már nyugalmi helyzetben is elállnak a scapulák, a karemelés megkísértésekor pedig szárnyszerűleg kiemelkednek. A felkar rotálása sikerül, az alkarhajlítás és feszítés erőltet, ezen mozgások legyőzésére erőlködés nem is szükséges. A pronatio és supinatio jól megy végbe. A jobb kéz és ujjak hajlítása nem teljes, feszítése nem sikerül, a bal oldalon ezen mozgások valamivel jobbak. A kéznek szorító ereje nincs. A kéz kisizmai is sorvadtak.

A törzs hajlott, a háti csigolyák homorulatával előre néző ívben hajlottak. A beteg előre, hátra, oldalt tud hajolni, egy lábon megáll. Előlről a pectoralisok helye besüppedt, ezen izmok jórésze sorvadott. A latissimus dorsi béna.

A járásban nincs feltűnő hiba, de a beteg gyorsan fárad. Az alsóvégtagok elég jók, a peroneus-izmok gyengék, a jobb gyengébb, mint a bal.



27. ábra.



28. ábra.

A jobb felkar legnagyobb körfogata 20, a balé 19,2 cm., a felkarizmok ezen sorvadásával szemben az alkar 24 cm. kör-

fogattal elég tömörtnek látszik. A czomb körfogata 15 cm.-rel a patella felső széle felett jobboldalt 39, baloldalt 38.5 cm., a lábszárak legnagyobb körfogata jobboldalt 36, bal oldalon 36.5 cm.

A villamos ingerlékenység esökkent, fibrilláris rángás nincs.

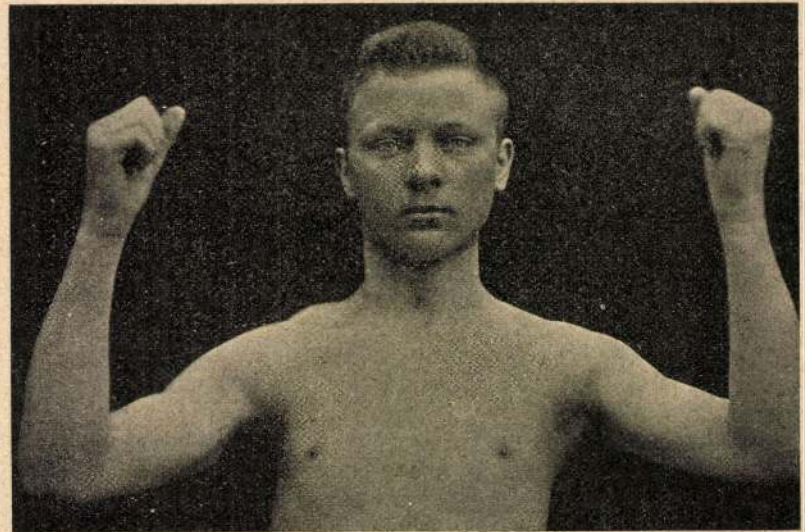
A beteg patella- és Achilles-inreflexe kiváltható, a háromfejtű karizom inreflexe és a lapoczkacsontthártya reflex nem váltatható ki. A bőrreflexek élénkek. A talpreflex hajlító.

kezett a klinikán, ott hat héten át állott mint bejártó beteg eredmény nélkül kezelés alatt és 1905. október 7.-én újból bemutatta magát.

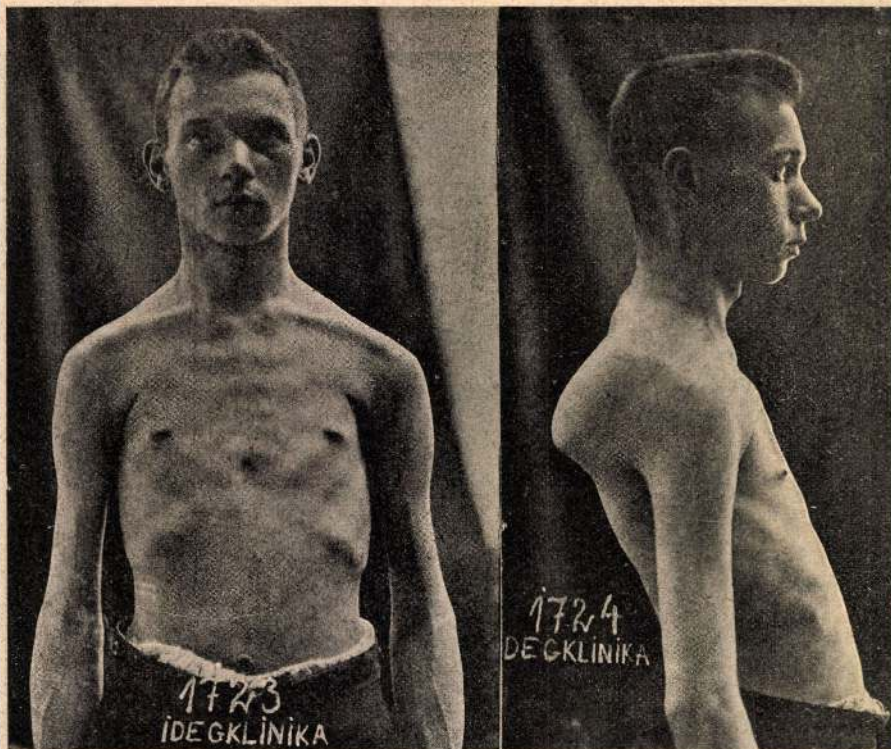
A szülők rokonok nem voltak. Atyja 54 éves korban mellbetegségben halt meg, anyja apjával egykorú. Az atya testvéreit és azok családját a beteg nem ismeri. Anyjának 2 testvére, 1 férfi és 1 nő cholera-ban haltak meg. Ezek gyermekeiről nincs ada-



29. ábra



30. ábra.



31. ábra.



32. ábra.

Az érzés és az érzékszervek jók. Vizelet és székzavar nincs. A belső szervek épek.

XII. észlelet. (K. F.) 1 eset, dystrophia majdnem az egész izomzaton, a bal oldal rosszabb, az arc környéki facialis-bénulás benyomását kelti, elmaradás a kifejlődésben, szabálytalan arc, odanőtt fülcimpák, strabismus, lapos mellkas, túlfeszíthető ujjperczek, lúdtalp, vizeletzavar.

K. F., 25 éves, nőtlen művész, 1905. május 25.-én jelent-

tünk. Anyjának első négy terhessége abortussal végződött, a beteg néhány testvére 1—2 hónapig élt. Egy az anya első házasságából származó mostohabátyja 40 éves, egészséges, ennek 3 fia és 2 leánya szintén. Idegbaj vagy kaucsalság nincs a családban.

A beteg könnyű szülés után rendes időben született, orvosi segítség nélkül, de csak 4 éves korában tanult járni és 2 éves korában beszélni, ezután minden nagyobb betegség nélkül jól

fejlődött 18 éves koráig. Ekkor hegedűjáték közben vette észre karja gyengeségét és ügyetlenségét. Ez azóta fokozódott, a bal kar, mely korábban kezdett romlani, ezután is mindig gyengébb maradt.

A beteg korához képest vézna, fejlődésében visszamaradt.

A fej alakja szabálytalan, az orrtól lefelé rendkívül keskeny. A fülcimpák odanöttek. A gerincoszlop előre hajlott, ezen görbület a beteg függőleges felemeléskor csökken, de nem egyenlítődik ki egészen. A mellkas lapos, a szegycsont bemélyed. A csontrendszernek további elváltozása az, hogy az ujjak minden ízületben passivé túlfeszíthetők. Mind a két láb lúdtalpas.

A jobb szem csak erőltetéssel zárul egészen, a bal így sem és a becsukás kísérletekor körülbelül 3 mm.-nyi rést hagy fedetlenül. Az alsó szemhéjak leestek, helyük is beesett és ezért nyitott szemmel is feltűnő, hogy a szemrés azáltal nagyobb, hogy a szemteke alsó feléből egy a rendesnél nagyobb rész áll szabadon.

A szemmozgások minden irányban jók, de egyenes nézőskor feltűnik, hogy a bal szem kissé kifelé áll. A szemgolyó lefelé fordulásokor a felső szemhéj annak mozgásait szakaszonként követi. A pupillák jól reagálnak, egyenlők. A homlok hosszanti és harántredőzése és a száj és ajak mozgása bal oldalon sokkal gyengébb, mint a jobbon, úgyannyira, hogy a vizsgálatkor környéki arcidegbénulás benyomását adhatja, de a mozgások a jobb oldalon sem kifogástalanok. Az arc az arcizmok sorvadása következtében beesett (l. 32. ábra.). Füttyüléskor az ajkak bal oldalon nem zárnak, száját felfújni nem tudja, mert a bal oldalon a levegő kinyomul. A rágás, nyelés, a nyelv és inyitorlák mozgása jó, a hang elég erős, az egyes betűk kimondása jól érthető.

A nyak hosszú. A fej minden irányban jól mozog. A vállak előre és hátra nem mozognak, fel és ferdén fel előre látszólag jól, de erő nélkül. A m. latissimus dorsi gyenge, a beteg felemeléskor a vállak felesűsznek. A m. pectoralis sorvadott helye bestüppedt, működése erőtlenné történik. A deltaizmok is sorvadottnak látszanak, a kar oldalt nem emelkedik a vízszintes vonalig, előre is csak nagy erőlködéssel, ezen mozgások is oly gyengék, hogy alig kell erő a legyőzésükhöz. Mind a két serratus gyenge, a bal gyengébb a jobbnál.

Az alkart a beteg csak nagy erőfeszítéssel tudja behajlítani, a feszítés ellenben jól sikerül és az ezen irányban kifejtett erő nem egykönnyen győzhető le. A felkar rotálása kifelé nehéz. A pronálás és supinálás jó és erős. A kéz feszítése gyenge, a balé a vízszintesen túl nem lehetséges. Az ujjak egyik kézen sem feszíthetők, a kézszerítés gyenge. A beteg azt állítja, hogy kezének állapota minden fárasztó munka után romlik.

A törzs minden irányban mozog, de az előrehajlás erő nélkül megy végbe. A hasizmok gyengék, a has ennek következtében előáll. Az erősebb kilégzés nehéz. Lélegzéskor a mellkas felső része alig mozdul, inkább az alsó része mozog, mély lélegzéskor a lélegzési segédizmok is részt vesznek a mozgásban.

A járásban feltűnő elváltozás nincs, a beteg elmondása szerint nem fárad. A láb mozgásai jók, a peroneusok kivételével, melyek bal oldalon alig, jobb oldalon valamivel jobban működnek, a bal alsó végtag hajlítása gyengébb a jobbnál.

A passiv mozgás sehol sem korlátozott.

Az izmok tápláltságáról a következő adataink vannak. A felső végtagok izmai igen sorvadtak, az alsó végtagoké kevésbé. A méretek mutatják, hogy a bal végtagokon a sorvadás kifejezettebb. A jobb felkar legnagyobb körfogata 20, a balé 17 cm., az alkaré jobboldalt 22,3, baloldalt 21,5 cm. A jobb czomb körfogata 15 cm.-rel a patella felső szélé felett 40 cm., a bal oldalon 37, a lábszár legnagyobb körfogata jobb oldalon 34, balon 30,5 cm.

Villamos vizsgálat a béna izmokon csökkent ingerlékenységet ad, fibrilláris rángás nincs. Mindkét triceps (brachii) inreflexe kiváltható, a bal gyengébb; a jobb lapoczkacsontthártya-reflex jól kiváltható, a bal csak előre hajlított helyzetben. A patella- és Achilles-inreflexek is gyengébbek a baloldalon, mint a jobbon. Lábelonus nincs. Talpreflexek hajlítók, cremaster- és hasreflex jól kiváltható.

Érzés jó. Hallás, látás jó.

A belső szervek épek. A szívtempulát felső szélé az 5. borda alsó szélén kopogtatható ki, a többi határ rendes, a szívhangok tiszták.

A betegnek gyakran kell vizelnie, vizelete néha esepeg. A coitus rendes.

(Vége következik.)

Tárcza.

Az új poliklinika.

A poliklinikai ambulatorium céljaira szolgáló új épület néhány hét előtt nyílt meg. Az épület a poliklinikai egyesület telkének a Szövetség-utca felé eső részén (Szövetség-utca 14-16. sz.) emeltetett, a mely teleknek a Hársfa-utca felé eső oldalán egy egyemeletes épület, a régi ambulatorium és ennek udvarán a poliklinikának 50 beteg számára berendezett kórháza van.

Az új ambulatorium építését az egyesület elmaradhatlan szükségnek tekintette azon célból, hogy a poliklinika feladatának megfelelően és működésének szilárd alapját megvesse. A vagyontalan járóbetegnek száma, kik az intézetet felkeresték, évről évre jelentékenyen emelkedett és szükség volt egy olyan épületre, mely berendezésében megfelelően azon kívánalmaknak, melyeket a modern hygiene a nagyforgalmú nyilvános épületek tekintetében felállít. Másrészt a poliklinika, melynek osztályos orvosai csakis az orvoskari tanártestület habilitált tagjai lehetnek és melynek járóbeteganyaga a tanártestület határozata értelmében tananyagul elfogadtatott, új otthonában azon feladatnak, mely az orvostanhallgatók tudományos és gyakorlati képzéséből reá hárul, fokozott mértékben kívánt megfelelni.

Az építésnél felmerülő sokoldalú kívánalmak összeegyeztetése végett egy építési bizottság alakult, mely felerészben az igazgató tanács, felerészben az orvosi testület tagjaiból állott. Ezen bizottsághoz csatlakozott az épületnek genialis tervezője, *Korb Floris*, ki önzetlen közreműködésével és fíradhatlan buzgalommal az építésnek ezen esetben egészen különleges és bonyolódott feladatát a legfényesebb sikerrel oldotta meg. Az intézet elnökségének, különösen alelnökének, *Sámuel Lázár* dr.-nak, valamint igazgatójának, *Eröss Gyula* tanárnak az ügyben kifejtett kiváló működését szintén csak a legnagyobb elismerés hangján említhetjük fel.

Az ambulatoriumnak szövetségetezzei homlokzata nyers téglaburkolattal bir, középrészében négy, két oldalsó részében pedig három emelet magasságú. A homlokzat szélessége 32,42 meter.

A homlokzaton alkalmazott felírás, valamint az a figyelmeztető tábla is, mely a bejáratnál van kifüggesztve, arra utal, hogy az intézet céljának megfelelően, csakis vagyontalan járóbetegnek nyújt orvosi segílyt.

Az intézet nem állana feladatának magaslatán, ha egyfelől az orvosok tudományos kiképzését előmozdítva, másfelől azoknak gazdasági érdekeit sértene. Különösen szem előtt tartják ezt az intézet osztályos orvosai már csak azért is, mert az újabb időben, az orvosok gazdasági érdekeinek megvitatása közben a nyilvános rendelőintézetek kérdésének tárgyalásakor nem ritkán alaptalan vádak is emeltetnek az utóbbiak ellen. A járóbetegnek közül csakis a vagyontalanok jutnak orvosi segílyhez és az egyes osztályokon vezetett könyvek külön feltüntetik azoknak számát, a kik a rendelésről visszautasítottak, mert vagyontalanságuk nem volt beigazolható. Az orvosi testületnek az új épületben tartott legelső ülésében az erre vonatkozó régebbi határozatok különös súlylyal újból kiemeltettek és a határozatok egyhanglyag megújítottak.

Az intézetnek széles bejárata egyenesen a lépcsőházba vezet. A bejáratnál balra eső földszintes helyiségeket a felvételi iroda, az igazgatói fogadó szoba és a tanácskozó terem foglalja el. Az utóbbi nemesak az igazgatói és orvostestületi gyűléseknek szolgál helyiségül, hanem a jövőben a közgyűlések és a hölgybizottsági ülések is itt fognak megtartatni. A teremnek berendezése, faldíszítése és világítása ezért nagyobb gondtal történt, hogy fényesebb összejöveteleknek is méltó keretül szolgálhasson. Az ülésterem falán az egyesület volt védnökének, *József főhercegnek* és volt elnökének gróf Szapáry Istvánnak életnagyságú olajfestményü arczképe van elhelyezve.

Az elnöki emelvény felett elhelyezett márványablán az egyesület jóltevőinek nevei fognak megörökítettetni.

Az összes rendelőosztályok bejáratai a tágas és igen világos lépcsőházba nyílnak. Ezen lépcsőház minden oldalról zárt és télen fűthető. A lépcsőzet szabadon álló vasoszlopokon nyugszik és hazai vörsmárvány-lépcsőfokokból áll. A figyelmeztető táblák azon czélből vannak kifüggesztve, hogy már a lépcsőház, úgy mint a várótermek lehetőleg tisztán tartassanak. A dohányzás tiltva van és mindenütt „hygienikus“ köpöcsészék vannak alkalmazva.

Földszinten jobbra vannak a rendelések *idegbetegek* számára, valamint a *tüdőbetegek* számára.

Az idegbetegrendelés helyiségeiben a villamos kezelésre szolgáló berendezések kötik le figyelmünket, melyek a városi áramból transzformátorok közvetítésével tápláltnak. A *tüdőbeteg*-rendelésen a nagy *Waldenburg*-apparatus tűnik fel.

Az első emeleten jobbra az *orr-, torok- és gége*-osztály van elhelyezve. Az elsőtétíthető nagy rendelő teremben két hosszú márványasztal mellett villamos lámpák világánál folynak a vizsgálatok és kezelések.

Egy kisebb szobában látható a transportabilis villamos tableau-asztal galvanizálás, faradizálás, galvanokaustika számára. Ugyanitt végzik az oesophago- és bronchoskopiát. Külön műtőterem is van kisebb műtétek számára. Egy másik kisebb szobában van elhelyezve az osztály specialis könyvtára, valamint kórboncztnai és szövettani gyűjteménye.

A szomszédságban levő *nőbetegek osztálya* 2 nagy teremből áll. Igen praktikusak itt a betegek számára szolgáló befüggőnyözhető öltözők. A tulajdonképeni vizsgáló- és rendelőszobában 2 vizsgáló-asztal, forróvízsterilisator, egy üveglapos polozokkal bíró műszerszekerény és egy kisebb fali szekrény foglalnak helyet.

Ez emeleten van még a *belgyógyászati* nagy rendelőhelyiség, melyben a gyomor functionalis vizsgálatai is végeztenek. Továbbá a *gyermekbetegrendelés* 2 nagy szobában megfelelő kipárnázott vizsgálóasztalokkal, mellette egy kisebb öltöztető szoba. Egy teljesen elkülönített, a lépcsőházból külön bejáratú bíró szoba a ragályos ambulans betegek számára van fenntartva. Ez vas- és üvegfalak által 4 rekeszre van osztva, egyszerű butorzata könnyen és jól desinfiálható. Az egyes rekeszek külön a kanyarós, diphtheriás s a scarlatos betegek számára szolgálnak. Ezen külön szoba a lehetőségig kizárja azt, hogy a többi beteg gyermek fertőző betegekkel keveredve a rendelőhelyiségben szerezhesse meg valamely fertőző bántalom csiráját, a mint az a multban bizonyossággal nem volt kizárható. Ugyancsak az első emeleten van a nagy *előadási terem* széles előadói állvánnyal, felülről világítható nagy falitáblával, valamint Zeiss-féle vetítógéppel, melynek ugyanolyan felszerelése van, mint az orvosgyógyászatnak; mint kiváló tanítási segédeszközt bizonyosan sürűen fogják igénybe venni az intézet főorvosai előadásaiokon úgy diapositívek, mint mikroszkopi praeparatumok direct vetítésére.

A II. emeleten jobbra van a *szembetegek osztálya*, melynek részei: az egészen sötétre festett, 12 fali asztalkán elhelyezett villamos lámpákkal felszerelt tükröző szoba villamos lámpával megvilágítható olvasási táblákkal, periméterrel, siderometerrel, astigmatismus meghatározására és más vizsgálatokra szolgáló műszerekkel bíró vizsgálószoba, továbbá a kezelő- és rendelőszoba. Ugyancsak itt van a *fülészeti rendelésre* szolgáló 2 terem, villamos tableauval, jól felszerelt műszerszekerényekkel, sterilisatorokkal, üveglapos asztalokkal, fali táblával stb. ellátva.

E két osztálytól teljesen elkülönítve a II. emelet bal szárnyát a *sebészet* foglalja el. Hatalmas 3 ablakos teremben történik a betegek felvétele és megvizsgálása, ezek mellett van a gypszelő és az endoskopikus vizsgálatokra szolgáló szoba, valamint a külön sterilizáló szoba, melyben úgy forróvíz-sterilisatorban, valamint a hatalmas autoclave-ban sterilizáltatnak az egész intézet számára szolgáló kötőszerek, valamint a műtétekhez szolgáló műszerek. A vizsgálószobából csukott folyóson keresztül jutunk a kötöző terembe, melynek falai ép úgy, mint a mellette lévő operáló szobái is, egészen a mennyezetig fayence-lapokkal vannak kirakva. A butorok, szekrények, asztalok, székek itt fehérre vannak mázolva. Külön készülék szolgáltatja a steril vizet, a fal mentén hideg-, melegvíz-mosdók, vatta-kiöntő, valamint láb-tisztításra szolgáló kisebb kád láthatók. A nagy operáló teremben

pedálos mosdók, hordozható asztalkák között a közepén foglal helyet a minden irányban állítható műtő asztal. A világítást felül elhelyezett hatalmas villamos lámpa szolgáltatja. Gazdagon felszerelt műszerszekerények a falak mentén. Kis szoba szolgál a műtét után elgyengült betegek pihenésére.

A III. emeleten 3 osztály van elhelyezve. Figyelmünk első sorban a *bőrbeteg-osztályhoz* kapcsolt *Röntgen- és Finsen*-szoba felé irányul. A Reiniger-czég által felállított Röntgen-apparatus a legtökéletesebb, a mit ez idő szerint ismertünk. Az egyszerű átvilágításon kívül az egész test átvilágítására szolgáló trochoskop is itt foglal helyet. A Finsen-apparatus magyar ember módosításában van itt alkalmazva. Schein dr. utasításai alapján szerkesztette magyar mérnök és már most megállapítható, hogy teteemes költségekkel mellett az eredeti apparatus összes jeles tulajdonságait teljes mértékben összpontosítja magában. Van itt azonkívül egy jól felszerelt fényképezési műterem is, photogrammok és radiogrammok elkészítésére. A tulajdonképeni bőrosztály nagy rendelő helyisége villamos tableauval, góresővező asztalkákkal, műszerszekerényekkel, vatta-kiöntővel stb. van felszerelve. Egy műtőasztallal és műszerekkel ellátott operáló szobában kisebb műtétek végezhetők. A *fogászati osztály* 4 teremből áll. Háromban folynak a conserváló eljárások, a negyedik a foghúzó-terem, láva lapokkal kirakott két szájöblögetővel és a falra erősített keretekben elhelyezett poharakkal. A szomszédságban levő *húgy-szervi bántalmak osztálya* nagy vizsgálószobájának közepén linoleummal bevont podiumon egy vizsgálóasztal foglal helyet, mellette kis asztalkán a vizsgálathoz szükséges eszközök vannak elhelyezve. Az ablak mellett elhelyezett asztalkán egyszerűbb vegyi és mikroszkopi vizeletvizsgálatok végeztenek. A tulajdonképeni rendelő teremben 5 vizsgálóasztalon egy időben folyhatnak a kezelések. Minden asztal mellett fali szekrényben a gyógykezeléshez szükséges gyógyszerek vannak elhelyezve. Fali állványon vannak az üveg-edények, melyeket a betegek használat után maguk tartoznak kimosni és visszahelyezni. A szoba közepén nagyobb nyomás mellett eszközölköző fecskendezésekre szolgáló hatalmas állvány látható. Kisebb elsőtétíthető, emaillezott fallal bíró szobában végeztenek az urethro- és cystoskopia e célra szolgáló vizsgálóasztalokon.

Az épület egész 4. emeletét a *laboratorium* helyiségei foglalják el. Itt vannak a labororium főnökének kis külön laboratoriuma, mellette a mérleg és optikai szoba s ezek mellett a nagy labororium, melynek gáz- és vízvezetékekkel felszerelt két vegyi asztalán 8 dolgozóhely van. Az ablakok előtt góresővezésre szolgáló asztalok, a falak mentén vegyszer-szekerények és állványok, villamos centrifuga, valamint a vasból és üvegből készített vegyi fürke. A szellőztetés villamos exhaustor segítségével történik. Külön berendezett laboratoriumban végeztenek a bakteriológiai és histológiai vizsgálatok, valamint külön helyiség szolgál az állatkísérletek számára és az állatok eltartására.

A hygiene követelményeinek megfelelően az egész épületben úgy a váró, mint a rendelő helyiségek tágak, világosak, az ablakok nagyok, barátságosabb hatás végett fehérre vannak mázolva, az ajtók világosszürkére. Ezzel igen jól harmonizál a padlózat és butorok világosbarna, a falaknak pedig világosszürke alapszíne. Az ablakok és ajtók japán lakkfestékekkel vannak mázolva, úgy hogy vízzel igen könnyen tisztíthatók. Az ajtókeretek faburkolat helyett carrarai márvány lemezekből állanak, melyek csiszolva és fényezve vannak. Talán felesleges megemlíteni, hogy tisztán czél-szerűségi szempontok voltak irányítók ezen anyag megválasztásánál. Minden helyiség padlózata keramit lemezekből áll, a várótermekben ezenkívül a fal körülbelül 1 1/2 meter magasságban fayence-lemezekkel van kirakva. A padló és a falak találkozási vonala homorú, a mi teljesen kizárja azt, hogy a zugokban nehezen eltávolítható piszok és fertőző anyag gyűlhessen meg. Ezen elv különben az egész intézetben szigorúan keresztül van vité, a mennyeiben nemcsak a padló és falak találkozási vonala, hanem utóbbiak és a mennyezet érintkezése is mindenütt le-gömbölyített. A falfestéshez az egész házban „Keim“-féle mosható festéket használtak, mely Németországban már számos helyen, nálunk is több nyilvános intézetben lett használhatóságára nézve kipróbálva. Az ajtókon, ablakokon sima, gömbölyű sárgaréz kilincsek, vörösréz ajtónyelvek s gömbölyű oldalpántok vannak.

A helyiségek szellőzése kombinált szerkezetű. Minden helyiség-

nek legalább egy ablaka külön alsó szellőző szárnyacskaival, felül pedig befelé hajló szellőző szárnynyal, úgynevezett Pick-féle szab. kezelőszerkezettel van ellátva. Az ablakok közé alul bejutó külső levegő az ablakok alatt elhelyezett fűtőtestek által felmelegítve, felszáll és a felső szárnyon bejut a helyiségbe, itt a szétáramlását a falakban elhelyezett szellőző kúrtók, melyek nyílásai a helyiségekben úgynevezett csapos redőnyökkel vannak ellátva, hathatósan előmozdítják.

A fűtés alacsony nyomású gőzfűtés. A meleg légfűtés hátrányai indították a vezetőséget arra, hogy ezen rendszert fogadja el, mely célból minden helyiségben annak térfogatához viszonyított számban amerikai „Radiator“ fűtőtestek vannak elhelyezve, melyek szabadon állók; könnyű tisztíthatóságuk szempontjából mindenféle fa vagy egyéb burkolat mellőzve lett. A fűtőtestek mögötti falrészek fayence-burkolattal vannak ellátva.

A closetek, melyek minden rendelkezési helyiség mellett elegendő számban vannak, fayence-burkolattal bírnak, padlójuk terrazoból áll. A closetesészek és pissoirok emaillezott fayenceből szabadon állóan burkolat nélkül készültek és felső vörösréz-vízmedencével bírnak. Nagy gond fordított arra, hogy a closetek szagot ne terjeszsenek, a mit akképen értek el, hogy a syphonokból a falba fektetett bádóg szellőzőcső vezet a tetőn kívüli magasságba, a szabadba. Egyes rendelkezési helyiségekben, mint a sebészetin és a bőrgyógyászatban, vattakiöntők állítottak fel, külön csőlevezetéssel és vízóblítással.

A mosdók minden rendelkezési helyiségben a szükséghez képest egyes vagy többes számban fayenceből készültek és a faltól elállók, vasconsolokon nyugszanak, hideg és melegvízesapokkal bírnak. Az ehhez szükséges meleg vizet külön központi kazán és víztartó szolgáltatja. Az egész házban villamos világítás van. Ezen száraz adatok is eléggé mutatják, mily gondosságot és figyelmet fordított a vezetőség arra, hogy az intézet összes helyiségei a közegészség modern szabályainak megfeleljenek.

Az objectív szemlélő, ha végig haladt az intézetben, kell, hogy azt a meggyőződést vigye magával, hogy az intézet vezetősége az új otthon megteremtésével elérte azt a célt, melyért évek hosszú során át a legnagyobb erőmegfeszítéssel küzdött. Csak most jutott abba a helyzetbe, hogy kétoldalú feladatának teljes mértékben megfelelhessen. Elérte azt, hogy helyiségeiben nemcsak a vagyontalan talál orvosi segítyt betegségére ellen, hanem hogy a beteganyag az intézet céljaira a bőkezűen rendelkezésére bocsátott eszközökkel az orvosképzés és az orvostudomány fejlesztése érdekében is felhasználhassék. Ezen törekvés megvalósítása fogja a poliklinikát nemcsak a társadalom, hanem az orvosi körök közbecsülésében és tiszteletében is megerősíteni és neki azt a kiváló helyet biztosítani, melyet nemes céljai elérése közben megérdemel.

Vas Bernát dr.
egyetemi m. tanár, a poliklinikai
egyesület titkára.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Semmelweis' *Gesammelte Werke*. Herausgegeben und zum Theil aus dem Ungarischen übersetzt von Dr. Tiberius v. Györy. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1905. 8-adrét, VIII + 604 lap.

Ilyen cím alatt hagyta el a napokban a sajtót Györy Tibor magántanár könyve, mely a Magyar Tud. Akadémia támogatásával jelent meg.

Semmelweis neve örök időkre lángoló betűkkel van felírva hazánk tudományos egén. Ha magyar ember többé nem irna semmit, úgy Semmelweis műve egymagában dicsőségesen tartaná fenn a magyar genialitás emlékét. Helyes és szükséges volt tehát, hogy a mi nemzetünk igaz nagy fiának ércznel is maradandóbb emléket állítsunk összes műveinek kiadásával. A Magyar Tud. Akadémia önmagához volt méltó, a mikor az ország-világ előtt ismert Semmelweis nevet ekként megörökítette. A hatszáz oldalas munkát a Magyar Tud. Akadémia megbízásából Györy Tibor magántanár állította össze, a ki rendkívüli szorgalommal és sok fáradsággal hordta össze és rendezte sajtó alá a nagy anyagot.

Semmelweis főművének, az „Aetiologie, Begriff und Propy-

laxis des Kindbettfiebers“ című munkájának s az „Offene Briefe an Professoren der Geburtshilfe“ eredeti kiadásai már rég elfogytak és az előbbi csak kivételesen, mint antiquariusi ritkaság volt egyáltalán kapható; az utóbbiakat, t. i. a nyílt leveleket pedig 6 év előtt újra kiadta Joh. Grosse (Dresden). Semmelweis egyéb dolgozatai pedig kizárólag csakis magyarul jelentek meg s így ezek — a külföld őket egyáltalán nem is ismervén — újdonságként fognak szerepelni.

Nincs itt helye annak, hogy Semmelweis munkáit részletesen ismertessem, ez alkalomból csak röviden a következőkben akarom a főbb fejezeteket felsorolni abban a sorrendben, a mint azt Györy gyűjtőmunkájában találjuk. Ezek a következők.

„Tractatus de vita plantarum.“ A latinul irt inauguralis dissertatio annyiban érdekelhet bennünket, hogy tartalma élénk ellentétben áll Semmelweis későbbi korszakalkotó felfedezésével.

„Höchstwichtige Erfahrungen über die Aetiologie der an Gebäranstalten epidemischen Puerperalfieber.“ E rövid közleményben Hebra Ferdinand 1847. december havában számot ad Semmelweis felfedezéséről. Semmelweis még ekkor nem foglalta volt írásba eredményeit, hanem csak később, 1858-ban „Die Aetiologie des Kindbettfiebers“ cím alatt, mely dolgozata magyarul az „Orvosi Hetilap“-ban 1858-ban jelent meg „A gyermekági láz kóroktana“ cím alatt; azonban a Hebra által fenti cím alatt kiadott leírásban már a Semmelweis tanának alapvonalai jelezve vannak.

Hebra cikkében olvashatjuk, hogy Semmelweis úgy a bonczasztalon, mint a betegágyán tanulmányozta a gyermekági láz epidemiaszerű jellegének okát és arra az eredményre jutott, hogy a lázas puerperalis processus legtöbbször hullainfectio által keletkezik és hogy mindenkinek, a ki terhest vizsgál, előbb kezét chlorvízzel kell megmosnia (Chlor. calcis unc. 1'0, Aquae fontanae libras 2'0). A chlorvizes kézmosás után az eredmények a gyermekági körül meglepően javultak. A rövid cikk felhívja a figyelmet még arra is, hogy nem csupán hullaméreg lehet a fertőzés vívője, hanem az élő organismusból származó eves exsudatumok is lázas puerperalis processusokat idézhetnek elő. A folytatásban kiemeli Hebra, hogy a gyermekágiak főleg akkor lesznek lázasok, ha az orvos a vajudókat hullagyakorlat után chlorvizes mosás nélkül vizsgálja és felhívja a szülők háza orvosait a kísérletezésre. Hebra e közleményben Semmelweis felfedezését Jenner felfedezése mellé állítja. A könyvben folytatólagosan találjuk a Routh, Haller és Skoda ugyanezen tárgyra reflectáló közleményeit, majd Semmelweis előadását is „Vortrag über die Genesis des Puerperalfiebers“ cím alatt, a melyet ő a bécsi Orvosi Társaságban-ban 1850-ben a pathologikus osztály felszólítására tartott. Semmelweis a puerperalis láz tanáról írásban csak 1858-ban számolt be „A gyermekági láz kóroktana“ cím alatt, mely közleménye, mint említettük, az „Orvosi Hetilap“-ban jelent meg. Azonban már 1850-ben is 3 előadást tartott a budapesti Orvosegyesületben, a hol szóval adta elő felfedezését.

Györy összeállításában folytatólagosan találjuk „A gyermekági láz feletti véleménykülönbség köztem és az angol orvosok között“ című munkáját. Semmelweis dolgozatából látjuk, hogy tanát összetévesztették az Angolországban elterjedt contagionista tannal. A prioritási vitákban e közleménye nagy jelentőséggel bír. Semmelweis áldásos felfedezését írásban csak 13 évvel később közölte „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kinderbettfiebers“ című munkájában, a mely 1861-ben jelent meg; e művet Györy munkájában teljes egészében találjuk. Ez Semmelweis főműve, „a melybe egész tudását, egész szívét befektette“.

Semmelweisnek hibájúl rótták fel, hogy epochalis felfedezéséről csak 13 évvel később adott írást; e körülmény mindenféle prioritási vitákra adott alkalmat, melyek azonban teljesen tárgyaltalanok, a mint ezt a Györy-féle gyűjtőmunkából világosan láthatjuk. Hiszen könyvének megjelenése előtt 13 évvel találjuk az erre vonatkozó feljegyzéseket a Hebra-féle munkában. Semmelweis ezen könyvében, melynek eredeti kiadása teljesen elfogyott és csak raritásként kapható, megtaláljuk egész terjedelmében Semmelweis felfedezését. Elolvasása már csak azért is érdekes és nagy lelki gyönyörűséget okoz, mert felelevenedik emlékezetünkben mind az, a mit Semmelweis tanáról már csak homályosan vagy

hiányosan ismerünk. E könyvben olvassuk, miképen fejlődött ki a Semmelweis tana a Kolletschka tanár esete kapcsán, olvassuk továbbá, hogy a gyermekági láz nem különálló megbetegedés, hanem a pyaemiának egy válfaja, a melyet a szétesett organikus állati anyagokkal fertőzött vér jellemez, hogy a gyermekági láz nem contagiosus betegség, hanem infectiosus, a mely nemcsak a hullanyagok beoltása által keletkezik, hanem bármely szét-eső anyaggal való fertőzés által is. Nem akarom részletezni Semmelweis ezen óriási eszméket hirdető könyvének tartalmát, hanem utalok az eredetinek elolvasására s különösbbe akarom felhívni az olvasó figyelmét arra a nagy lelkesedésre, az igaz meggyőződésre azon hangjára, a melylyel Semmelweis színarany igazságát kifejti és a közben felmerült támadások ellen megvédi.

Tanát hazánkban ellenvetés nélkül fogadták el, de a külföld csak igen lassan és nagy küzdelem árán. Ezen ellenvetések megezőfólására írta az „Offene Briefe an Professoren der Geburtshilfe“ című munkáját, a mely önállólag is megjelent s egyidejűleg az Orvosi Hetilap mellékletében is. Semmelweis e nyílt leveleiben külön-külön kiméletlen hangon támadja meg Späth, Scanzoni, majd Siebold s újra Scanzoni professorokat s óriási táblákban foglalja össze tapasztalatait s iparkodik ellenfeleit meggyőzni. 14 évig küzdött Semmelweis az igazságért s mindezt csak kicsinylés, tanában való hitetlenség volt osztályrésze. Ebből megérthetjük azt a keserű támadó hangot, a melyet ellenfeleivel szemben használt.

„Der Verein St.-Petersburger Aerzte über die Aetiologie und die prophylaktische Behandlung des Kindbettfiebers“ (A szentpétervári orvosok egyesülete a gyermekági láz aetiológiájáról és prophylaktikus kezeléséről) című közleményében Semmelweis ismerteti a szentpétervári orvosok véleményét tanáról. Huggenberger professor (a Pawlowna Helena bábaintézetből) Semmelweissal közli észleleteit a gyermekági lázról és azokat az észleléseket, a melyeket a pétervári orvosok tettek Semmelweis tanáról, a kik legnagyobb részben ugyanazon tapasztalatokra jutottak, mint Semmelweis. Ezen közleményében Semmelweis a felmerült ellenvéleményeket is megezőfólja.

Eddigi közleményei mind a gyermekági láz tanulmányozására vonatkoznak és ezek megírásával vívta ki Semmelweis nemcsak a magyar cultura terén, de az egész világban a halhatatlan nevet. Életének utolsó éveiben a gynaekológiával is foglalkozott és ezen dolgozatait is összegyűjtve találjuk Györy munkájában. „Ueber einen seltenen Fall von sackartiger Ausbuchtung des schwangeren Mutterhalses.“ (A terhes méhnyak zsákszerű kitüremkedésének egy ritka esetéről.) Megjelent a Wiener med. Wochenschrift VII. évfolyamában 1857-ben.

„Exstirpation und Neubildung eines Uterusfibroids. Schwangerschaft mit normalem Verlauf.“ Magyarból fordította Györy „Méhrostdag kiirtása és újratermődése, rendes lefolyású terhesség“ című munkájából (Orvosi Hetilap. 1861).

„Siebenmonats-Geburt nebst Polypus uteri fibrosus von enormer Grösse“; magyarul megjelent az Orvosi Hetilap nő- és gyermekgyógyászati mellékletében 1864-ben „Héthónapos terhesség rendkívül nagyságú rostos méhpöfeteg mellett“ címmel.

„Aeltere und neuere Theorien über die Menstrualblutung“; magyarul ugyancsak az Orvosi Hetilap nő- és gyermekgyógyászati mellékletében 1864-ben jelent meg „Az ivarvérzés körüli régibb és újabb elméletek“ címmel.

„Die Menstruation und ihre Anomalien“, magyarul az Orvosi Hetilap nő- és gyermekgyógyászati mellékletében 1864-ben „Az ivarvérzés és ennek rendellenességei“ cím alatt.

„Die operative Behandlung der Ovariencysten.“ Megjelent az Orvosi Hetilap nő- és gyermekgyógyászati mellékletében 1865-ben „A petefészek-tömlők műtételi kezelése“ cím alatt 5 folytatásban, végén ezen szavakkal: „folytatása következik“. A folytatás azonban nem jelent meg, mert 2 hónappal később Semmelweis meghalt. E nőgyógyászati közlemények mind, az elsőnek kivételével, csak magyarul jelentek meg s Györynek köszönhetjük, hogy ezen művek most németben is megvannak. E művek szintén tanúságot tesznek Semmelweis nagy szorgalmáról, tökéletes klinikus gondolkodásáról és éles megfigyeléséről. A dolgozatok híven adják vissza a 60-as években divó felfogásokat meg lehetős bő irodalmi vonatkozással. Így pl. az ovarialis cystákkal

szemben még abban az időben esakis a cysta punctiojánál és a jodkali-befecskendezéseknél tartottak.

Ezekben számolhatok be röviden a gyűjtőmunkáról.

Semmelweis szóbeli előadásaiban is a pesti egyetemen csaknem kizárólag a gyermekági prophylaxisáról és a gyermekági láz elleni védekezésről beszélt, mint ezt a megboldogult Kéz-márszky tanártól tudjuk, és így nekünk magyar orvosoknak még különösbbe is érdekes a Györy által összegyűjtött anyag.

Reméljük, hogy a mű fordítása mennél hamarabb magyarban is meg fog jelenni. A teljes és hiánytalan magyar kiadást már csak azért is óhajtjuk, mert semmikép sem lenne helyes, hogy a magyar lángész összes termékeit a magyar orvosi világ csak német nyelven élvezhesse.

Úgy tudom, a „Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat“ vállalkozott a munka magyar kiadására és meg vagyok győződve, hogy ismert áldozatkészsége épen a legnagyobb magyar orvos művei irányában nem fog az ilyen mű kiadásánál alárendelt szerepet játszó takarékoskodási szempontokra tekintettel lenni.

A Györy Tibor által gördülékeny német stílusban visszadott mű egyik kiváló érdeme, hogy egyszersmindenkorra véget vet a Semmelweis ellen indított prioritási vitáknak. Ez pedig annál is inkább szükséges, mert még 1904-ben is Semmelweis tanainak teljes félreismerésével, helyesebben elferdítésével, holvégenek teljes meghamisításával Baruch prof. New-York-ban Holmes dr. honfittára részére követelte a prioritást. Györy dr. mutatta ki akkor Baruch prof. okmányhamisítását és verte le a nemtelen támadást.

Nagy jelentőségű a Györy kiadása azért is, mert a jövőben ezt fogjuk hiteles forrásul elfogadni. Jóleső tudattal constatáljuk, hogy a könyv a külsőben levő szoborlepleléssel majdnem együtt lát napvilágot. A rendkívül érdekes könyvnek elolvasását nemcsak a nőgyógyásznak és történéssznek, hanem az egész művelt orvosi közönségnek is a legmelegebben kell ajánlanom.

Lovrich József dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Glycolysis. Rapoport Leyden klinikáján különféle szervekből, így pankreasból, májból, lépből, bélből, izomból és vérlepenyből acetonos kezeléssel nyert organikus porok glycolytikus tulajdonságát igyekezett megállapítani. Kísérletei a mellett bizonyítanak, hogy a pankreas-pornak, szemben Ueber és Cohnheim vizsgálataival, határozottan van glycolytikus tulajdonsága; szerző kísérleteiben ugyanis 3 gm. pankreas-por $\frac{1}{2}$ gm. glycoset 16 óra alatt úgy átalakított, hogy ezukor csak nyomokban volt kimutatható. Még élénkebb s relative gyorsabb a száraz vérpor és a friss vérlepeny glycolytikus képessége; Rapoport egyik kísérletében ugyanis néhány gm. száraz vérpor teljesen eltüntette a $1\frac{1}{2}$ %-os ezukor-oldat ezukortartalmát. Érdekes szerző azon észlelete, hogy *phloretin* jelenléte úgy a pankreas-por, mint a vérlepeny glycolytikus tulajdonságát lényegesen alászállítja. Más szervekből gyert porokkal végzett kísérleteiben nem észlelt glycolysist. Szerzőt vizsgálatai arról győzték meg, hogy a Lépine-féle „ferment glycolitique“ felvétele jogosult. (Zeitschrift für klin. Med. 1905. 57. köt. 3—4. füzet.)
Halász Aladár.

Belgyógyászat.

A verőeres vérnyomás kóros emelkedéséről értekezik L. Krehl, kiemelve, hogy az arteriás nyomás tartós emelkedését idült vesegyuladással, vagy aránylag ritkábban arteriosclerosisnál találjuk ugyan, azonban épen olyan hiba volna minden esetben ezt az említett betegségek következményének tartani, mint a mennyire hibás az az Olasz- és Franciaországban elterjedő szokás, hogy az azokhoz nem sorolható eseteket „Hypertension artérielle“ név alatt különálló betegség gyanánt fogják fel; a vérnyomásemelkedés tünetét teszik így módon az egész köregeység kriteriumává, a mi modern kórtani felfogásunkkal szemben kétségtelen jelentős visszaesésre mutat. Arteriosclerosisnál és nephritisnél e tünet nyilván nem az alapszabályok közvetlen eredménye, hanem bizonyára a szervezet reactiv működése a betegség okozta ártalmakkal szemben; s ha ezen Bier által megindított

tant elfogadjuk, nem kételkedhetünk benne, hogy a vérnyomás-növekedés „idiopathicus“ eseteiben is annak compensatiós jelentősége van. Tagadhatlan, hogy a magas vérnyomás, elhasználván az edényfalakat, vagy vérzésekre adván alkalmat, magában véve káros tünet. De ha másnemű zavarokat compensál, nem lehet ajánlatos annak megszüntetése, sőt ez adott esetben egyenesen veszélyessé válhat. A „hypertension artérielle“ önálló kórképének fellállítása tehát nemcsak kórtanilag hibás, hanem ezek szerint practikusan káros is lehet, ha minden további mérlegelés nélkül e tünetet — okának teljes ismeretlensége daczára — therapiás beavatkozásokkal megszüntetni akarnók. (Deutsche med. Wochenschr. 1905. 47. szám.)

R. Zs.

Tussis convulsiva kezelése vaperinnal. A vaperint, mely naphthalinból (180'0), kámforból (20'0), eucalyptus-olajból (3'0) és oleum pini piceaeből (3'0) áll, s a melyet *Staedtler* berni orvos ajánlott volt először a hökhurut gyógyítására: azóta már többen (*Andeand*, *Urbani*, *Itzkovitz*) használták nagyon kielégítő eredménnyel. Legújabbban *Landau* számol a vaperin-kezeléssel elért eredményeiről. Körülbelül 40 esetben használta a szert olyan módon, hogy egy főzőedénybe egy ivópohárnyi langyos vizet és ebbe egy evőkanányi vaperint tett és a vizet már most kiesiny lánggal égő borszeszlámpával melegítette. A jellegző szagú gőzök csakhamar betöltik a szobát és ebben a gőzben kell a gyermeknek egy óra hosszat tartózkodnia. Az eljárás naponként kétszer ismétlődő. Szerző szerint ezen kezelésmód mellett a rohamok száma és ereje csökken, a betegség lefolyása enyhébb, tartama rövidebb. Szövődmény egy esetben sem jelentkezett. Káros mellékület sem volt észlelhető. (*Die Heilkunde*, 1905. 11. füzet.)

A **baryumchlorür** gyógyértékére vonatkozó tapasztalatait közli *Pesci*. Naponként 20 centigrammot adva, a betegek mindig jól tűrték a szert, a mely különösen diuretikus hatása útján tehet jó szolgálatokat, így pl. mellhártyaizsadmány eseteiben, továbbá heveny vagy idült nephritis parenchymatosában, feltéve, hogy a vérnyomás nem fokozott erősen. Az arteriák izomzatára gyakorolt tonizáló hatása miatt vérkeringési zavarok ellen is hatásos lehet, így pl. fertőző betegségekben a vasomotorius hűdés megszüntetése útján. Ellenjavalt a baryumchlorür használata akkor, ha a vérnyomás erősen fokozott és ha a szív nagy fokban gyengült. (*Clinica medica italiana*, 1905. augusztus.)

Familiaris gastrosuccorrhoea esete kapcsán *Pickardt* védelmére kel az eredeti *Reichmann*-féle felfogásnak, mely szerint az igazi gastrosuccorrhoeánál 100—250 cm³ gyomornedv is képződik az üres gyomorban, míg sósavat tartalmazó 1—2 cm³ gyomornedvet más gyomorbajoknál, sőt ép üres gyomorból is lehet kapni. Nem osztja *Reichmann* az azt a felfogását, hogy a folytonos gastrosuccorrhoea mélyebb anatómiai laesion alapul, mely theoria megerősítésére szerző a következő okokat sorolja fel: 1. a betegség hosszú tartamú, 2. nyálkaelválasztással jár, 3. a resorptio benne kisebb, 4. motorius insufficiencia áll fenn. *Pickardt* szerint e 3 utolsó érv elesik, nem általános érvényű, mivel vannak olyan kifejezett esetek — mint a minő az ő familiaris gastrosuccorrhoea esete is, hol az anya és 2 fia szenvedett e bajban —, a melyekben e tünetek nem lelhetők fel. Hozzáteszi, hogy abban az esetben is, ha ezek jelen vannak, akkor complicatiók állanak fenn, mint a minő a gastritis, atonia, ektasia, ulcus. Bizonyosnak tartja, hogy vannak oly esetek is, melyek neurogen eredetűek, melyekben semmi organikus elváltozást nem sikerül kimutatni; ilyen az ő esete is. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1905. 44. a. szám.)

Idegkórtan

A **paralysis agitans** gyógyításáról *Oppenheim* a következőket írja. Minthogy a paralysis agitansban szenvedő betegekre a kedélyizgalmak nagyon kedvezőtlenül hatnak, általában czél szerű az ilyen betegeket egy bizonyos fokig elvonni a napi élet izgalmaitól. Mindazonáltal tekintetbe kell venni minden egyes esetet és azokat, a kiken megfigyeltük, hogy a rendes életmód folytatása nem árt nekik, ezen szabály alól kivonhatjuk.

A physikai gyógyeljárások közül az erélyes módszerekre ne gondoljunk. A hydrotherapiától csak szerény eredmény várható.

az is csak akkor, ha azt naponként egyszernél többször nem alkalmazzuk és szelid eljárásokat használunk, ilyen a langyos félfürdő és a részleges lemosás. Határozottan ártalmas a hideg vagy forró teljes fürdő, a tengeri fürdő, a douche és még inkább több eljárás halmozása.

A hűvös indifferens fürdőket *Erb* is csak hűvös, indifferens hangon ajánlja, *Oppenheim* sem látott azoktól eredményt. A levegőkúrák nem sokat érnek, az erdős középhegység megfelelő tartózkodó hely.

A massage nem ajánlatos, ellenben a passiv mozgatásnak jó befolyása van: a tremort csökkenti, bizonyos fokig útját állja a merevség fokozásának. Ezt az eljárást naponként többször, 5—10 perczig kell ismételni, e mellett figyelemmel kell lenni a beteg subjectiv érzésére. *Oppenheim* eddig ellene volt az activ tornáztatásnak, de újabban elővigyázatos tornától egyes esetekben jó hatást látott. A villamozásnak semmi eredménye sincs, csak a bipoláros, farádós, valamint a négyrekeszű villamos fürdőnek volt némely esetben eredménye. máskor ez is hatástalan, sőt néha egyenesen káros volt.

A suspensoról és idegnyújtásról senki sem beszél, a *Charcot* féle vibratiós székéről semmi jót sem lehet mondani. A gyógyszerök közül tonicumokon kívül a hyoscin és a duboisin a leghasznosabb. Friss tiszta készítményt kell ezekből használni. A scopolaminum hydrobromicum 0'0001 gm. adagának befecskendezésével kezdetjük eljárásunkat és lassanként emelkedve az adag nagyságával igyekszünk megtalálni azt az adagot, a mely már használ és még nem mérgez. Ez az adag rendszeren 0'0002—0'0003 gm. Ez a szer éveken át adható kár nélkül, belsőleg kevésbé hatásos. A hyoscin töbnyire jobb, mint a duboisin, de némelyik embernél fordítva áll a dolog. A duboisinból 0'0002—0'0004 gm-ot többször naponként kell adni. Ezen szerek úgy a reszketésre, mint az izommerevségre hatnak. A súlyos esetekben morphium nélkül nem lehet boldogulni. A nyálazás ellen egynehány csepp jodtinctura vörös borban toroköblítésre jó hatású volt.

A psychotherapia a phobiák ellen hasznos, melyekbe ezek a betegek gyakran esnek; az organo-therapia czéltalan. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905. 43. sz.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A tetanusnak a gerinczvelő érzéstelenítésével való gyógyítását ajánlja *Russell*. A strychninmérgezésnek a tetanushoz igen hasonló tüneteit állatkísérletekben a gerinczvelő cocainozásával igen jól meg bírta akadályozni. Felhossa az irodalomból *Murphy* egy esetét, kinek sikerült cocainnak és morphinnak a gerinczcsatornába való injectiojával egy 8 éves fiúcska súlyos tetanusát meggyógyítani. (*The Lancet*, 1905. 4282. sz.)

Pólya.

A patellatörések következetes feltárását és összevarrást ajánlja *Mansell Moullin*; 12 esetében kísérte ezt meg és egy kivételével mindig kiváló jó eredményt ért el. Az egyéb methodusok a törött patella összedrólozására, melyeket 28 esetben próbált meg, nem adtak kielégítő működésbeli eredményeket. (*The Lancet*, 1905. 4282. sz.)

Pólya.

Húgyszervi betegségek.

Sublimat-befecskendések után feltűnő lobos elváltozásokat látott *P. Asch* a húgyeső nyálkahártyáján és pedig főképp a Littre-mirigyek és Morgagni-tasakok körül, a melyekből utóbb helyenként nagy szükületek képződtek. Az urethritis posteriorinak kezdetben sokszor igen heves tünetei ellen — a mi sublimat-befecskendések után elég gyakori — szerző ágynyalmat, ólomvizes borogatásokat, langyos fürdőket ajánl, belsőleg salott és urotropint rendel; az első napokban csak igen sürgős esetben nyúlunk catheterhez és ha erre szükség van, akkor puha Nélatonnal ürítsük ki a hólyagot. A kezdődő szükületeket eleinte elastikus bougiekkal tágtítsuk és csak a kezelés utolsó napjaiban fémsondával. Húgyesőbefecskendésekre a sublimatoldatot ne használjuk sem mint gyógyszer, sem mint prophylacticumot; ezzel szemben szerző a hydrargyrum cxycyanatumra hívja fel a figyelmünket, a mely a gonococcusokat gyorsan és biztosan elpusztítja és még 1:2000—1:1000 oldatban sem izgat, lobot avagy szükületet pedig nem okoz. (*München. medic. Wochenschrift*, 1905. 25. sz.)

Drucker Viktor. dr.

A *synorchidia artificialis Mauclaire* szerint a következő esetekben javult: 1. A here ectopiájánál, a mikor az a here rögzítésére szolgál oly célból, hogy ez táplálkozásának javulása következtében rendes nagyságát ismét elérje. 2. Varicoelénél, hogy recidiva esetén ezzel a fájdalomakat enyhítsük. 3. A vas deferens műtéténél, hogy ezáltal az ondó lefolyását az egészséges hererészen át szabályozzuk. 4. Heveny bacillaris epididymectopia eseteiben alig lehet javulva, de ott, a hol régen lefolyt mellékherelob után keményedés maradt fenn, meg lehet kísérni, hogy ezáltal az ondófolyás utait javítsuk. 5. A midőn a blennorrhoea okozta keményedés a mellékhere farkában székelve az ondót ott visszatartja, akkor a vas deferens a mellékhere fejébe, vagy magába a herébe csatlakozva, ez által talán növelni lehet az ondóelvezető utak helyreállításának esélyeit. 6. A midőn a mellékherében recidiváló multiplex cysták vannak jelen. 7. Végül meg lehet azt még kísérni a férfi szövődmenyes terméketlenségének eseteiben is. (Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905. II. köt. 9. f.)
Drucker Viktor dr.

Masturbatio következtében hirtegen beállott és hosszantartó agyzavar érdekes esetét írja le *Ch. Féré*. Egy 12 éves, jól fejlett, erős fiúcska, a ki az idegesség semmi jelét ez ideig nem mutatta és nem terhelt szülőktől származott, egész napon kis pajtásával kinn a mezőn hancuzozva, este hazaszaladt, ott hon eszméletlenül összeesett és négy napon át majdnem egyfolytában aludt. Ez idő alatt álmából alig volt felkelhető, éber állapotában szüleit fel nem ismerte, kérdésekre selogy, avagy értelmetlenül felelt; később már széken ülve, mintegy mozdulatlanul, teljes apathiában töltötte el a napot. A hetedik napon túl apjával nagy sétákat tesz a nélkül, hogy elfáradna, az apathia azonban még tovább tart, nem örül semminek, nem emlékszik semmire, a tárgyak neveit elfeledte, a mellett szokatlanul engedelmes. Az érzékenység ugyan csak sommásan lett megvizsgálva, de minden érzékben némi csökkenést mutatott. Emlékező tehetsége még négy hó múltán is hiányos, az agyvizsgálat tehát még akkor sem szünt meg teljesen. Kis pajtása a vallatáskor előadta, hogy egész nap ölelkeztek és dörgölődtek, ő maga pedig hetek múltán beismerte azt, hogy két esztendő óta hetenként kétszer masturbált: ezek után mindig bágyadtan, közönyösnek érezte magát, a nélkül azonban, hogy bármiféle paroxysmus jelentkezett volna. Az akkor bekövetkezett súlyos állapotát az erős futásnak tulajdonítja. Szerző azon szakértőkkel szemben, a kik az onanizálást gyermekeknek azon alapon, hogy az ivarszervek dörzsölése a nemi functioval nincs összefüggésben és nem egyéb, mint közönséges, minden következmény nélküli csiklandozás, ártalmatlannak mondják, azt erősíti, hogy a fentebb leírt tünetek, a melyek nyilván az önfertőzés eredményei, már pathologikus jelenségek, s hogy ezen kábultság már közelebb áll a postepilepticus kimerüléshez, mint a közönséges fáradtsághoz. (Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1905. II. köt. 10. füzet.)
Drucker Viktor dr.

A húgycső hártás részében székelő kankós eredetű szűkület ritka esetét észlelték *Heresca* és *Daniellopolu*, a kik azon kivételes helyzetbe jutottak, hogy alkalmuk volt egy oly férfi hulláját boncolniok, a kinél még filiform bougieval sem átjárható szűkület állott fenn és a ki meghalt, mielőtt nála ez irányban bármiféle műtetre került volna a sor. Azon határozottan kidomborodott általános nézettel szemben, a mely valóságos axioma képen azt állítja, hogy a húgycső dűlmirigyes és hártás részében kankós eredetű szűkületek sohasem keletkeznek, szerzők ezen hulla bonczjegyzőkönyvével rámutatnak arra, hogy a húgycső feltárásakor olyan szűkületet találtak, a mely a bulbuson és a pars membranaceán át felterjedt a caput gallinaginis magasságáig. Makroszkopice úgy látszott a dolog, mintha a szűkület nagyobb része a hártás részben székelne, a szövettani vizsgálatok azonban azt mutatták, hogy a szűkület itt is a bulbusból indult ki. Szerzők tehát *Bary* és *Decloux* (I. Annal. d. mal. d. org. gén.-urin. 1903. 241. oldal) megfigyeléseire csatlakozva, azt hangsúlyozzák, hogy igen kivételesen kankós következtében szűkület lehet a hártás rész is, az infiltratio azonban még ez esetben is a húgycső elülső részéből terjed oda. (Annal. d. org. gén.-urin. 1905. II. köt. 10. füzet.)
Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Paedatrophia ellen pankreon. *Siegert* a német orvosok és természetvizsgálók 1903. évi összejövetelén számolt be azon kedvező tapasztalatairól, melyeket paedatrophia olyan eseteiben tett pankreonnal, a mely esetekben főleg a bélsár vizsgálata alapján az emésztőmirigyek hiányos működése volt felvehető. Ujabbán *Klautsch* közli hasonló kedvező eredményeit. A pankreonzukor elnevezéssel tabletták alakban forgalomban levő készítményt használta; minden egyes tabletták 0.05 gramm pankreont és 0.2 gramm cukrot tartalmaz. Ezekből a tablettákból 2—6 darabot tett naponként a esecsemők tejéhez; a tabletták finom porrá törve, közvetlenül a táplálás előtt teendők a megmelegített tejbe. (Fort-schritte der Medizin, 1905. 21. szám.)

Gonorrhoea kezelése novargannal. Heveny kankó ellen legjobb szernek a novargant tartja *Luicke*. Eleinte 0.2%-os oldattal végzendők a befeeszkendezések és csak lassan fokozandó az oldat töménysége 0.5%-ig. A 4. héttől kezdve ajánlatos a novargant másféle szerekkel felváltva használni. Az esetek körülbelül 30%-a nem alkalmas ezen kezelésre, mert csakhamar izgalmi tünetek állanak be. Azokban az esetekben azonban, a melyekben nem állanak be ezek az izgalmi tünetek, az eredmény kitünő, a gonococcusok 4—6 hét alatt véglegesen eltűnnek. Abortív kezelésre 15%-os novargan-oldat használható, melyből 1/2 cm³ csepegtetendő be naponként a húgycső mellső részébe. Idült esetekben nem ajánlható a novargan-kezelés. (Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, 1905. 7. szám.)

A helmitolt a gráci városi kórházban cystitis eseteiben nagyon jó eredménnyel használják, a mint arról *Spindler* számol be. Részint hólyagöblítés alakjában használták a szert (1%-os oldat), részint belsőleg adtak usque 8 darab 1/2 grammos tablettát naponként. Hurutos eredetű vagy operatív beavatkozás után keletkezett heveny cystitis 7 esete helmitol-kezelésre legfeljebb 4 nap alatt gyógyult. Idült gonorrhoeás cystitis 3 esetében az eredmény nem volt oly kirívó, de azért a vizelésinger csökkenése és a vizelet feltisztulása ezekben az esetekben is feltűnő volt. A betegek a szert általában jól tűrték. (Ärztliche Centralzeitung, 1905. 17. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

△ **Kinevezés.** A belügyminister a budapest-angyalföldi elmegyógyító-intézetben megüresedett főorvosi állásra *Nyéki Károly* dr. nagykallói elmegyógyító-intézet főorvost nevezte ki.

+ **Markusovszky-féle jubiláris előadások.** Mult hétfőn, december 18.-án fejezte be *Korányi Frigyes* tanár a szemklinika tantermében Markusovszky-előadásait. Olvasóink rövid kivonatok útján értesültek ezen előadások tárgyáról és gondolatmenetéről, de persze e kivonatok csak halvány fogalmat nyújthatnak ez előadások tartalmasságáról és érdekességéről. *Korányi* tanár e hat estén széles vonásokkal eseteltes azokat a mélyre ható haladásokat, a melyeken a belorvostan az utóbbi évtizedekben s különösen a legutóbbiban átment s rendkívül tanulságos és élvezetes áttekintését nyújtotta az immunitás tanának, a serotherapie alapelveinek, az organotherapie tanának, a kryoskopianak, a phototherapie tanának s a röntgenezés jelentőségének a diagnosis s a gyógyítás terén s egyéb haladásoknak. Előadásait vetített képekkel s készítmények bemutatásával tette tanulságosabbá. Az utolsó előadás végeztével a hallgatóság szünni nem akaró éljenzéssel és tapssal adott kifejezést tetszésének és hálájának s *Generich Antal* tanár, orvoskari dékán meleg szavakkal tolmácsolta az előadónak tanártársai köszönetét. „Az előadási sorozat, melyben részesültünk — így szökött — conceptiojában okos, tartalmában absolut becsű és kivitelében tökéletes és élvezetes volt: évtizedeken át folytatott szorgalmas kutatások és tanulmányok és gazdag tapasztalat érett gyümölcse. Reméljük, hogy termékeny talajra találtak... Ezen jubiláris előadásokat tanártestületünk Markusovszky emlékére alapította, mert a boldogult volt az, a ki az egyetem 100 éves jubileuma alkalmával megpendítette az Orvosi Hetilap-ban ezen előadások eszméjét és megkezdte az alap gyűjtését. Legyen áldott haló porában is! De a jelen esetben az előadások más tekintetben is jubiláris előadások, mert 40 éve, hogy *Korányi Frigyes* mint magántanár egyetemünkön megkezdte sikerteljes működését. Negyven éve, hogy mint legifjabb externista a Rókus-kórházban élvezettel és áhitattal hallgattam neuropathologiai előadásait s így mint hiteles tanú örömmel constatálom, hogy e hosszú idő alatt teljesen megtartotta szellemi erejét és munkabírását. Valamint baj nélkül ért meg már nem egy díszes jubileumot, melylyel őt hálás tanítványai, barátai és a közelmérés megtisztelték, úgy most is teljes frissességgel ment át ezen a szép jubileumon, a melyben ezúttal ő részesített bennünket. Sokáig éljen!”

< **A szüneti orvosi cursus** előadói december 18.-án értekezletre gyűltek össze a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében. Az értekezleten, melyen az előadókon kívül megjelentek többen fővárosi

orvosaink közül is, először Grósz Emil tanár, a cursus végrehajtó bizottságának elnöke mondott tartalmas megnyitó beszédet, melyben utalt különösen arra, hogy mily nagyszerű intézkedések szolgálgják külföldön, különösen Németországban, Angliában, Amerikában és Oroszországban az orvosok továbbképzésének célját, s hogy ehhez képest mily zsenge állapotban leledzik még e közhasznú intézmény minálunk. De másfelől megnyugvással mutatható az előadó reá arra az örvendetes mozzanatra, hogy a közoktatásügyi ministerium ez évben 1000 koronás állami subventiót juttatott a szünidei cursusnak, melyre a cursus ezentúl mindig számíthat, továbbá hogy a kereskedelmi ministerium ezáltal első ízben engedélyezett vasúti kedvezményt, végül, hogy egyes törvényhatóságok jelentékeny összeggel támogatták a cursusra a fővárosba utazó orvosait; mindez záloga egy jobb jövőnek. — Azután Temesváry Rezső titkár terjesztette elő részletes jelentését a lefolyt XI. szünidei cursusról: annak látogatottságáról, az előadásokról, a pozsonyi, budai és óbudai cursusokról és az intézmény anyagi állapotáról. Az értekezlet az elnöknek és főtábornak köszönetet szavazott önzetlen fáradozásaiért. Eröss Gyula egyetemi magántanár javaslatára az értekezlet megbizta az elnökséget, hogy tegye tanulmány s később javaslat tárgyává azt a tervet, hogy a szünidei cursusok intézménye szilárd organisatiót nyerjen, alapszabályokkal. Végre a tisztújítást ejtették meg, melynek során az eddigi tisztvívókat újra megválasztották.

† **Elhunyt.** *E. Korczynski*, a belorvoslás tanára Krakóban, 61 éves korában, *Pierre Roz*, chef de clinique a párisi egyetem elmeorvoslasi tanszékén, kinek az óriásokról szóló, Launois-val együtt írt nagy művét csak nemrég tűntette ki jutalomdíjjal a párisi akadémiára. — *Baraban dr.*, a kórboncolás tanára a nancy-i egyetemen, 55 éves korában. — *Frank Buller*, a szemorvoslás tanára a montreali egyetemen.

⊙ **Kisebb hírek külföldről.** *Hennig* tanár, a gyermekgyógyászatnak egyik legégittebb munkása Németországban, december 9-én ünnepelte Lipcsében 80. születésnapját. — *Nothnagel* utódjává a bécsi belgyógyászati tanszékre, miután *Krehl* strassburgi tanár a meghívást visszautasította, *Quinke* kieli klinikust hívták meg, a ki azonban szintén nem fogadta el a meghívást. — *E. Pflüger* tanár, a hírneves physiologus, e hó 14-én ülte orvosdoktorrá avatásának 50. évfordulóját. — *E. Neusser* dr. bécsi egyetemi tanárnak ő felsége a nemességet adományozta.

✓ **Congressusok.** A legközelebbi nemzetközi elektro-biológiai és radiológiai congressus Milanóban lesz 1906. szeptember 5-én; a legközelebbi nemzetközi hydrologiai és klimatológiai congressus Algirban, október 5-én.

— **A kuruzslás ellen egyesület** alakult Bécsben, melynek elnöke *Kassowitz* egyetemi tanár, alelnökei *Ausserer* tanár és *Charas* császári tanácsos.

— **A német anatómiai társaság** elhatározta, hogy *Kölliker* Albertnek Würzburgban szobrot emel.

— **Stockholmban** a berlini nemzetközi tuberculosis-muzeum mintájára muzeumot létesítettek, melynek igazgatója *Levin* tanár. A svéd nemzeti tuberculosis elleni szövetség 5000 koronát adott a muzeum kibővítésére.

△ **A legolvasottabb amerikai orvosi lapok** egyike, a *Medical News*, 60 éves fennállás után jövő év január 1-jén megszűnik, illetőleg beleolvad a *New-York Medical Journal*-be.

* **Uj kórház Párisban.** A francia fővárosban hatalmas új kórházat nyitottak meg november 30-án fertőző betegek részére. A kórház, mely barak-rendszerben van építve, csaknem egy kilométernyi területet foglal el hosszában; *Claude Bernard* után nevezték el.

— **Megjelent.** *Herczel Manó* dr. egyetemi tanár: A feregnyúlványlob kór- és gyógytana és e betegség sebészi kezelése körül szerzett tapasztalatok. Második, teljesen átdolgozott és bővített kiadás. Budapest, 1906. *Benkő Gyula* Grill-féle udvari könyvkereskedése.

○ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** ez évi november hóban összesen 656 esetben nyújtott első segélyt; ezenkívül 507 szállítást végzett, 56-szor mint mozgóorség működött és 32-szer vaklárma esetén vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 1251.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 49. hetében (1905. december 3-tól december 9-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Élveszületett 495 gyermek, elhalt 282 egyén, a születések tehát 246-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 10, meningitis tuberculosis 3, apoplexia cerebri 4, convulsiones 4, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 2, morbi org. cordis 18, morbi myocardii 5, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 0, pneumonia 19, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 51, emphysema pulm. 3, pleuritis 1, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 10, 2 éven felüli 1, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocell. intestini 1, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 1, nephritis 6, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 2, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 18, paedatrophia 1, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. 1, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 3, morbi tuberculosi 4,

diabetes mellitus 4, alii m. constitut. 0, typhus abdominalis 3, variola varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 4, scarlatina 3, pertussis 2, croup-diphth. 5, diphth. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 3, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 0, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 5, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** a) **Betegforgalom** a községi kórházakban. A mult hét végén volt 3667 beteg, szaporodás 920, csökkenés 837, maradt e hét végén 3691 beteg. b) **Heveny ragályos kórokban** előfordult betegedések voltak a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 192 (200), vörheny 32 (38), álh. gége- és ronsoló toroklob 37 (25), hökhurut 35 (15), gyermekágyi láz 1 (5), hasi hagymáz 14 (14), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 64 (52), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (1), trachoma 10 (11), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Albargin“ című prospectusa van mellékelve.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a **„Hivatalos Orvosok Naplója.“** Ára 2 korona 20 fillér. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi“ Ujság és könyvkiadó-vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-u. 16.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**“ Ujjonnan épült magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és helbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Városmajor-sanatorium és vizgyógyintézet (bejáró betegek részére is). Ujjonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Allandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospectus. Budapest, II., Városmajor-utca 64. **Vezetőorvos Dr. Surányi Miklós**

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék vérzésosillapító vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, lobellenes hatóanyaga. **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, gynaeologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtétknél mint vértelenítő 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 prospectus.

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

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

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások. mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felül kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.**



Tátrafüred

(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva december 1-jétől márczius végéig. **Vízgyógyintézet, massage, villamosítás, diéta-asztal, felséges enyhe téli klíma.** Téli sportok. Központi fűtés, villamos világitás, állandó gyógyszerár. **Indikált: Basedow-kór, idegbajok, vérszegénység stb.**

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmady Zoltán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. oszt. ülése 1905. december 18-án). 924. 1. — Markusovszky-féle jubiláris előadások. (7. előadás december 18-án). 924. 1. — Közházai orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1905. november 8-án). 925. 1.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1905. december hó 18-án.)

Elnök: Than Károly. Titkár: König Gyula.

1. **Tangl Ferencz** levelező tag bemutatja „Vizsgálatok az emberi gyomornedv hydrogeniontartalmáról” című értekezését. Elektrometriás úton n . koncentrációs elemekkel megállapította 13 egészséges gyomrú, 12 óráig éhező ember gyomrából sondával kivett nedv hydrogenion-tartalmát; többnyire 0.816–0.085 gm.-aequiv. pro liter között ingadozik, a legtöbb nedvben 0.02–0.03 gm.-aequiv. hydrogenion volt, a mi mintegy 0.1% szabad sósavnak felel meg. A titrálással talált aciditás nagyobb volt, akár congovörös, akár phenolphtalein szolgált indicatornak; különösen az utóbbi indicator adott túlmagas, hibás értékeket.

2. **Tangl Ferencz** levelező tag bemutatja **Szili Sándor** dr.-nak: „Vizsgálatok az állati szervezet savtűrő képességéről” című, a bemutatkozó intézetében készült dolgozatát. Szili megvizsgálta, hogy a hús- és növényevő állatok ereibe feeskendezett sav mennyire változtatja meg a vérsavó hydroxylionconcentrációját s hogy ez mennyire csökken a savval halálosan mérgezett állatokban; ezzel párhuzamosan a vérsavó titrálható alkali-tartalmát is meghatározta. Kísérleteit birkákon, nyulakon és kutyákon végezte, úgy hogy a vénába (legtöbbször a vena jugularisba) kötött canuleon át pontosan lemért mennyiségű és testhőmérsékletre melegített 0.85%-os konyhasós vízben oldott $\frac{1}{8}$, vagy pedig $\frac{1}{10}$ n. sósavat eresztett be meghatározott idő alatt. Az összehasonlító vizsgálatokat a különböző állatok savtűrő képességére úgy eszközölte, hogy az állat vénájába 1 kgm. testsúlyra 1 perc alatt $2 \text{ cm}^3 \frac{1}{8}$ n. sósavat addig feeskendezett be, míg azok el nem pusztultak.

Vizsgálatainak eredménye a következők:

1. A különböző állatfajok direct a vena útján jelentékeny mennyiségű savat tűrnek el, a mi megegyezik **Oré**, **Guttman**, **Kobert** tapasztalataival.

2. A vénába feeskendezett sav a vérsavó titrálható alkali- és hydroxyliontartalmát lényegesen csökkenti.

3. A hydroxylionconcentráció halálos mennyiségű savval mérgezett nyulakban $0.13-0.40 \times 10^{-7}$ között ingadozik. Az állat akkor pusztul el, ha a hydroxylionconcentráció 0.1×10^{-7} -re vagy ez alá süllyedt. A titrálható alkali ezekben a nyulakban $0.0065-0.011$ gm.-aequiv.-nek (pro liter) felel meg. A hydroxylionconcentráció közvetlen halál előtt $92.6-98.7\%$ -kal, a titrálható alkali pedig kb. $72.5-84.4\%$ -kal csökken.

4. A hydroxylionconcentráció halálos mennyiségű savval mérgezett kutyákban közvetlen a halál előtt $0.10-0.03 \times 10^{-7}$ -re, a titrálható alkali pedig $0.009-0.007$ gm.-aequiv.-re (pro liter) száll le.

5. Mindkét állatfajnál tehát a véralkalinitásban észlelt változás körülbelül ugyanakkora; azonban a hydroxylionconcentráció erősebben csökken, mint a titrálható alkalitartalom. ($\frac{1}{8}$ n. HCl-ből percenként 1 kgm. testsúlyra 2 cm^3 .)

6. Nyulak a savbefeskendezést az erekbe egyfolytában 46–63 percig, ezzel szemben a kutyák csak 26–42 percig tűrik.

A kutyák tehát rosszabbul tűrik a savat, mint a nyulak. Míg tehát régebbi vizsgálatok szerint a húsevő állatok a gyomorba feeskendezett savat jobban tűrik, mint a növényevők, az utóbbiak az erekbe feeskendezett savat, tehát a közvetlenebb savmérgezést tűrik jobban.

Markusovszky-féle jubiláris előadások.

Tartja **Korányi Frigyes** tanár.

(7. előadás 1905. december 18-án.)

Azok között a módszerek között, melyek a vér pathológiájának felderítésére felhasználták, fontos helyet foglal el az osmosis-nyomásnak mérése. A vizsgálatok azt mutatták, hogy az egészséges ember vérenek osmosis-nyomása — fagyponthoz kifejezve — minden embernél egyenlő és állandó: -0.56 . E stabilitást megmagyarázzák azok a szabályozó készülékek, melyek a szervezet rendelkezésére állanak. Az osmosis-nyomás arányos a molekulák számával, az oldatok térfogatával és hőmérsékével, s így az anyagcsere sokirányú ingadozása mellett a vér fagypontjának állandósága csak úgy jöhet létre, ha vagy a tömecek számának emelkedésével az oldó víznek mennyisége arányosan emelkedik, vagy pedig a tömecek számbeli szaporodásukkal arányosan a szervezetből kiküszöbölhetnek. Ellenkezőleg áll ez fokozott vízfelvélnél, a mikor tehát a fagyponthoz felvett víznek fokozott kiűritéséhez van kötvé. A szabályozó készülékek legfontosabbika a vese. Nagy vízfelvétel után a vizelet mennyisége megnagyobbodik, miközben a fagyponthoz súlyedése csökken; a vizeletnek fagypontja tehát a vér tömecei és oldó anyaga közötti ingadozások szerint változik. Ha a vesék megbetegednek, akkor az osmotikus egyensúly megzavartatik. A kryoskopikus vizsgálatok nagy befolyást gyakoroltak a vese-pathologia fejlődésére, valamint a gyógyeljárásokra és azok indicatioira.

Az acut vesegyulladásnál a molekulák kiválasztása megzavartatván, azok a vérben visszamaradnak, ugyanekkor azonban az osmosis-nyomás állandóságának megtartására víz tartatik vissza, a mi azután az oedémakat idézi elő. Ezen az alapon áll **Korányi Sándor**nak theoriája a vesebajosok hydropsáról, a melynek fontos gyakorlati jelentősége abban áll, hogy az oldott molekulák szaporítása a vízkört növelni fogja és viszont. Csakugyan kimutatták, hogy a konyhasóbevitel fokozásával a hydrops növekszik és fordítva. Ez a nephritis diaeta egyik fontos alaptételét involválja: t. i. oly táplálékot kell a betegnek adnunk, a mely a szervezet oldott molekulatartalmát minél kisebb mértékben fokozza. E célból szükséges a konyhasó- és fehérjebevitel megszorítása. E diaeta fontosságát mutatja az, hogy mint **Korányi Sándor** kimutatta, míg ép egyénnél a vizelet molekulatartalma a bevitt oldott molekulák és víz mennyiségéhez képest változik, addig beteg vesénél közel állandó. Az ily beteg vese bő vízfelvétel után sem választ ki hig vizeletet. E tünetény fontos az egyoldalú, többnyire sebészi vesemegbetegedéseknél. **Kövesi** és **Illyés** mutatták ki, hogy bőséges ivás után az ureter-katheterrel külön-külön felfogott vizeletek közül az ép oldali kis osmosis-nyomású lesz, a beteg oldalnak fagyponthoz majdnem változatlan marad. A beteg vese tehát a vizeletet hígítani nem képes, a mi kétoldali megbetegedésnél ismét a hydrops növekedését fogja létrehozni; s ez állapítja meg a vesebajok therapiájának azt a tételét, mely a vízfelvétel megszorításában áll.

A vér osmosis-nyomásának megváltoztatására ható tényező a szénsav, a melynek felhalmozódása a vér osmosis-nyomását nagy fokban emelni képes, a mint az incompenzált szívbajokban nagyfokú cyanosis mellett észlelhető. Ugyancsak a szénsav az, a mely a vér viscositásának növeléséhez járul, a miáltal az insufficiens szív munkáját még inkább növeli.

Áttér ezután a radiotherapiára.

Röntgen 1895-ben legelőször mutatta ki, hogy a **Crookes-féle** cső üvegfalának azon részei, melyek a kathodsugarakkal bevilágítás által zöld fluoreszkálásba jutnak, maguk is láthatatlan sugarakat lövelnek ki, a melyek szintén fluorescentiát idéznek fel, photochemiai hatással bírnak és azzal a feltűnő tulajdonsággal, hogy oly tömött testeken, melyek a közönséges fénysugarakat nem bocsátják át, keresztül hatolnak, a nélkül, hogy fényerőjük nagyobb mérvben gyengülne. E sugarakat **Röntgen X-sugarak**nak nevezte el. E sugaraknak kétféle hatásuk van: 1. A kalium- és bariumpatincyanür fluorescentiába hozzák. 2. A photographikus lemezekre úgy hatnak, mint a látható fény. E sugarak az emberi szem retináját is fluorescentiába hozzák és fényérzést gerjesztenek. A Röntgen-sugarak származására felveszik azt, hogy azok a Röntgen-cső gáztartalmában létrejövő molekula-dissociáció által jönnek létre s az így keletkező ionok közül a kathodnak megfelelő szabad negatív ionok az antikathod felé áramlanak. Itt az ionok beleütkezése folytán aetherlengések képződnek, a melyek pillanatnyi kitörésszerű lökések. Más felvétel szerint a negatív ionok az antikathodot elérvén, villamos töltésüktől megfosztatnak és reflectálatnak. Mint villamentes részecskék azután a Röntgen-cső falán átjutva, a testeken áthaladnak és pedig annál intenzívebben, minél kisebb az illető test tömörsége. Az X-sugarak az anyagokban, melyeken áthaladnak, szabálytalan elszóródási eltérítést szenvednek; ezen szétszóró sugarak a secundaer sugarak. Ezek a sugarak is okoznak fluorescentiát és a photographikus lemezekre is gyakorolnak vegyi hatást, de zavartan szétszórva s azért zavarják az egyenes irányú primaer sugarak használatát. E sugarak zavaró hatásának csökkentésére szolgálnak a fényernyők (**Blende**). Az egyenesen haladó sugarak intenzitása az absorptio fokának felel meg; miután a sűrűbb közeg többet absorbeál, a Röntgen-kép mindent feltüntet, a mi az emberi testben szomszédságától sűrűségében eltér. A sugarak penetráló képessége függ a molekuláris dissociációt létrehozó villamos energiától és a negatív ionok elszülési erejétől. Az erősen penetráló sugarakat szolgáltató csöveket kemény, a gyengén penetrálókat szolgáltató csöveket lágy csöveknek nevezik. A csekély penetráló képességű sugarak a legerősebb kémiai reakciót okozzák és fordítva. Az erősen penetráló sugarak a legtöbb secundaer sugarat keltik, s ezért Röntgen-nezésnél lehetőleg gyengén penetráló sugarakat használunk, s a hol erős penetrációra van szükségünk, ott ernyőt. A Röntgen-felvételek hűségét, főleg a mi az egyes szervek méreteinek meghatározását illeti, nagyban vitte előre az orthodiagraph, melynek elve az, hogy a centrális projectio az egymásra következő időszakokban paralelprojectioiba oldatik fel. Ezáltal a szervnek valódi nagyságát illusztráló árnyékot nyerünk, a minek nagy diagnostikus értéke van.

A radiotherapia alatt a fénysugarakkal való gyógyítást értjük. Ez magában foglalja 1. a spectrum egyes sugaraival vagy azok csoportjával, 2. a Röntgen (X)-sugarakkal, 3. a radium-sugarakkal, 4. a kathodsugarakkal való gyógyítást.

A újkori fénytherapiának megalapítója **Finsen** s az ő nagyarányú tudományos vizsgálatai óta széles körben alkalmaztatik. **Finsen** a napfényt használta, mások a villamos ivlámpákat; újabban a hősugarak kizártnak s csak a vegyi sugarak jönnek alkalmazásba. **Finsen** a lupus kezelésénél 51%-os gyógyulást és 20%-os nagyfokú javulást látott 800

kezelt eset közül. A Röntgen-therapiának egyik igen nagysikerű terét képezi a leukaemiának gyógyítása. A lépnek és csontoknak besugárzása által a leukocyták kevesbednek és pedig főleg a pathologikus leukocytá alakok tűnnek el, a lép kisebbedik, a tünetek enyhülnek, a közérzés javul. A javulás azonban csak időlegesnek látszik. Állatkísérletek mutatják, hogy a besugárzás folytán a lépnek, bélsatorának s más szerveknek nyiroktüszői elpusztulnak. A kezelésnek óvatosan kell történnie, mert könnyen jönnek létre káros mellékhatások, főleg a bőrön.

Ezzel befejezte feladatát. Az orvostudomány igen szerencsés alakuláson ment át. A morphologia még *Virchow* aerájában betetőzést nyert s ezen alapon fejlődtek azok a buvárlatok, melyek nemcsak gyarapodást, hanem új álláspontot jelentenek az orvostudomány fejlődésében. Az utolsó tíz év alatt, mely létrehozta mindazt, a mit a Markusovszky-előadásokban felhozott, nagy lépéssel haladt az orvostudomány azon feladata útján, hogy az emberiségnek felvilágosítója és a betegségek leküzdése által jótévője legyen.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1905. november 8.-án.)

Elnök: Axmann Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Folytatás.)

Hólyagkövekkel párosult, a húgycső prostatikus részének diverticulumban üllő kő ritkább esete.

Balás Dezső: K. H. 53 éves, földműves, f. év május 11.-én vétett fel Janny tanár sebészeti osztályára. Beteg előadja, hogy baja körülbelül 7 év óta áll fenn. A vizelet végén hólyagjában erős hasogató fájdalmak vannak, néha, különösen kocsiázás után véreset is vizelet, s körülbelül 1 év óta állandó vizeletürgése van. Az igen elhízott betegnek kőkutatóval történt vizsgálatakor a sonda a húgycső prostatikus részén kőbe ütközik, melynek nagysága azonban meg nem határozható, s mely felett kis kitéréssel a sonda könnyen csúszik a hólyagba, melyben ismét egy tiszta kocsiázást adó közepes keménységű kő tapintható. Minthogy a hólyag kapacitása nagy feszülés mellett is csak 50 cm³, s a kőre csaknem rászorul, ennek nagysága meg nem határozható. A vizelet alkalikus, zavaros, de nem nagyon bűzös. Tekintettel a hólyag kapacitására, Janny tanár úr megbizásából május 27.-én epicystotomiát végeztem, mikor is előbb egy tyúktójs nagyságú, eléggé sima felületű, szabaddon mozgó, majd a hólyag fenekének diverticulumban fekvő és nagy részében incrustált, gesztenye nagyságú, erősen dudorzos felületű követ távolítottam el. A húgycső prostatikus részében fekvő és egy csúcszerű kővel a hólyagnyakon át a hólyag ürébe tekintő követ a hólyag nyakának tágitása után előbb a húgycsőbe vezetett sondával igyekeztem a hólyagba tolni, de miután ez a kő forgása miatt nem sikerült, a hólyag felől bevezetett fogó pedig a kő csúcsáról lecsúszott, a követ urethrotomia externa után kőkanállal könnyen távolítottam el. A kő diónyi, körtealakú, kissé egyenetlen felületű és kemény uratkő. A hólyag elvárrása és állandó katheter behelyezése után a gyógyulás zavartalanul folyt le, s a beteg június 24.-én gyógyultán távozott.

Cystosarcoma ovarii esete.

Balás Dezső: K. J.-né, 39 éves, napszámos neje, 14 hó óta veszi észre, hogy hasfiri daganata ismeretlen okból, s utóbbi időben rohamosan növekszik, úgy hogy légvételeinek nehézsége miatt aludni is csak ülve képes. A lesóványodott s elgyengült beteg egész hasfírét a bordaívket is széttoló, egyenetlen összeállású, tompulatot adó, hullámzást nem mutató és nyomásra nem fájdalmas daganat tölti ki. Csupán két-ujnyi sáv alakjában nyerhető kétoldalt dobos kopogtatási hang.

A műtétet szeptember 11.-én végeztem chloroform-narcosisban, a proc. xiph.-tól a symphysisig terjedő metszést ejtve a középvonalban. A hasfiri megnyitásakor körülbelül 5 liter zavaros, barnásvöröses, de szagtalan savó ürül ki. A daganat a mellő hasfalnak csaknem egész felületéhez laposan, szalagosan oda volt növe és csak nehezen és erős parenchymás vérzés árán választható le. A daganat elfoglalta a diaphragma-kúpot és a Douglasba is leterjedt, s kiemelése a nagy seb daczára is csak erős szétfeszítésével a hasfalnak sikerült. Az egész omentumot resekáltam az erős összenövések miatt, s négy bélkaeson seromuscularis és serosus-varratot applikáltam. A daganatot egészben távolítottam el; friss állapotban 16½ kgm.-ot nyomott a kifolyt 5 liter folyadékon kívül. A seb per primam gyógyult, s a beteg megerősödve október 14.-én gyógyultán távozott.

Rosenberger Alajos: Fényképen bemutat egy óriási cystomacsetet. Vidékről került az új szt. János-kórház belgyógyászati osztályára egy öreg nő, kinél vitális indicatio alapján csináltak haspunctiót és belőle 75-2 liter savót bocsátottak ki. Ezután megoperálták és ekkor kiderült, hogy jobboldalt gyermekfejnyi, baloldalt emberfejnyi cystája van, és ezen kívül egy még össze nem esett rekesz 4-5 liter tartalommal. A daganatok kiirtása után a beteg ötödnappra sepsisben meghalt.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A vörheny bakteriológiájáról tartott előadást *F. Meyer* a berlini „Verein für innere Medizin“ november 20.-i ülésén. A berlini egyetem I. belklinikáján 6 vörheny-esetet vetett pontos bakteriologiai vizsgálat

alá. Három súlyos, néhány nap előtt halálosan végződött esetben a gyűjtőerek véreben nagyon erős fertőző képességű streptococcusokat talált. A másik három eset abnormisan könnyű lefolyású volt és ezeknek vérebelől is sikerült streptococcusokat kitenyészteni, a melyek azonban nagyon gyenge fertőző képességűk voltak, úgy hogy még nagyobb mennyiségük sem ölte az egereket. Azon állítása tehát némely szerzőnek, hogy streptococcusok jelenléte esetén a vérben a prognosis rossz, nem állhat meg. Előadó végül még kiemeli, hogy esetei felnőttekre vonatkoztak.

PÁLYÁZATOK.

1604/1905 ig. szám.

A pécsvarosi közkórháznál újonnan rendszeresített bonczoló főorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi 14. t.-cz. 63. §.-ában előírt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal felszerelt és mélt. dr. báró Fejérváry Imre úrhoz, Baranya vármegye és Pécs szab. kir. város főispánjához címzett kérvényeiket hozzám folyó évi december hó 31.-ig küldjék be.

A kinevezendő bonczoló főorvos évi javadalmazása 2800 kor. fizetés és 700 kor. lakkbér.

Pécs, 1905. évi december hó 16.-án.

Erreth Lajos dr., kir. tanácsos. kórházigazgató.

6003/1905. szám.

Torontálvármegye antalfalvai járásába kebeleztet Csonta községi orvosi állás üresedésben lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát mindazokat kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket 1906. évi január hó 18.-ig hozzám benyujtsák.

Az orvos javadalmazása:

1. a) Évi fizetés 1600 korona.

b) 40 fillér helyi látogatási díj.

2. A szabályrendeletben megállapított halottkemi és hússzemle díjak.

Figyelmeztetnek pályázók, hogy a megválasztandó orvos a községi nyugdíj-intézetbe belépni tartozik.

Antalfalva, 1905. december hó 12.-én.

A főszolgabíró.

335/1905. kórh. szám.

A 60 ágyra berendezett mosonvármegyei „Karolina” kórházban Magyaróvár-ot elhalalozás folytán üresedésbe jött alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi 1200 kor. fizetéssel, teljes ellátással, élelmezéssel és a kórházban levő két butorozott szobából álló lakás, fűtés és világítással van javadalmazva.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy orvostudori képesítésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal kellőleg felszerelt 1 kor. bélyeggel ellátott kérvényüket legkésőbb f. évi december hó 31.-éig hozzám adják be.

Az állás azonnal be lesz töltve.

Magyaróvár, 1905. évi december hó 5.-én.

Koch Béla dr. s. k.,

kórház-igazgató, vm. tisztí főorvos.

2-2

Beregvármegye közkórházánál rendszeresített alorvosi állásra pályázatot hirdetek:

Javadalmazás 1200 kor. készpénzfizetés, az orvos személyére első osztályú élelmezés, avagy e helyett a költségvetésben megállapított összeg.

Az 1906-ik évre lakás és fűtés váltásdíjában 1000 kor., legkésőbb 1907. év május 1.-től a kórház telkén külön épületben elhelyezett négy szobából és tágas mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, fűtés és világítás.

A kinevezés egy évre ideiglenesen történik, melynek elteltével az állás véglegesíthető. A véglegesített kórházi tisztviselők kötelezőleg tagjai a vármegyei tisztviselők nyugdíjintézetének.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket hozzám 1905. év december hó 31.-ig nyujtsák be. Beregszász, 1905. december 12.-én.

2-2

Gulácsy István alispán.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



künnö sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Tisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: **Általános idegbetegségeknek, 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, 60 gm. k Na amon. brom. és 0-005 arsen.) mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az anyagra gyakorol ideges felhívul minden eddigi forgalomban lévő 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, Thalmyer és Seltz, Budapest.

UNG. LACUSTRIS INDA INDA-KENŐCS.

1 doboz ára 2 K.

A székelyföldön előforduló „spongilla lacustris fluviatilis“ é eszvi szivacsból előállított rendkívül hatásos gyógykészítmény. A **csúszos és köszvényes bántalmak** csaltatlan, biztos hatású gyógyító szere. Minden más szerelés dacára makacsul fennálló csúszos köszvényes bántalmakban szenvedőknek gyors enyhülést szerez.

Érsekújvár, 1905. november 23.

A kísérleti célra küldött Indakenőcset próbakép egy ischiában szenvedő betegemnél alkalmaztam. A hatás valóban meglepett és nem nyilatkozhatom őszintebben, mint midőn azt mondom, hogy a szert úgy rheumatismusnál, mint bármely idegszabánál kártársalmak és ily bajban szenvedőknek a legőszintébb melegséggel hozhatom ajánlatba.

Kubin Agost dr., v. kórházi orvos.

Az Ön Indakenőcse 82 éves atyámk chronicus izületi eszűfájdalmát teljesen megszüntette. Fogadjon ezért hálás köszönetünket.

1905. november 27. Flóris Áron dr., egyet. orvostudor, fővárosi tr. Flóris Endre dr., pécsi ügyvéd.

Próbát kívánatra szívesen küld az előállító:

Balázsovieh Sándor „Korona“ gyógyszertára
Sepsiszentgyörgyön.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependencie-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok díjmentesen.

Kriegner féle TOKAJI CHINA-VASBOR

Vérszegénység, étvágytalanság, sápkór, idegesség gyógyítására és gyenge gyermekek erősítésére a leghatásosabb készítmény.

Legmagasabb vas- és chinintartalma és a tokaji bor elsőrendű minősége folytán számos orvostanár rendeli.

Reell alapon készült megbízható kellemes ízű magyar vas-specialitás. Óvakodjék a silány, bár hangzatosabb reklámmal hirdetett utáztatoktól.

Kapható 3.60 és 6 koronás üvegekben a készítőnél: „MAGYAR KORONA“ gyógyszertár, Budapest, VIII., Kálvin-tér.

Név védve. Extractum Név védve. China „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztárnál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoea eltűnt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümökórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkézelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok övezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg és jodkáli-dyspepsia.
9. Tuberkulózisnál.

Eredeti üvegek
à 2 kor.

csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

„Bayer“ CONTRATUSSIN „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**
Budapest, VI., Andrásy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható.
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

HAZSLINSZKY - féle különlegességek!

Készítő: „Szt. László-gyógytár“ (Hazslinszky utócai)

Budapest, Rökk-Szilárd-utca 28. sz.

Kapható mindenütt.

„Pastilli ferri phosphor. Hazslinszky.“ Darabonként 1/2 milligramm Phosphor és 7/2 egm. Ferr. lactic. tartalommal. **Gyöngye, angolkóros gyermekeknek, csont és fogzás erősítésére.** Tejben oldva gyermekek szedhetik. Dobozonként 1.80 kor.

„Pastilli cocaini Hazslinszky.“ Szemenként 1/2 egm. cocaintartalommal. **Göresös köhögés, gégehurut csillapítására.** Egy doboz 1.50 kor.

„Syrup ferri alb. Hazslinszky.“ 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Syrup ferri alb. phosphor. Hazslinszky.“ 100 gm.-ban 1 egm. phosphor és 3 gm. Ferr. albumin. van.

„Syrup ferri alb. arsen. mite Hazslinszky.“

„Syrup ferri alb. arsen. forte Hazslinszky.“ 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

Ezen syrupokkal mindazon betegségeknek, hol vas és fémnye (phosphor vagy arsenel) adagolása javulva van **(vérszegénység, idegesség, gyengeség, álmatlanság stb.)** a legtekélyesebb és fényes eredmények érhetők el. Üvegenként ára 2 korona.

„Elixir ferri alb. c. china Hazslinszky.“ 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Elixir ferri alb. arsen. mite Hazslinszky.“

„Elixir ferri alb. arsen. forte Hazslinszky.“ 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

A fenti syrupokkal **(vérszegénység, idegesség, gyengeség, álmatlanság stb.)** de cognac-tartalmuknál fogva inkább felnőtteknek valók, míg a egyenlő hatásúak fenti syrupokat gyermekek igen kedvelik. Üvegenként ára 2 kor.

„Jod-phosphoros esukamájolaj sec. Hazslinszky.“ 100 gm. 5 egm. jodot és 1 egm. phosphort tartalmaz. Szagtalan és íztelen! Kiváló hatású: **rhachitikus, scrophulotikus és táplálkozásban visszamaradt gyermekeknek.** Üvege 2 kor.

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

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Megnyitás 1906. január havában.

SANATORIUM REKAWINKL

Wien városa mellett a nyugati vasút mentén.

Ideg- és kedélybeteg részére a Wienerwald legszebb részén, 6 pavillon saját kertekkel és kb. 160,000 m saját liget és rétekek.

Teljes elkülönítés a megbetegedés minémúsége szerint.

Individuális kezelés. — Hydro-elektrotherapia. — Foglalkozási és fekvőkúrák. — Egész éven át nyitva.

Vezetők: **Prof. FRITSCH** és **Dr. WEISS.**



Dr. Mahler Gyula Sanatoriuma Abbazia

klinikailag
vezetett
gyógyintézet

Szívbeteg, nőbeteg és üdülők részére.

Schott-féle (nauheimi és) marbachi gyógymód.

Szénsavas tengervízfürdők, váltakozó áramú (sinuidalis) fürdők.

Medico-mechanikai intézet (módosított Zander-rendszer.)

Diaetikus kúrák, hizlaló gyógymód stb.

Közvetlen a tengerparton.

Mérsékelt árak.

Prospektust bérmentve.

Igazgató orvos:

Dr. Mahler Gyula

(nyáron Buziásfürdő).

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménnyel használják a

Syrupus Colae comp. „Hell“.

Új Kola-készítmény functionális idegbajok kezelésére. Kiváló hatása következtében ezen neurasthenia és kimerülés ellen kipróbált Kola-készítmény gyorsan megbonosodott és 100,000-nel több betegnél legjobban bevált.

A 80 nyomtatott összefoglaló értesítés tartalmazza a „Syrupus Colae comp. Hell“-ről megjelent fontosabb értékeztetéseket és 200 orvosi véleményt. Ezen értesítés valamint Dr. Berze József az alsó-ausztriai áll. elmeegógyintézet főorvosának legújabb dolgozata kívánatra bérmentve küldetnek.

Diabetesek betegek számára a szörp helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhidráttól menten készíttetnek.

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkotórészeit tartalmazza.

Az eladás a gyógyszerárakban orvosi receptre történik. Árak: nagy üveg 4 kor., kis üveg 2 kor. 40 fillér. A pilulából egy üveg 50 drbbal 2 kor. 50 fillér.

Irodalom és minták kívánatra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

G. Hell & Comp. in Troppan und Wien.

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitinó hatású emésztőpor

gyomor- és bélbajoknál.

Az emésztést elősegíti, a székletét szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2—1 kávéskanállal, mindenkor étkezés után. Orvosi kitinóségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti:

GLÜCK REZSŐ GYÓGYSZERÉSZ, — GYÓGYSZERTÁR — „A FEHÉR GALAMBHOZ“

Budapest, VI., Hungária-körút 93.

Telefon 932.

Kapható minden gyógyszerárban.

Telefon 932.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, a mely 100 súlyrészben 70% Kal. Sulf. Guajacol, 0.50% Extr. Thymi és ugyanannyi Extr. Tiliae-t tartalmaz syrupban oldva.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész,

Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

Kérjük a t. orvos urakat, hogy

Epekő-baj ellen

a már számos esetben jól bevált

Probilin-pillulákat

(Dr. W. Bauermeister szerint)

rendelni sziveskedjenek.

GOEDECKE & Co., orvossággyártási szerek gyára LEIPZIG.

Csak akkor valódi, ha a plombán a **Goedecke & Co. cég** található.



Műtő- és vizsgáló-asztal Sims tanár szerint.

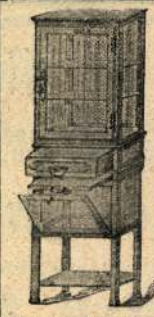
Keleti J.

BUDAPEST

◀ Orvosi ▶
műszergyáros

Főraktár: IV., Koronaherczeg-utca 17. — Gyár: IV., Központi városháza.

A cég különlegességei: Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek, cs. és kir. szab. sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülékek, műszerszekrények, műtő- és vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigator-állványok, gőz-sterilizátorok köt- és műszerek részére, stb. gyártása.



Műszer-szekrény Keleti szerint.

Kezdő orvos uraknak **teljes műszer-berendezéseket** szállít részletfizetés ellenében. Eszközök javításai, nikkelezései, működőképesi jutányos áron elvállaltatnak. — Legújabb árjegyzék ingyen és bérmentve. Pártoljuk a magyar ipart! Ár és minőség fölülmúl minden külföldi gyártmányt.

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

sine et c. arseno

készítményt a **szegényvérűség, sápadtság, étvágytalanság és általános gyengeség** esetében. A készítmény **szerencsés összeállítás**a, kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztosítja sikeres alkalmazását. Ára 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban.

„Jó Pásztor“ gyógyszerár, BUDAPEST, IX. ker.

A gyakorló orvos naplója

legészirűbb kézikönyv az orvos látogatásainak, levételeinek, szóval egész praxisának nyilvántartására. Az orvosi anyagi veszteségektől megóvjaa és statisztikai kézikönyvül szolgál. Ára mutatóval, erős kötésben 4 korona 80 fillér. Kapható: Posner Károly Lajos és Fia cégénél. Detailizlet: V., József-tér 14. sz. Gyár és iroda: VI., Csengery-utca 31.

Jéli kúra tüdőbetegek részére Sanatorium Wienerwald.

Posta: Ortman (Nied.-Oest.), vasúti állomás Pernitz, Bécestől
2 1/2 órányi távolságban.

Egész éven át nyitva. — Prospektus kívánatra.

Dr. Arthur Baer. Dr. Hugo Kraus.

Málnási Mária- forrás

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

Budapesti főraktár: Édeskuty L.

Budapesti vezér-
képviselőség: Nadas Márton VI., Csengeri-u.
66. Telefon 238.Természetes alkalicus
sós savanyúvíz

Kapható mindenütt.

Kútkezelőség: Brassó.

Leukrol.

Új, korszakalkotó, meglepő gyorsan és feltétlenül biztosan ható gyógyszer **vérszegénység, sápkör és annak összes következményes, anaemiás állapotai ellen.** Gyors és biztos hatásával az összes eddig ismert és alkalmazott szereket felülmulja, bármily nevélek és összetételűek is azok. Egyetlen belső specificum fluor albus non gonorrhoeicus ellen, bámulatos és kétségtelen hatással. Adagja: 5—6 db. tableta pro die; 4-szer naponta 1 nagy teáskanálnyi a fluidextractumból.

Haemorrhoidisid.

Új, gyors és feltétlenül biztos hatású belső szer **aranyér-csomók ellen,** melyeknek terhes tüneteit 2—3 hét alatt teljesen megszünteti. Adagja: 3 db. tableta pro die; 3-szor naponta 1 nagy teáskanálnyi a fluidextractumból.

Irodalom az orvos uraknak rendelkezésre áll.

Főraktár: G. & R. Fritz, Wien, I., Bräunerstrasse 5. Gyógyszerárnyakkereskedés.

CHEMISCHE FABRIK ERFURT, G. m. b. H., ERFURT-ILVERS-GEHOFEN.

Thiovinal.

Orvosilag ajánlva, a légzőszervek minden megbetegedéseinek, Bronchitis, Phthisis pulm. stb.

Extr. fluid. Orthos.

Sok éven át kipróbált, kiváló szer **vesekövek, epekövek, hólyagkövek, hólyaghurut, vizeletretentio stb. eseteiben,** kitűnő hatásával a legkedveltebb forrásvizeket messze felülmulja. Adagja: 4-szer naponta 1 nagy teáskanálnyi egy csésze felmelegített vízben.

Nirvenol.

Feltűnő gyors hatású **csúznál, köszvénynél, valamint zúzódások, distorsiók, izomrándulások stb. után fellépő fájdalmak gyors elhárításában.** Alkalmazása folyékony bedörzsolés alakjában történik.

— Eladás csak gyógyszerárak részére. —

„NEU-SIDONAL“

új hathatós szer

mindennemű hűgysavas bántalom **sikeres lektüzdésére;** mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze **in statu nascendi** különös intenzitással hat.

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

Kapható minden gyógyszerárban.

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

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

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes 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 Babarzi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Székely Ágoston: A fertőző bajokban keletkező vérkeringés-zavarok orvoslásáról. 927. lap.
Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 929. lap.
Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyet. bőr- és bujakkórtani klinikájáról. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. egyet. tanár.) A nyelvrák gyógykezeléséről Röntgen-sugarakkal három eset kapcsán. 931. lap.
Tárca. Juba Adolf: Az iskolaegészségügy viszonya az orvostudományhoz. 933. lap.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Tavel: Chirurgische Infection und deren Prophylaxe.* (Steiner Pál) 936. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Baumgarten és Kappis: Felhágó húgyivarszervi gümőkór.* (Pícker) — *Boas: gyomorpróba hibaforrásai.* — *Belgyógyászat. E. Cohn: Gelatina mint antiarrhoicum és stomachicum.* — *Rolleston és Attlee: Nephritis parenchymatosa esete.* — *Manges: Sarcoma a gyomorban.* — *Croftan: A Bright-kór orvoslása.* — *Albu: A testi degeneratio physiologias jelei.* — *Kraus: Súlyosan anaemiás egyének zsíros szívizomelfajulásának klinikai jelentőségéről.* — *Ideg-bajok. Pilez: Az öngyilkosságról.* (Kollarits Jenő). — *Goldflam: Hirtelen halál tabesban.* (Kollarits Jenő). — *Sebészet. Stern: Az Edebohis-féle vesedecapsulatio értéke.* (Pólya). — *G. Ryerson Fowler: Gerincezvelővarrat.* (Pólya). — *Hartley: A struma kiirtása Basedow-kórban.* (Pólya). — *Van Buren Knott: A diffus peritonitis kezelése.* (Pólya). — *Bail: Az appendicitis korai műtétének kérdése.* (Steiner Pál). — *Steinthal: Az emlőrák sebészeti gyógykezelése.* (Steiner Pál). — *A. Schanz: Tendinitis achillea traumatica.*

(Gergő). — *Bőr-kórtan. Leredde és Martial: Az ezemának Röntgen-sugarakkal való kezelése.* (Guszman). — *Zabludowski: A kosmetikát szolgáló maszága.* (Guszman). — *Venerés bántalmak. Metschnikoff és Roux: A syphilitis kórtana.* (Guszman). — *Fr. Hammer: A prostitutio reglementatioja.* (Guszman). — *Húgyiszervi betegségek. Bell: A retentio urinae incompleta.* (Drucker Viktor). — *William Beechfield: Az ondóhólyagnak közvetlen, vagyis a vas deferens irrigálása útján végzett gyógykezelése.* (Drucker Viktor). — *M. Winkler: A paraurethralis gonorrhoeás megbetegedésekről.* (Drucker Viktor). — *Vogel: A gonorrhoea abortív kezelése.* — *Kisebb közlemények az orosgyakorlatra. Duprey: A kéthegyű szívbillentyű elégtelensége.* — *Steiner: Influenza és tussis convulsiva gyógyítása.* — *Vaquez és Digne: A szív compensációs zavarai.* — *Halbhuber: Prostate hypertrophia gyógyítása.* — *Klier: Hydrogen-superoxyd.* — *Lawrow: Vörheny gyógyítása.* — *Bishop: Dysenteria.* 937-942. lap.
Hetiszemle és vegyesek. Csatóry Lajos. — Kinevezés. — Választás. — Új nyilvános jellegű hazai kórház. — A „Budapesti Józsefvárosi Orvostársaság”. — A 20 év óta fennálló „Budapesti Fogorvosok Egyesülete”. — Új sanatorium. — Elhunyt. — Kisebb hírek külföldről. — Behring gümőkórelenes szeréről. — A zsebkendő ellen. — Megjelent. — A budapesti Pasteur-intézet kimutatása az 1904. évről. — A főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Erdélyi Múzeum-Egyet. orvos-teremtudományi szakosztálya. — Budapesti kir. orvos-egyesület sebészeti szakosztálya. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.
Mellékletek. Elme- és idegkórtan. 4. szám. Szerkesztik: Babarzi Schwartzler Ottó udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézet igazgató és Moravcsik Ernő Emil egyet. tanár. — Vivien dr. „csukamáj-olaj” című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A fertőző bajokban keletkező vérkeringés-zavarok orvoslásáról.

Irta: Székely Ágoston dr., egyetemi magántanár.

Eredetiségre igényt nem tartó alábbi rövid közleményem megírásakor az a cél vezetett, hogy felhívjam orvostársaim figyelmét olyan dolgokra, a melyeknek ismerete a fertőző bajok észszerű orvoslása szempontjából rendkívül nagy fontosságú, közismertségük, vagy legalább is állandóan szem előtt tartásuk azonban ezen fontosságukkal még távolról sem áll arányban. S a mikor megkísérlem, hogy ezeket a dolgokat a gyakorlatban használhatóságuk tekintetbevételével csoportosítsam: teszem ezt az idevonatkozó irodalmi adatok mérlegelésével és némi önálló kísérleti tapasztalataim felhasználásával — a nélkül, hogy a részletekre kitérnék — kizárólagosan általános szempontokból.

A mint ismeretes, a súlyosabb fertőző bajok legtöbbször a szív az, a melynek részéről leginkább fenyeget a veszedelem.

Ennek megfelelően a szívnek lehetőleg jó állapotban megtartása, a szívgyengeség bekövetkezésének megelőzése és az esetleg már beállott szívgyengeség leküzdése a fertőző betegségek orvoslásában nagyon fontos szerepet játszik.

Eredményes beavatkozásról azonban csak akkor lehet szó, ha ismerjük, hogy fertőző betegségekben milyen módon keletkezik a szívgyengeség? Mindenekelőtt tehát ezzel a kérdéssel kell röviden foglalkoznunk.

Fertőző betegségekben a szívgyengeség létrejöttében a következő tényezők játszanak szerepet:

1. Toxinhatás a szívre; a szervezetben elszaporodott baktériumok termelte mérgező hatású anyagok közvetlenül káros hatást gyakorolhatnak a szívre, a szívizomzatban elfajulásos folyamatokat indítván meg.

2. Vasomotorius hűdés. Már nagyon sok fertőző betegségre nézve kimutatták és állatkísérletekkel is beigazolták, hogy — ugyancsak a baktériumtermékek mérgező hatása eredményeképpen — vasomotorius hűdés áll be, főleg a splanchnicus területén, a minek folyamánya a vér hibás elosztódása ennek minden káros következményével együtt.

3. Agyvérszegénység, a mely központi eredésű szívhűdéshez vezet. Az agyvérszegénység keletkezésében első sorban a vasomotorius hűdés okozta hibás vérelosztódás szerepel; másodsorban tekintetbe veendő az is, hogy egyrészt a vasomotorius hűdés eredményeképpen esetleg már beállott szívgyengeség miatt is kevesebb vér jut az agyba, másrészt pedig a baktériumok termelte mérgek közvetlenül is károsíthatják a központi idegrendszert.

A mikor fertőző betegségekben a szívre befolyást akarunk gyakorolni, első sorban az imént említett három tényezőre fogjuk figyelmünket fordítani. Ez azonban többnyire nem elegendő, hanem egyrészt már a betegség kezdetétől igénybe kell vennünk mindazon módokat, melyek a szív lehető kimélése tekintetében rendelkezésünkre állanak; másrészt sok esetben szükségünk lesz arra is, hogy a már nagyobb mértékben gyengült szívet közvetlenül is újból munkabíróvá tegyük.

Lássuk tehát már most sorban, mik lesznek a teendőink.

A mi mindenekelőtt a toxinhatást a szívre illeti: igénybe veszünk mindazon eljárásokat, a melyek a baktérium-mérgek ártalmatlanná tevésére, illetőleg a szervezetből eltávolítására rendelkezésünkre állanak és a szív veszélyeztetése nélkül használhatók. Ezen fogalmazásnak megfelelően a gyakorlatban ez idő szerint a betegség egész lefolyásában, tehát a betegség előrehaladt szakáiban is, a mikor a szívgyengeség tünetei esetleg már előtérbe léptek, csak az antitoxinok használata — a mennyiben ilyenek már rendelkezésünkre állanak — és az oxydatio fokozása jöhetnek tekintetbe; míg a baktérium-mérgek eltávolítását célzó eljárások (diuresis, diaphoresis fokozása), a melyek többé-kevésbé

fokozzák a szív munkáját, csak a betegség kezdetibb szakáiban lesznek használhatók, a mikor a szív még nincsen tetemesebb fokban megkárosítva, és a mérgek távozásának gyorsítása útján elérhető haszon nagyobbak ígérkeznek, mint a távozásuk gyorsítására szolgáló módokkal szükségképen velejáráó szív működés-fokozódás okozta esetleges kár. A szívizomzat kedvező táplálkozásviszonyainak, kellő mennyiségű jó vérrel ellátásának szintén nagy befolyása van arra, hogy a toxinhatás egykönnyen ne érvényesülhessen s azért természetesen minden módot fel kell használnunk, hogy a szívizomzat táplálkozásviszonyait javítsuk, illetőleg hogy a szív táplálkozásviszonyait károsan befolyásoló tényezőket távolítsuk.

A vasomotorius hűdés elleni küzdelemben első sorban szintén a bakteriumok termelte mérgekre való hatás lesz a feladatunk. Ezenkívül igénybe fogunk venni olyan orvoslómódokat is, a melyek közvetlenül hatnak a vasomotorius hűdésre, illetve az általa okozott hibás vérelosztódásra. Ezen szempontból tekintetbe jönnek egyrészt hydrotherapiás eljárások, másrészt pedig gyógyszerek.

A mi a hydrotherapiás eljárásokat illeti, legerélyesebben hat a hideg fürdő, ezt követik csökkenő hatással a fokozatosan lehűtött langyos fürdő, azután a langyos fürdő és végül a nedves ledörzsölés. Természetesen olyan esetekben, a melyekben a szív gyöngeség tünetei már kifejezettek, az erélyesebben ható hydrotherapiás eljárások a vérkeringés viszonyainak hirtelen megváltoztatása miatt káros hatásúak lehetnek a szívre s azért ilyenkor az enyhébben ható eljárásokhoz folyamadunk, sőt nagyobb fokú szívgyöngeség eseteiben még ezeket is mellőzzük, mert a nyugalomnak velük járó megzavarása által létesített káros hatás a szívre nagyobb lehet, mint az a haszon, a melyet ezen enyhébb eljárásokkal elérhetnénk.

A vasomotorius hűdés ellen használható gyógyszerek közül különösen három jön tekintetbe, tudniillik a strychnin, a kámfor és a coffein. Ezek közül a strychninnek nagy előnye az, hogy egyúttal a szívre is hat; hátránya azonban a másik két szerrel szemben az, hogy hatása nem következik be elég gyorsan. Sürgős szükség esetén legjobb a kámforhoz, mint leggyorsabban ható szerhez folyamodni.

Az eddig említett orvoslómódok az agyvérszegénység útján fejlődő, központi eredésű szívhűdés megelőzése szempontjából természetesen szintén tehetnek szolgálatokat. Mellettük tekintetbe jöhetnek még konyhasós infúziók a vér mennyiségének fokozására. Nagyon sokat azonban nem várhatunk tőlük, mert már előrehaladt szívgyöngeség eseteiben a felszívódás annyira lassított, hogy a szervezetbe juttatott konyhasóoldatból — kivéve ha közvetlenül a vérbe visszük — alig jut valami a vérerekbe; nem előrehaladott esetekben pedig, a mikor a szív még erős, más módon — főleg a vérerekre ható eljárásokkal — jobb eredményt érhetünk el, vagy legalább is kevesebb veszélynek tesszük ki a beteget. A vér mennyiségének fokozásával ugyanis a szív munkáját fokozzuk, a mi nem lehet közömbös. Egyes esetekben azonban, a mikor például már eleve nagyon vérszegény, vagy a betegség következtében (például typhusos bélvérzés folytán) vérszegénynyé lett betegekkel állunk szemben, a konyhasós infúziók életmentő hatásúak lehetnek.

Még a beavatkozásmód sorrendjéről is röviden meg kell emlékeznünk. Tapasztalás szerint első sorban a vasomotorius hűdés szokott bekövetkezni s azért mindenekelőtt ezt iparkodunk megszüntetni. A szív ilyenkor még elég erős, csak nincsen elég „munkaanyaga“, a mint a német szerzők magukat kifejezik, a mennyiben a vasomotorius hűdés következtében egyes helyeken a vér nagy mennyiségben felhalmozódik, a szívből kevés vér jut s így nincs mit hajtania. Ha tehát ilyenkor a szív működését akar-nánk fokozni, teljesen hiába való munkát végeznénk, sőt ártanánk is, a mennyiben a szívet céltalan erősebb működésre serkentvén, gyengülését elősegítenék. Ha azonban a vasomotorius hűdést megszüntetjük, akkor újból kellő mennyiségű munkaanyag vagyis vér fog a szív rendelkezésére állani, ennek folytán az összes szervek, közöttük a szív és a központi idegrendszer vérrel ellátása javul és így végeredményben a szívre is kedvező lesz az eredmény.

A mint említettük, mindezekon kívül igénybe kell vennünk már a betegség kezdetétől mindazokat a módokat, a melyek a

szív kiméltése tekintetében szerepet játszhatnak. Ezek között első sorban áll az, hogy a szív munkáját az okvetlenül szükségesre redukáljuk. E tekintetben nagy szerepet játszik a nyugalom, még pedig úgy a testi, mint a szellemi teljes nyugalom. A nyugalom biztosítása czéljából sokszor gyógyszerekhez is fordulunk, így opiumhoz, melynek kedvező hatását főleg septikus betegségekben szenvedőkre már ismételtten hangsúlyozták; az opium tehát így kerülő úton a szívre ható szerré válik. Máskor fájdalmak okozzák a beteg nyugtalanságát, ilyenkor a fájdalmak csökkentésével közvetve szintén a szívre gyakorolunk kedvező hatást, tehát például a morphiium mint szívszer szerepelhet.

A szív munkáját csökkenthetjük továbbá a testfelületnek enyhe massage-ával, elősegítve ezzel a vérkeringést; csökkenthetjük a vér viscositásának alászállításával, a mit egyrészt oxygenbeléjeztetéssel, másrészt vérbocsátással érhetünk el; a jól megválasztott esetekben kellő körültekintéssel végzett vérbocsátás különben közvetlenül is csökkenti a szív munkáját; csökkenthetjük a láz ellen irányuló eljárásokkal is, a mennyiben lázban fokozott a szív működés. A láz befolyásolása a szívre való tekintettel különben azért is fontos, mert a lázzal járó magasabb hőmérsék közvetlenül is károsítja a szívizomzatot.

Törekvésünk továbbá arra fog irányulni, hogy minden akadályt elhárítsunk, a mely a szív működést bármi csekély mértékben is gátolhatja. Ilyen akadályt képezhet a telt vagy felfúvódott gyomor és bél; a táplálás tehát — eltekintve attól, hogy a kellő táplálkozás a szív erejének fenntartására amúgy is szükséges — a szív kiméltése szempontjából is gondosan szabályozandó, a mely tekintetben az ételek kellő megválasztása, nagyobb mennyiségű táplálék egyszerre bevitelének eltiltása, a bélürítés rendezése stb. nagy szerepet játszanak. Nagyobb mennyiségű ital egyszerre bevitelének veszélyes voltára is fel kell hívni a betegnek és környezetének figyelmét, ilyenkor ugyanis a gyors felszívódás folytán a szívre hirtelen nagyobb munka hárul; előrehaladt szívgyöngeség esetében a folyadékbevitel általában korlátozandó. Azt is mindig szorgos megfigyelés tárgyává kell tennünk, vajjon az egyéb okokból szükségessé váló egyik-másik orvoslómód nem gyakorol-e káros hatást a szívre; így különösen a fertőző betegségek orvoslásakor nagy szerepet játszó antipyretikus gyógyszerek használatakor ezeknek esetleges káros hatása a szívre gondosan mérlegelendő; vagy mások, a mikor helyi kezelés mutatkozik javaltnak (például diphtheriában orröblítés stb.), nagyon megfontolandó, vajjon ezen helyi kezelés haszna felér-e azon kárral, a melyet az ilyen helyi kezelés a vele többnyire szükségképen egybekötött nyugalommegzavarás, sőt gyermekeknél a rájuk kellemetlen vagy fájdalmas eljárással szemben támasztott, akárhányszor rendkívül nagy testmunkával járó ellenkezés révén a szívre gyakorol.

Végül szükségünk lehet oly eljárásokra, a melyekkel már beállott szívgyöngeség esetében a szívre közvetlenül is befolyást gyakorolhatunk. A szívre közvetlenül ható legjobb szerünk a digitalis, a melynek azonban az a hátránya, hogy hatásának bekövetkezéséig aránylag hosszú idő telik el, másfelől pedig tapasztalás szerint magasabb fokú láz esetén — fertőző bajokban pedig többnyire magas fokú lázzal állunk szemben — hatása sokszor nem egészen biztos; szükségünk van tehát más, főleg gyorsabban ható szerekre, a melyek között különösen a strophantus foglal el előkelő helyet. Collapsus esetében az alkohol, különösen meleg ital alakjában, nagyon jó szolgálatokat tehet; minthogy azonban úgy látszik vasomotorius hűdítő hatása van, használatát a vasomotorius hűdés ellen ható szerrel, például kámforral kell egybekötni. A collapsustól eltekintve, fertőző betegségekben, a melyekben a bakteriumok termelte mérgek hatása következtében többnyire amúgy is van már vasomotorius hűdés, sőt a vészthozó szívgyöngeséget többnyire épen a vasomotorius hűdés okozza, az alkohol lehetőleg kerülendő. Némelyek azon állítása, hogy a betegség kezdetétől fogva rendszeresen adott alkohollal megakadályozható a szívgyöngeség bekövetkezése, épenséggel nincsen bebizonyítva és nem is valószínű; de különben is az alkohol ilyen módon való használata állandóan fokozván a szív működést, ez a szív kiméltéssel is ellenkezik. Azután meg arról sem szabad megfeledkezni, hogy az alkohol többnyire fokozván a beteg nyugtalanságát, ezen az úton is károsan befolyásolhatja a szívet.

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Kollarits Jenő dr., tanársegédtől.

(Vége.)

XIII. észlelet (S. A.): *rhachischisis, merevgörcsös bémulás, lábak varo-equinus-tartásban, kyphoscoliosis.*

S. A. 10 éves, korcsmáros leányát 1904. május 31.-én vettük fel a klinikára, a hol hosszabb időt töltött. 1905. szeptember havában újból jelentkezett.

Atyai nagyanyja 75 éves, egészséges. A többi nagyszülők meghaltak, róluk felvilágosítást nem kaptunk. Az atya 37 éves, az anya szintén 37 éves, ingerlékeny, ideges asszony, sehogy sem tud leánya betegségében megnyugodni. A szülők nem rokonok. A család többi tagjain hasonló baj nincs.

A testvérek, 14 éves leány, 13 éves fiú, 11 éves fiú, 5 éves fiú egészségesek.

A leány kis korában nem volt beteg, a mostani baja 1903. július havában kezdődött a nélkül, hogy ütés vagy lázas baj előzte volna meg. A beteg játék közben bizsergést érzett bal lábában, a mely azután kissé megfájdult és ugyanakkor meg is gyengült. Azóta gyakran fáj a dereka és a bal lába pedig fokozatosan romlott. 1904. április végén gyengült meg a jobb lába is.

Felvételi állapot. A beteg (l. 33. ábra) magassága és fejlődése a kornak megfelelő. A csontrendszer tekintetében csak a gerincoszlop mutat eltérést a rendes képtől, ugyanis a 10. és 11. háti csigolya mélyebben fekszik, tövisnyújtványa hasadt, a 12. háti és 1., 2. ágyéki csigolya előáll, a mi által kyphosis támad, melyhez kiskokú jobbra domború scoliosis csatlakozik. Az ágyékesigolyák nyomásra kissé érzékenyek. Ha a beteg feláll, a háti csigolyákban lordosis és balra domború scoliosis támad, a háti gerincoszlop gyengén hajlott hátrafelé homorú ívben. Daczára ennek a beteg annyira előre hajlott, hogy fejét csak úgy tudja tartani, ha kezeire támaszkodik. A gerincoszlop ágyéki részének kyphosisa részben kiegyenlítődik, ha a beteget függőleges helyzetben felemeljük.

A pajzsmirigy mindkét karéja puha tapintatú, kissé megnagyobbodott.

A szívcsücslökés a 4. és 5. borda között a bimbóvonalban van, külső határa ugyanitt felső határa a 3. borda alsó szélé, belső határa a szegycsont bal szélé, a szívhangok tiszták. A belső szervek egyébként rendesek. A vizeletben idegen elem nincs.

Az izomzat térfogata és tömörsége nem változott.

Az arc, fej, nyak, a háti és lélegző izmok és hasizmok jól mozognak. A beteg hanyatt fekve fel tud emelkedni mellén összefont karokkal. A nyelés és beszéd is rendes.

A felső végtagok mozgása passiv nem korlátozott, az activ mozgás is végbemegy, sőt az ezúttal kifejtendő izomerő is kielégítő, csak a kezek szorító ereje gyengült meg.

Az alsó végtagok befelé rotáltak, ez állás a bal oldalon kifejezettebb, a térdek kissé behajlottak, a lábak varo-equinus-helyzetben vannak, a beteg lábujjhegyen áll, sarka nem éri a földet. Passiv mozgás alkalmával a czombok adductioja ad ellenállást, a mely legyőzhető. A bokaizületben a passiv mozgás igen korlátolt, baloldalt a teljes feszítés (dorsalflexio) nem lehetséges, jobb oldalon ezen mozgás a hajlítók ellenállása után végbelivhető. Az alsó végtag minden egyéb mozgásaiban passiv mozgáskor ellenállás érezhető, mely azonban könnyen legyőzhető.

Az alsó végtagok ereje csökkent, a beteg fekvő helyzetben alig tudja azokat felemelni, nem sikerül a czombok abductioja sem, a czomb hajlítása ellenben elég jól megy végbe. A beteg bal czombját nem tudja kifelé rotálni, a jobb czomb ezen mozgását végre tudja hajtani. A lábszár mozgásai sikerülnek. A bokaizületben az activ mozgás is igen korlátolt, a feszítés (dorsalflexio) sehogy sem vihető végbe, a lábujjak feszítése végbemegy, hajlítása nehéz.

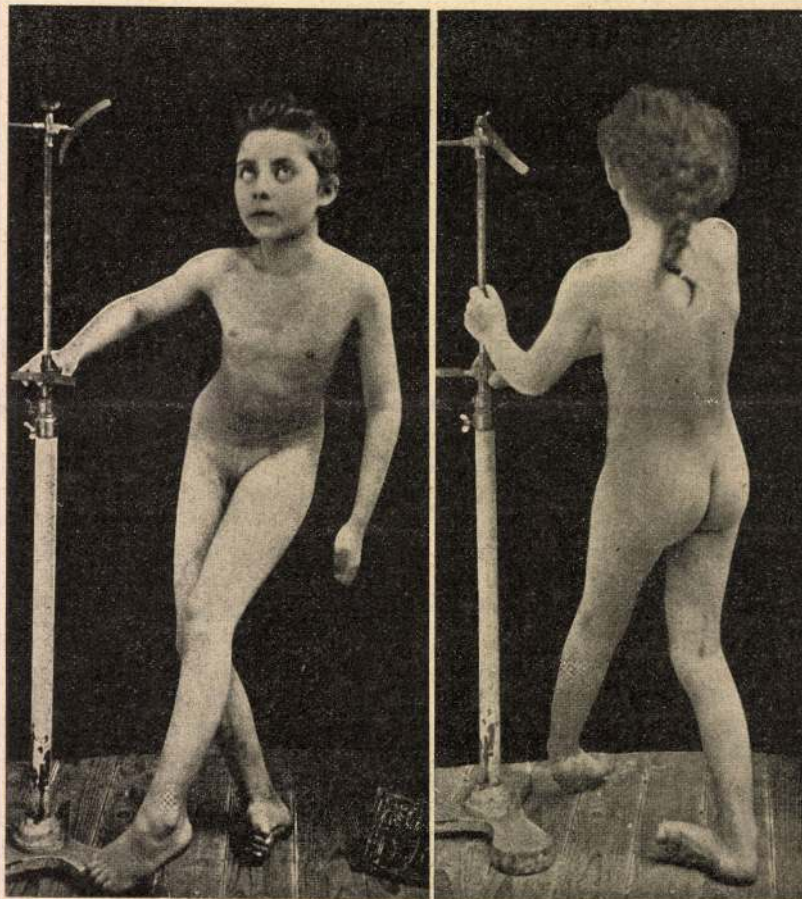
A beteg csak támogatással tud járni, lábujjain és talpa elülső részén jár a levegőben álló sarokkal. Ezen járás a merevgörcsös járás tulajdonságait viseli magán, a mennyiben a medenceze emelkedik és az alsó végtagok félkört írva kerülnek előre.

A m. triceps brachii és az Achilles inreflexe kiváltható, a patella-reflexek fokozottak. Lábelonus nincs. A talpreflexek hajlítók, a hasi reflexek kétoldalt kiválthatók.

A tapintás, hő- és fájdalomérzés mindenütt jó.

Az érzékszervek épek.

XIV. észlelet (K. család). Az atya migraines (?). A megvizsgált betegek: Az anya látóidegsorvadásban szenved. Gyermekük: 2 asszony hysteriás, 1 asszony hysteriás és papillái szintelenek, 1 leány hysteriás és rosszúl lát (szemfenék?), 1 asszony hysteriás, látóidegsorvadásban szenved, ptosisa van a jobb szemén, a bal abducens gyenge, bal Achilles-inreflexe nincs. Az egyik asszony leánya is hysteriás. Meg nem vizsgált családtagok: 1 fiú hysteriás és rosszúl lát, ennek egy hysteriás leánya van, 1 fia neurastheniás vagy hysteriás, 1 leány hysteriás. A második nemzedékben 11 gyermek



33. ábra.

van. Ezek közül az egyik férfinak 3, az egyik asszonynak 1 gyermeke van, 3 hosszabb idő óta férjnél levő asszony meddő.

K. M.-né, 68 éves, szabónő, 1905. július 14.-én jelentkezett a klinikán. Szülei egészséges emberek voltak, nagy kort értek, nem voltak rokonok. 3 testvére él: 1. 60 éves egészséges férfi, a kinek gyermekei egészségesek, 2. 55 (?) éves asszony, lueses volt, házassága meddő, 3. körülbelül 50 éves asszony, egészséges gyermekekkel. A gyermekek története miatt megemlítjük, hogy betegünk férje 84 éves, feleségének nem rokona, migraineiben szenved és hogy annak szülei magas kort értek, testvéreiről nem sikerült felvilágosítást kapni. K.-né férjének második felesége, férjének 1 leánya van első feleségétől, a ki 64 éves korában ismeretlen bajban halt meg, és a ki életének utolsó 14 évében vak volt. Ezen vakaságról semmi adatot sem sikerült megtudni.

Betegünk panaszja az, hogy rosszúl lát. A látásromlás kezdetének időpontját nem tudja meghatározni, körülbelül 1 éve az előbbinél fokozott mértékben és gyorsabban romlott a szeme.

Látás jobb oldalon $\frac{5}{15}$, balon $\frac{5}{30}$, mind a két szemem atrophia nervi opt. van. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A patella-, Achilles- és triceps-inreflex kiváltható. A talpreflexek hajlítók. Romberg nincs, hypotonia nincs, érzészavar nincs. Fájdalmak nincsenek, a vizelésben nincs zavar. Vizeletben kevés albumin van.

A betegnek 2 üszögterhessége volt, azonkívül 3 gyermeke kis korban ismeretlen bajban halt meg, 9 gyermek él, ezekről a következő adataink vannak.

1. B. F. né (*hysteria*), most 47 éves, házaló felesége, 1901. december 30.-án jelentkezett a klinikán. Panaszolja, hogy mindig ideges volt és szédült, álmatlan. Kis leány korában is gyakran volt fejfájása, félős volt és egynehány hó óta rohamai vannak, melyek 15–30 percig is eltartanak, roham alatt kezével és lábával nagy mozgásokat visz végbe, eszméletét nem veszti el, súlyosan nem üti meg magát, utána nem alszik. Az inreflexek élénkek, a szemhéjak remegnek, a kinyújtott kéz reszket. A látás jó, a látótér rendes, az ovariumtájak nem érzékenyek. 1905. augusztus 24.-én a beteg elmondja, hogy a görcsöktől megszabadult, de most hasában jobboldalt vannak fájdalmak és ezen fájdalmak kitörésekor 3–4 óráig tud lélegzetet venni. Semmi objectív tünet nincs. A beteg nővére szeptember 25.-én jelenti, hogy ezek a fájdalmak megszűntek.

Ezen betegünk házasságából 1 leány származott:

B. Sz., varrónő (*hysteria*), most 21 éves. 1903. augusztus 22.-én 19 éves korában jelentkezett a klinikán azzal a panaszszal, hogy 3 éve betegeskedik, étvágytalan, háta fáj, fejében nyomást érez. Menstruatioja alatt különösen rosszul érzi magát, ilyenkor naponként két-háromszor elszedül, elesik, eszméletét elveszti és $\frac{1}{2}$ óra hosszat eszméletlen. Anyjától megtudjuk, hogy ez alatt nem teljesen eszméletlen, hogy dobálja magát, kezét, lábát rángatja. A rohamok alatt nem üti meg magát, nem harapja meg a nyelvét, utána nem alszik, vizeletét nem bocsátja maga alá. Az objectív vizsgálat szerint a beteg szíve ép. Az inreflexek jól kiválthatók. A beteg szemhéjai a szem becsukásakor erősen remegnek, a kinyújtott kéz ujjai reszketnek. Az ovariumtájak nyomásra kissé érzékenyek. A látótér rendes, hemianaesthesia nincs. Langyos félfürdők és étvágyjavító szerek használata után a beteg állapota javult.

2. Sz. B. né (*hysteria*), most 44 éves, vasalónő, 1903. február 5.-én jelentkezett a klinikán. Már kis leány korában is fejfájós volt. 14–15 éves korában sokszor hányt és ilyenkor megkönnyebbülést érzett; ha nem hányt, még sokkal rosszabbul érezte magát. Étvágytalan, székrekedése van. 3 év óta rohamai vannak, elesik, dobja magát. A rohamok néha 1 óra hosszat is eltartanak, eszméletét ez alatt nem veszti el, nem üti meg magát, nem harap a nyelvét, utána nem alszik. A belső szervek élénkek, jobb oldali vándorvesétől eltekintve. Az inreflexek élénkek, a szemek becsukásakor a szemhéjak remegnek. Látótér rendes, érzés jó, ovariumtáj nyomáskor érzékeny. Más állapotban nem volt.

3. H. L. né, 40 éves asszonyt (*decoloratio papillae, hysteria?*) nem volt alkalmunk megvizsgálni. 1905. július 14.-én jelentkezett a szemklinikán, a honnét róla a következő értesítést kaptuk. A látás a jobb szemem $\frac{5}{5}$, a bal szemem 2 méterről olvas ujjakat, 8 D. javítással $\frac{5}{30}$. A szemfenék vizsgálata a pupillák halvány voltát mutatja. Ez az asszony kövér, egészséges külsejű, a nővérenek előadása szerint a többi testvérekhez hasonló rohamokban szenved. Házassága meddő.

4. K. V. (*neurasthenia?*) 38 éves férfi, fejfájós, rosszul lát, orvosnál nem járt baja miatt, mert azt mondja, hogy nem beteg, csak hibás.

Van egy 12 éves leánya (*hysteria?*), a ki azon panaszodik, hogy megfulad, ha nem iszik vizet, az utcán járva vizet visz magával, melyből néha egy kortyot kell innia, egy izben 3 napig éjjel fel és alá járt a szobában, mert nem tudott aludni. A többi nővérekéhez hasonló rohamokban szenved. 2 kisebb fiának sokszor vannak apró panaszai.

5. K. II. (*hysteria*), 30 éves felirónő, 1904. február 3.-án jelentkezett a klinikán. Gyerekkora óta szenved fejfájásban, 15–18 éves korában görcsei voltak, melyek a leírás szerint hysteriásak. Mostani panasz az, hogy álmatlan és nem mer kést venni a kezébe; ha kést lát, megijed és attól fél, hogy meggyilkolják.

A belső szervek épek. Az inreflexek élénkek. A beteg becsukott szemhéjai remegnek, kezei reszketnek. Érzés jó, ovariumtáj nyomásra kissé érzékeny. 1905. szeptemberben nővére azt mondja róla, hogy most rosszul lát, de szemét nem vizsgálhatta meg.

6. S. J. (*hysteria, atrophia nerv. opt., ptosis, abducens paresis, Achilles-inreflexhiány*), most 29 éves, 1901. június 21.-én jelentkezett először a klinikán, a hol azóta többször vizsgálhattuk meg. 13 éves korában görcsei voltak, ilyenkor elesett, eszméletét nem veszítette el, dobta magát, a göresök alatt nyelvét nem harapta meg, vizeletét nem eresztette el, azok után nem aludt, hanem rendszeresen fejfájást kapott. Ezek a göresök 2–3 évig kínozták, azután elmúltak.

19 éves korában ment férjhez, más állapotban nem volt. 21 éves korában seb támadt a vulváján, a mely miatt sárga porral kezelték, kiütése, torokfájása nem volt.

1900. húsvét táján két hétig nagyon heves fejfájása volt mindig nappal, soha éjjel. Rossz látását a beteg ezzel akarja összefüggésbe hozni, de azt adja elő, hogy csak ugyanazon év augusztus hava óta romlott a szeme és azóta látása fokozatosan hanyatlik. Az első jelentkezés alkalmával történt vizsgálat szerint a jobb szemem sem tárgylátás, sem fényérzés nincs, a bal szem látása jó. A szemtükri lelet szerint a jobb szemem atrophia nerv. opt., a bal szemem decoloratio pap. van. A jobb pupilla tágabb mint a bal, fényre mind a kettő reagál, a jobb nem alkalmazkodik, a bal jól. A jobb szem ptosisban van. Az abducens gyenge. Romberg, ataxia, hypotonia, érzészavar nincs. Vizelet, szék rendben, fájdalmak nincsenek. A patella- és Achilles-inreflexek élénkek, érzészavar nincs. Vizeletben kevés geny, nyomokban albumen, hámsejt, henger nincs.

1902. február 27.-én arról panaszodik, hogy egy hete igen heves fejfájása van, feje éjjel is fáj. 1902. március 14.-én arról panaszodott a beteg, hogy októberben sok vért hányt, a tüdő lelete negatív volt. Június 23.-án sublimatinjectiókat kezdünk vele, egy 0.03 gm. és hat 0.05 gm. sublimattartalmú befeeszkendést kapott, az első után subjectív javulásról beszélt a beteg, az utolsókat már nem dicsérte, objective javulás kimutatható nem volt. 1904. február 2.-án azon panaszszal jött a klinikára, hogy torkában golyót érez, mely fojtja, és arról, hogy vért köp, ha boszankodik. A beteg szemhéjai és kezei reszkettek, izgatott volt és álmatlan, a patella-inreflexek élénkek voltak, kiváltásukkor a vállak megrezzentek.

1905. szeptember 25.-én történt vizsgálat szerint a tünetekhez a bal Achilles-inreflex hiánya csatlakozott. Ujabb tabesra valló jel nem volt kimutatható.

7. K. S., (*neurasthenia?*), 22 éves, nővérenek előadása szerint idegessége miatt nem tud dolgozni, mellnyomásról panaszodik, kezei nagyon reszketnek.

8. 21 éves korban ismeretlen bajban meghalt leány (*hysteria?*), görcsei voltak, melyekről azonban semmi felvilágosítást adni nem tudnak.

9–11. kis korban haltak meg. Ezen három gyermek azonban nem a legfiatalabb testvérek, de a klinikán járt betegek testvéreik időbeli sorrendjét nem tudták pontosan elmondani.

XV. észlelet (A. család). Az apa az anyának nagybátyja, az anya neurastheniás, 2 leány és 1 fiú epilepsiában illetve petit mal rohamokban szenved, brom nem használ.

Az A. család története a következő:

Az anyai nagyatyja 75 éves, egészséges, az anyai nagyanya kocsiból kiesve 38 éves korában hirtelen halt meg. Az atyai nagyatyja 77 éves korban szélütésben, az atyai nagyanya 80 éves korban végelgyengülésben halt meg. A nagyszülők nem voltak rokonok.

Az atya most 58 éves, fiatalabb korában fejfájós volt, őt 1904. október 5.-én vizsgáltam a klinikán a bejáró betegek rendelésén, rajta az aorta-billentyűk compenzált elégtelenségét állapítottam meg. Ez a baj csekély mellfájáson kívül nem okozott neki kellemetlenséget és hogyléte felől hozzá intézett kérdésemre október havában egészségesnek mondta magát. Az anya 45 éves, tehát 13 évvel fiatalabb, mint az apa, 4 éve fejfájós, ideges. A szülők rokonok, a mennyiben az atya az anyának nagybátyja.

Ezen házasságból 5 élő gyermek származik, az asszony első

két terheése elvetéléssel végződött. A gyermekek közül egy 14 és egy 8 éves leány egészséges, egy 19, egy 17 éves leány és egy 12 éves fiú betegek.

1. A legidősebb beteg leányról való adatokat az apától kaptam, a beteget magát nem vizsgáltam. Ez a leány 19 éves, idején született orvosi segítség nélkül, a rendes időben tanult járni és beszélni. Jelen bajának első nyilvánulását 14 éves korában vették észre, akkor éjjel gyakran 1, legfeljebb 1½ percig tartó kisebb rángások támadtak kezeiben, melyekről álmából felébredve, mit sem tudott, később ezek a rohamok nappal is ismétlődtek ugyanilyen időtartammal, eszméletlenséggel jártak, a beteg elesett, többször erősen megütötte magát, nyelvét megharapta. A roham elmúltával a beteg elalszik. Ez a baj a szellemi működésre is befolyással volt, feledékenységet hozott létre, a beteg érdeklődése megszűnt sok olyan dolog iránt, a mivel azelőtt szívesen foglalkozott. A brom a rohamokat nem szüntette meg, de számukat korlátozta, utóbbi időben hetenként egyszer szoktak azok ismétlődni, és most két hónapja szüneteltek, de hasonló szünetek máskor is előfordultak.

2. A második beteg 17 éves leány, a kit 1905 tavaszán vizsgáltam. A kis leány 1—3 éves korában gyakran elájult, s szülei az ő betegsége kezdetét 7 éves koráig viszik vissza, a mikor rohamai voltak, melyeket a szülők „elbámulás“ névvel jelölnek, meglehetősen híven a tünetekhez. A beteg ugyanis 1—2 másodpercig maga elé nézett, nem felelt a hozzá intézett kérdésekre, aztán folytatta beszédét vagy munkáját, a hol roham előtt abban hagyta és alig tudott a dologról valamit. 13 éves korban a kórkép súlyosbodott annyiban, hogy az „elbámulás“ naponként többször ismétlődött, és ezen kívül havonként egyszer 1—2 percig tartó, rángásokkal és eszméletlenséggel járó görcs-rohamok támadtak, melyek alatt a beteg elesett, nyelvét megharapta. A beteg a rohamokról nem igen tud, azok most is többnyire éjjel támadnak. Ez a baj a szellemi képességre befolyással nem volt, a brom nem igen fejtett ki hatást.

A beteg belső szervei vizsgálatkor épek voltak. A patella- és Achilles-ínreflexek élénkek. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagáltak. Degenerációs jel rajta nem volt található.

3. A harmadik beteg 12 éves fiú, a kit 1904. október 5.-én vizsgáltam a klinikai rendelésen, rendes időben született, rendes időben tanult járni és beszélni. Ez a fiú 9 éves korában lett beteg. Azóta gyakran, sokszor egy nap többször rohamai vannak, a melyeket a családban szintén „elbámulás“ néven szoktak jelölni. Ezen elbámulás alatt görcsei nincsenek, az egész baj csak egynehány másodpercig tart, a mely idő alatt eszméletlenség áll fenn. Utána a beteg nem tud semmit az egész dologról és nem alszik el, vizelete nem megy el. A beteg bromot használt eredmény nélkül. 1905 tavaszán láttam újból a beteget, a ki a közbeneső időben naponként 8—10 centigm. laudanumot használt, ezalatt ritkábban „bámult el“, utóbb azonban ez a kezelés is eredménytelen lett. A vizsgálat alkalmával a beteg belső szervei épek voltak, a patella- és Achilles-ínreflex jól volt kiváltható, a pupillák jól reagáltak, degenerációs jel a betegben nem volt.

**Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyet.
bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató:
Marschalkó Tamás dr. egyet. tanár.)**

**A nyelvvrák gyógykezeléséről Röntgen-sugarakkal három
eset kapcsán.**

Irta: *Kanitz Henrik* dr. klinikai tanársegéd.

(Vége.)

3. P. G. 57 éves, mérsáros. 3 év óta leukoplakia buccalisban szenved, 8 hó óta kis csomót érez nyelvében. Erős dohányos. Megvizsgálásakor (1905. márczius 8.-án) a következő elváltozásokat találtuk: A nyelv mellső harmadának bal oldalán körülbelül 20 filléryi, egyenetlen, lepedékes alapú, meredek szélű fekély látható, mely — mint a tapintáskor kitűnik — egy hasonló nagyságú, korong alakú, rendkívül tömött és élesen körülírt daganatnak képezi tetejét. A fekély alapja kissé a nyelv niveauja

alá süllyedt, azonban az infiltrált szélek meredek, körülbelül 3—4 mm. magas sánczot képeznek az ép nyálkahártya felé. A tumor mögött a nyelv felületét terjedelmes, kissé egyenetlen leukoplakiás lepedék fedi. Az állalatti mirigyek beszűremkedve nincsenek. A daganat széléből kimetszett tumorrészlet görcsö alatt tipikus carcinomás szövetnek bizonyult. Itt is műtétet ajánlottunk, de a beteg ahhoz nem adta beleegyezését.

A kezelést márczius 11.-én kezdtük meg, az eljárás ugyanaz volt, mint fenti eseteinkben. Az első hat ülés után két hétre a leukoplakiás lepedék kissé duzzadtabbá és pirosabbá vált, helyenként le is kopott, maga a fekély azonban alig változott, talán szélei kissé lelapultak. Azonban b. o. az egyik állalatti mirigy mogorónyira megduzzadt. Április 8—13.-ig tartott a második, ugyancsak 6 ülésből álló kezelés. Mikor a beteg két héttel később újból jelentkezett, a leukoplakiás lepedék teljesen eltűnt, a fekély szemmel láthatólag alig változott, azonban a tapintó ujj az indurationnak határozott terjedését állapíthatta meg és pedig úgy a mélybe, valamint előre a nyelv hegye felé. Egyszermind az állalatti mirigy kis diónyira nagyobbodott meg. A daganat növekedése nem volt ugyan nagyfokú, de mindenesetre elegendő ahhoz, hogy a kezelést megszüntessük és a betegnek, nehogy az operatióra kedvező időpontot elmulasztassuk, műtétet ajánljunk. A beteg azonban erről hallani sem akarván, hazautazott. 3 hónap múlva, mely idő alatt egyszer sem láttuk, haláláról értesültünk.

* * *

Áttekintve eseteinket, az eredményt mind a háromban kedvezőtlennek kell mondanunk. Az első esetben a daganat ugyan aránylag rövid idő alatt visszafejlődött, de a javulás csak látszólagos volt, mert néhány hónap múlva a heg mellső szélében új, körülbelül babnyi rákos csomó képződött. A kezdeti javulást különben a folyamatnak helybeli recidiválásán kívül lerontotta az állalatti és nyaki mirigyeknek rohamos beszűródése, minek következtében a kezdetben mogorónyi és még teljesen szabadon mozgatható mirigyből a kezelés folyamán egy a nyak egész jobb oldalát elfoglaló, rendkívül tömött tapintatú, egyenetlen, dudoros felületű, a bőrrel összekapaszkodó és a nyaki képleteket keresztül-kasul szövő daganat lett. Ezt látva, az a gondolat támadt bennünk, vajjon a mirigy-átteleteknek e gyors növekedése nem mozdított-e elő a Röntgen-kezelés által? Ezt a lehetőséget határozottan állítani vagy határozottan tagadni nem lehet. Tény az, hogy a mirigy-metastasisok növekedése oly szokatlanul gyorsan történt és annyira egybeesett a kezelés egyes phasisaival, hogy a figyelmes észlelő annak benyomását nyerte, mintha ezt egyenesen a Röntgen-kezelés okozta volna. Nem szabad azonban elfelejtenünk azt, hogy a nyelvvrák sok esetben már igen korán vezet a táji mirigyek hatalmas beszűródéséhez, valamint azt sem, hogy az eddigi tapasztalatok nem erősítik meg azt, mintha a röntgenezés magában véve a nyirokrendszer befertőzését, vagy a mennyiben az már fennállana, a mirigy-átteleteknek növekedését előmozdítaná. Mert azt, hogy 3—4 hónapig tartó kezelés alatt a daganathoz legközelebb eső nyirokcsomók rákosan beszűrődnek, nem lehet a Röntgen-kezelésnek betudni, hiszen ez létrejöhett a kezeléstől függetlenül egészen spontán módon is. Másik két esetünkben, hol a kezelés előtt még egyáltalában nem voltak mirigy-átteletek, legalább klinikailag nem lehetett kimutatni azokat, még kevésbé tulajdoníthatjuk azok keletkezését a Röntgen-kezelésnek, mert ezekben az esetekben a mirigyduzzanatok jelentékeny nagyságot nem értek el, legfeljebb az volna a Röntgen-sugaraknak fentebb supponált hatása mellett, hogy a 3. esetben nyomban az első kezelés után — tehát azzal időbeli és látszólag oki összefüggésben — jelentkezett az áll alatt egy mogorónyi metastatikus mirigygóc. De mindez nem jogosít fel végleges következtetésekre és azért egyelőre csak annak megállapítására szorítkozunk, hogy a Röntgen-kezelés a mirigyrendszer befertőzésének, illetőleg a már fennálló mirigybeszűródés további növekedésének gátat vetni nem tudott. Különben az, hogy a Röntgen-kezelés a mirigyrendszer befertőzését esetleg előmozdítani képes, a sugarak hatása alapján érthető volna. A lobos affluxio a tumor felé, az élénkebb vér- és nyirokkeringés, a ráksejtek összefüggésének meglazulása alkalmat adhatnak arra, hogy az utóbbiak könnyebben áraszkodjanak el a nyirokpályákat, a minek

lehetőségét a nyelv nyirokrendszerének bonctani viszonyai (az elvezető nyirokutak nagy száma, dús anastomosisok, az egyik nyelvfél nyirokpályáinak mindkét oldal mirigyével való összefüggése, a nyelvhez tartozó táji mirigyek nagy száma) még elősegítik.

De a Röntgen-sugarak nemesak a nyirokmirigyek beszűrődését, hanem magának az elsődleges gócnak növekedését sem tudták megakadályozni. Az első esettel szemben, hol a daganat legalább a makroszkopikus észrevehetőség határáig visszafelődött, másik két esetünkben a primaer rákos gócnak határozott nagyobbodását észleltük a kezelés alatt. A 3. esetben a nagyobbodás ugyan nem volt nagyfokú, de annál feltűnőbb volt a rákos infiltratio terjedése, éppen szokatlan gyorsaságánál fogva, a második esetben. A primaer góczra vonatkozólag sem merjük határozottan állítani, hogy annak növekedését egyenesen és egyedül a Röntgen-kezelés okozta, de viszont nem is zárkozzunk el teljesen ennek lehetősége elől, annál kevésbé, mert mások, így pl. *Brocq*, *Pautrier*, *Lenglet*, hasonló tapasztalatokról tesznek említést.

Ezek után felmerül az a kérdés, vajjon mi a nyelvrák Röntgen-sugarakkal szemben való refractaer viselkedésének az oka? A kezelés eredménytelenségeért szívesen vonták és vonják még ma is felelősségre a technika hiányosságát, és tény, hogy a Röntgen-technika, noha az utóbbi évek alatti rohamos fejlődése folytán ma már a tökélynek igen magas fokán áll, még sok esetben szab gátat therapiái működésünknek. A mi eseteinkben azonban aligha múltott ezen a siker, hacsak a fény intenzitásának a mélybe terjedéssel járó csökkenését nem írjuk a technika tökéletlenségének rovására. A fény erejének e csökkenése oly tetemes, hogy aránylag kicsiny az a mélység, melyben a fény már eléri a physiologikus hatást még éppen kifejtteni tudó minimumot és így érthető, hogy a mélyebben fekvő kóros szövetek, pl. ráksövet, Röntgen-sugarakkal miért nem befolyásolható. *Perthes* szerint középlágy cső mellett egyrészt a távolság növekedése, másrészt a közbeeső rétegek absorptioja folytán 1 centimeter mélységben az eredeti fény-intenzitásnak már csak 50–60 %-a, 2 centimeter mélységben 35–45 %-a, 3 centimeter mélységben pedig csak 20–30 %-a van jelen. Azonban a fény intenzitásának ezen csökkenését a felületes rétegek védelme mellett (stanniol-lemez) hosszabb expositiókkal lehet — természetesen csak bizonyos fokig — kiegyenlíteni és valószínűleg az expositiók rövid tartamára, tehát nem elég intenzív kezelésre vezetendő vissza a sugarak felületes hatása *Köhler* és *Herxheimer* esetében, kik egy inoperabilis emlőrák röntgenkezése kapcsán végzett pontos szövettani vizsgálataik alapján arra az eredményre jutottak, hogy a Röntgen-sugarak $\frac{1}{2}$ cm.-nél, illetőleg ha a kezelés alatt képződött hámréteg vastagságát leszámítjuk, 3 mm.-nél mélyebbre nem hatoltak. Ebben a mélységben teljesen változatlan, a Röntgen-sugarak által legkevésbé sem befolyásolt carcinomás szövetet találtak. Általában véve nagyobb mélységben van még a sugaraknak curatív hatásuk a rákos szövetre, hiszen elég gyakran látjuk, hogy sokkal nagyobb mélységi átmérővel bíró rákok rohamosan fogyanak, majd teljesen eltűnnek a kezelés folytán. Természetesen ilyenkor nem egyenletesen és minden rétegben egyszerre, hanem rétegről rétegre megy végbe a rákos szövet pusztulása. Tagadhatatlan azonban, hogy a mélyebb fekvésű kóros szövetekre sokkal kisebb a Röntgen-sugarak hatása és azért nincsen kizárva, hogy a nyelvrákoknál bizonyos fokig ez a körülmény akadályozza a gyógyító hatás érvényesülését, annál is inkább, mert felvehető, hogy a rákos beszűrődés a tapintással megállapítható mélységen túl is terjed. *Köhler* és *Herxheimer* különben felveszik, és ezt mi sem tartjuk lehetetlennek, hogy az ép állapotban megmaradó mélyebb ráksejtek a sugarak által ért sejtek elpusztulását mintegy megboszulva, gyors és intenzív burjánzásnak indulnak. Ez a felvétel a daganatnak a kezelés alatti növekedését is megmagyarázná.

Azonban az eredménytelenség magyarázatánál, még pedig talán első sorban, egy másik tényezőt, nevezetesen a kezelés tárgyát képező kóros szövetnek a Röntgen-sugarakkal szemben való érzékenységét is tekintetbe kell vennünk. A mint az egyes ép szövetek más-más módon reagálnak a Röntgen-sugarakra, ép úgy felvehető, hogy a kóros szöveti elemek is különböző érzékenységgel bírnak ezen physikai tényezővel szemben. Általánosan ismert a Röntgen-sugaraknak a hámszövetekre általában és különösen az

alacsony vitalitású ráksejtekre gyakorolt és szinte electiv módon nyilvánuló pusztító hatása. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy nem minden rákos szövet reagál egyforma érzékenységgel a Röntgen-fény behatására. *Darier* nemrég egy épen a nyelvrák röntgenkezése felett megindult vita kapcsán azt állította, hogy a Röntgen-sugaraknak említett hatása a ráksejtekre kizárólagosan a basocellularis rákoknál érvényesül, míg a Malpighi-réteg sejtjeiből kiinduló, úgynevezett spinocellularis rákoknál a Röntgen-therapia teljesen „inactiv“, sőt esetenként egyenesen káros volna. A rossz eredmények nyelvráknál, melynek legtöbb alakja az utóbbi csoportba tartozik, szerinte épen ezen körülményre vezetendők vissza. Ez a felvétel azonban nem valószínű, mert eltekintve egészen attól, hogy újabban a rákok említett osztályozásának létjogosultsága több, komolyan számba jövő oldalról kétségbe vonott — a mi már magában is tarthatlanná tenné a *Darier*-féle magyarázatot — ráczáfol arra az a tapasztalat, hogy sokszor épen a *Darier* értelmében Röntgen-sugarakkal nem befolyásolható carcinomák is javulnak, sőt vissza is fejlődnek a kezelés alatt.

E tekintetben I. számú esetünkre hivatkozhatunk, melyben a daganat szöveti szerkezete teljesen megfelelt a carcinoma spinocellulare típusának és mindamellet teljesen, legalább a makroszkopikus észrevehetőség határáig visszafelődött. Az, hogy a folyamat körülbelül $\frac{1}{2}$ év múlva helyileg recidivált, más megítélés alá esik és nem dönti meg azon tény, hogy a Röntgen-sugarak ezen tüskésített rákokra is pusztító hatást gyakorolnak. Természetesen egyes ilyen rákok refractaer módon viselkedhetnek a sugarakkal szemben, a mint azt 2. esetünk mutatja, mely szöveti structuráját illetőleg teljesen hasonmása volt az elsőnek és mindamellet egészen más viselkedést tanúsított a Röntgen-fénnyel szemben. Hogy ennek mi az oka, azt egyelőre eldönteni nem tudjuk. Joggal felvehetjük azonban, hogy a rák szöveti szerkezete és sejtjeinek biológiai tulajdonságai nagy mértékben kell hogy befolyásolják a daganatnak a sugarakkal szemben való viselkedését. De az, hogy mely structurabeli vagy biológiai sajátosságok azok, melyek e tekintetben szerepelnek, egyelőre még ismereteink körén kívül fekszik.

Nagyobb számú klinikai tapasztalatra és első sorban nagyobb számú szövettani vizsgálatra van szükségünk a czélból, hogy adott esetben eldönthessük, mely tényezőkre vezetendő vissza a kezelés sikertelensége. Egyelőre csak azt látjuk, hogy általában véve a rosszindulatú rákok, melyek klinikailag gyors növés, kifehélyesedésre való hajlam, gyógyulási tendentia hiánya és a nyirokrendszernek korai fertőzése, szövettanilag pedig sejtjeiknek nagyfokú atypicitása és élénk proliferatív képessége által jellemezhetnek, azok, a melyeket a Röntgen-sugarak legkevésbé kedvezően befolyásolnak. Ugy látszik, hogy ezeknek sejtjei a Röntgen-fénnyel szemben nagyobb ellenálló képességgel bírnak. A nyelvrák is ezen rosszindulatú cancerok közé tartozik, innen a kezelés sikertelensége.

Bármilyen legyen is magyarázata a rossz eredményeknek, eseteink is a mellett szólnak, hogy nyelvráknál a Röntgen-sugarak haszonnal nem alkalmazhatók. Három eset alapján ugyan nem volna szabad valamely therapiái eljárás értékéről végleges következtetéseket levonni, de azt hiszem, hogy ez egyszer nem hibázzunk, ha tapasztalataink alapján, melyeket másoknak észleletei is támogatnak, azt állítjuk, hogy a Röntgen-kezelés a nyelvrák gyógyításában lehetőleg mellőzendő és hogy a kés volt és egyelőre marad is annak souverain gyógyító eszköze. Igaz ugyan, hogy a műtéti úton elért eredmények is nagyon kedvezőtlenek, de mint-hogy az egyedül megbízható eljárás, a melynél legalább valószínűséggel számíthatunk arra, hogy a rák betegeit talán sikerül meggyógyítanunk, az összes rákos szövetnek, tehát magának az elsődleges gócznak, a hozzá tartozó és a beteg jelentkezésekor rendszeren már befertőzött nyirokmirigyeknek az összekötő nyirokutakkal együtt való eltávolításában áll és minthogy ezen másodlagosan befertőzött és sokszor elrejtett mirigyekre a Röntgen-kezelést nem terjeszthetjük ki, folyamadjunk minden nyelvráknál habozás nélkül az operatív beavatkozáshoz. Ez alól ne véteessenek ki a teljesen kezdetleges alakok sem, melyeknél a primaer gócz kis kiterjedésén kívül a szomszédos nyirokesomók látszólagos ép-sége is kedvező viszonyokat teremt a Röntgen-kezelés számára.

Mert nem szabad elfelejteni, hogy az a körülmény, miszerint

a tapintó ujj a nyirokmirigyek helyén nagyobb, keményebb csomókat nem érez, egyáltalában nem bizonyítja, hogy azok nem rákosak, sőt sokszor még feltáráruk után sem lehet biztosan megállapítani, hogy vajjon be vannak-e már rákosan szűrődve vagy sem. És ne feledjünk el még egyet. A nyelvárak helybelileg aránylag gyorsan növekszik és a nyirokerek útján korán fertőzi a mirigyeket és gyorsan infiltrálja a szájfenéket is. Minél tovább toljuk ki röntgenzéssel a műtét időpontját, annál nagyobb lesz a primaer gócz, annál nagyobb tehát az anyaghiány is, melyet a műtét okoz, sőt a halasztás folytán a folyamat annyira súlyosbodhatik, hogy radikális műtét teljesen lehetetlenné válik.

A Röntgen-kezelés egyedüli indicatioját ezek után — eltekintve a sugarak postoperatív alkalmazásától, midőn az esetleg ki nem irtott rákszövet elpusztítását ezélozzuk — a teljesen inoperabilis esetek képezik. Igaz ugyan, hogy ilyenkor a röntgenezés sem hozza meg a gyógyulást, de hiszen azt a véres beavatkozástól ép oly kevéssé várjuk. A Röntgen-sugarak legalább enyhítik némelykor a fájdalmakat, esetleg csökkentik a váladék-képződést és az ezzel járó foetort, talán egyes ritka esetekben a rákszövetnek mulékony lefogyását is eredményezik és — ha egyebet nem — új reményt öntenek a bizalmát vesztett, esüggő betegbe.

A Röntgen sugaraknak kritika nélküli alkalmazása természetesen csak fokozza a gyógyító értékükkel szemben néha még ma is felhaználó bizalmatlanságot. Ha ezt meg akarjuk szüntetni, akkor használjuk őket ott, a hol csakis velük, vagy velük inkább lehet czélt érni, de ne alkalmazzuk őket oly esetekben, a melyekben jobb vagy legalább is relatív jobb eredményeket adó gyógy-eljárások felett rendelkezünk.

Közöltük eredményeinket, bár teljesen kedvezőlenek, mert csak a jó és rossz hatások egyforma ismerete vezethet az indiciók pontos felállításához. Attól, hogy ilyen, balsikerekről beszámoló közlemények discreditálják az eljárást, nem kell tartanunk, hisz ügyis sok és szép az eredmény, melyet fel tudunk mutatni.

Irodalom. Bézère: V. nemzetközi dermatologiai congressus (bemutatás) — *Belot:* La radiothérapie dans les affections cutanées. Annales de dermatologie et syphiligraphie. 1904. 5—7. sz. — *Belot:* Traité de radiothérapie. 1905. — *Bissérié:* Académie de médecine. 1904. június (bemutatás). — *Darier:* Classification des epitheliomes de la peau. V. nemzetközi dermat. congr. — *Fillig:* Über die Behandlung der Carcinome mit Röntgenstrahlen. Beiträge zur klin. Chir. 1904. XLII. k. — *Hahn:* Hat die Röntgentherapie gehalten, was sie versprochen? Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. VIII. k. — *Köhler és Herzheimer:* Zur Röntgen-Strahlenbehandlung des Carcinoms. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. VIII. k. 5. f. — *Marschalkó:* Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die malignen Tumoren der Haut. V. nemzetközi dermat. congress. 1904. Berlin. — *Pautrier:* Resultats fournis par la radiothérapie dans le traitement du cancer de la langue. Soc. de dermat. et syphiligr. 1905. június 13. — *Perthes:* Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf epitheliales Gewebe insbesondere auf das Carcinom. Centr. f. Chirurgie. 1903. 36. sz. — *Perthes:* Über die Behandlung des Carcinoms mit Röntgenstrahlen und über den Einfluss derselben auf die Zelltheilung. Münch. med. Wochenschrift. 1904. 6. f. — *Perthes:* Versuch einer Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen mit Rücksicht auf die Bedeutung der Durchlässigkeit der Gewebe für die Radiotherapie. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. VIII. k. 1. f. — *Reboul:* Sur quelques cas de cancer et de tuberculose traités par les rayons X. Archives d'électricité médicale. 149. sz. — *Discussio:* Société de dermatologie et syphiligraphie. 1905. június 13. (Brocq, Darier, Beurmann, Déhu, Sabouraud, Lenglet.)

Tárca.

Az iskolaegészségügy viszonya az orvostudományhoz.

Az iskolaegészségügy az orvosi tudomány legfiatalabb hajtásai közé tartozik, és így nem csoda, ha helye szemben a többi ágakkal eddig nincsen pontosan körülírva, megjelölve. Még alig négy évtizede, hogy az iskolával foglalkozik az orvosvilág, minékutána *Cohn Hermann*, a breslauer szemorvos a tanulók közellátásáról, *Fahrner* zürichi orvos az iskolapadokról írott közleményekkel a művelt világ figyelmét felkeltették.

Első sorban az iskolák építésével és berendezésével foglalkoztak túlnyomóan ezen tudományágak hívei. Építészek és hygienikusok voltak a szóvivők, a kiknek sikerült az egészséges

iskolaépület feltételeit és módozatait megállapítaniok, bár egyes dolgokban, pl. a padok tekintetében még ma sincsen végleges megállapodás: legjobb bizonyították a padoknak sokfélesége. A hygienikusok még azon kívül a fertőző betegségek elleni küzdelmet vették fel az iskola feladatai közé, a mi voltaképp áruházas, mert a hatósági orvosok ügykörébe tartozik.

Egy másik irány szerint, melynek legékebb szószólója *Griesbach* dr., a ki a Weber-féle tapintókörvöl (aesthesiometer) végzett vizsgálatokat és a tapintókörvöl növekedéséből következtetett a szellemi fáradásra, a tanítás hygienéje képezi az iskolaegészségügy legfőbb anyagát. „Nicht das Inordnunghalten der Schulgebäude sei das Wesentliche der Schulhygiene, wie noch oft in weiten Kreisen angenommen wird, sondern die Hygiene des Unterrichts sei das Wichtigste.“¹

Szigorúan véve igaza van, mert a tanítás, az oktatás az egyedüli sajtáságos vonása az iskolának, mely egyebütt sehol sem található, ha csak azon oktatásra nem gondolunk, melyet a szülő gyermekével, a mester tanonezával szemben stb. folytat. Az is kétségtelen, hogy ezen legnehezebb kérdésével az iskolaegészségügynek még sokkal bővebben kellend foglalkoznunk, és e tekintetben különösen a kísérleti psycho physiologiára nagy munka vár.

A tanítás hygienéjébe természetesen csak annak lehet betekintése, beleszólása, a ki úgy elméletileg, mint gyakorlatilag foglalkozott vele, és így nevezetesen a külföldön azon veszélyt fenyegetne, hogy az orvosok, a kik sehol sem tanítanak, befolyásuktól elesnének. Ezen veszély nálunk nem forog fenn, mert iskolaorvosaink tanítanak is, nevezetesen a középiskolákban, a felsőbb leányiskolákban, helylyel-közzel a tanítóképzőkben, sőt még (bár ezt nem helyeslem) a népiskolákhoz tartozó polgári leányiskolákban² is, és ekkép lehetővé van téve, hogy a tanítás művészetébe betekintést nyerjenek.

De akár tekintsük az iskolát mint oly helyet, a hol a törvény kényszere folytán vagy önként számos tanuló egybegyűl és az együttlét, nemkülönbén a helyiség befolyásának alá van vetve, akár tekintsük az iskolát mint az ismeretek terjesztőjét, mihelyest ezeknek befolyását az iskolát látogatókra tanulmányozzuk, csakhamar meggyőződünk, hogy — ha csak ok nélkül vagy elegendő ok nélkül nem akarjuk csupán az iskolát vádolni a különböző kóros elváltozások létrehozásával — figyelmünket az összes tényezőkre kell fordítanunk, melyek a tanulóra egyáltalában befolyanak és ezeket kell egyenként, egymással szemben mérlegelnünk, vajjon melyik gyakorolhatta a nagyobb, a döntő befolyást.

Hogy egy példával szolgáljak, felhozom mint legklasszikusabb tanut magát *Cohn Hermann*-t, a ki a tanulók közellátásával az iskolát okolta és a nürnbergi nemzetközi iskolaegészségügyi congressuson (1904) kénytelen volt bevallani, hogy daczára a világgosság szempontjából kifogástalan iskola-épületeknek (Németországban, nem minálunk), a közellátók száma mégsem fogyott. A Szemészetben³ már régen hangsúlyoztam, hogy egyrészt az otthoni viszonyok, másrészt az örökölt hajlamosság szintén mérlegelendők.

Ma már mindenki belátja, hogy a tanulóknál talált elváltozások, betegségek nem egyszerűen az iskola rovására irandók, hanem számba veendő, hogy ezek keletkezettek az iskola látogatása előtt, hogy keletkezettek az iskola látogatása alatt, de nem az iskola befolyása következtében és végül az iskola látogatása alatt az iskolába járás folytán.⁴

Az iskolaegészségügy tárgya ekkép eltolódik és a tulajdonképeni helyes irányba terelődik. Tárgya nem lehet más, mint az iskolába járó gyermek vagy ifjú, a tanuló egészében, mindenféle vonatkozásában. Minthogy azonban a tankötelezettség manap minden művelt államban el van rendelve (minálunk 6 évig kell a mindennapos és 3 évig az ismétlő iskolába járni), sőt az iskolába járás tartama mind hosszabb időre terjed ki — látjuk, hogy a külön-

¹ Zeitschrift für Schulhygiene. 1905. 369. 1.

² E kérdéssel: Iskolaorvos tanítson-e? kimerítően foglalkoztam a Magyar Paedagogiában. 1905.

³ Szemészet. (Orvosi Hetilap melléklete 1887. évfolyam.)

⁴ Kreisarzt Dr. Krieger, Barmen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege. 1905.

böző iparokat is mindinkább iskolákban tanítják, a kereskedelmi kiképzés pedig úgyszólván teljesen az iskolába szorult —, ennélfogva egész jogosan azt következtethetjük, hogy az *iskolaegészségügy tárgya a fejlődés korában lévő ember.*

„Que le médecin scolaire soit avant tout un „*puericulteur*“ mondja H. Méry¹ a párisi francia iskolaegészségügyi congressuson (1903) tartott előadásában. Egyébként *Le Gendre*, a legelső francia iskolaorvos és sok más hasonló véleményét táplál. Németországban a *wiesbaden* rendszer (1896 óta) szerint a „Schülerhygiene“-re fektetik a legnagyobb súlyt és azóta számítódik az iskolaorvosok alkalmazásának gyors elterjedése a német városokban. A nemrég elhalt *Schubert*² dr. adatai szerint 1903-ban 111 német város alkalmazott volt iskolaorvosokat és 100 városban 550 iskolaorvos volt állásban. Ezen irány megindításának érdeme voltaképpen a svéd anatómus professornak, *Axel Key*-nek és a kopenhageni *Axel Hertel*-nek ítélendő.

És így mentől behatódobban foglalkozunk a kérdéssel, annál inkább meggyőződünk, hogy voltaképpen a gyermekgyógyászat áll legközelebb az iskolaegészségüghöz (az orvosi tudomány összes ágai között) és hogy következményképpen a *gyermekgyógyászat* alapos ismerete a legjobb előkészítő az iskolahygiénéhez. Ennek megfelel azon tapasztalati tény, hogy több német egyetemen gyermekorvosok tartanak előadásokat az iskolaegészségügy köréből és hogy a *Jahrbuch für Kinderheilkunde* rendszeresen ismerteti az iskolaegészségügy irodalmát.

Mindazonáltal a kettő távorról sem egy, habár mindegyiknek tárgya a fejlődés korában lévő ember. Csakhogy, míg a gyermekgyógyászat a 0-tól a 12, legfeljebb 14 éves korig foglalkozik, addig az iskolaegészségügy hatásköre csak az iskolába, helyesen mondva az óvóba lépés idejével kezdődik és eltart legalább a középiskolák elvégzéséig. Sőt még az egyetemi hallgatónak is szükségük volna reá.

A hivatkozás, hogy Németországban iskolaorvosokat eddigelé csupán az elemi s a vele egyértelmű polgári³ iskolában alkalmaznak, nem esik latba; ott ugyanis a városok jártak és járnak elő jó példával, mert az ő kezükben van az elemi kiképzés. Az állam ellenben, a mely az összes magasabb iskolák tanrendjét megállapítja, még nem látja be az iskolaorvosok szükségességét, bár mindenfelől kívánják. Nálunk fordítva áll a dolog; az állam a haladás barátja, indítója és gymnasiumaink és reáliskoláink rendelkeznek iskolaorvosokkal, míg az elemi oktatás nem. Bizonyára e téren is az állam jó példájára várnak.

Lényegesebb különbség, hogy a gyermekgyógyászat a már beteg gyermekkel foglalkozik, igaz élettani alapon, mint manap az egész orvosi tudomány, míg az iskolaegészségügy inkább az ifjú szervezet rendes fejlődésére, ennek rendszeres ellenőrzésére fekteti a főszlyt és azonnal közbelép, mihelyest kiderül, hogy valamely káros körülmény befolyása folytán a rendes fejlődés menete gátolva, akadályozva van. Ezen tisztán *élettani* része az iskolaegészségüghnek a legnagyobb fontossággal bír az ifjúkor betegségeinek megelőzése, a keletkező félben lévő elváltozások gyors, idejében való felismerése körül. A fejlődés élettana integrans része az iskolaegészségüghnek, kellő ismerete nélkül nem mondható meg, meddig tart az épírányú fejlődés és hol kezdődik a kóros elváltozás.

A különféle körülményeket tanulmányozva, melyek a szervezet fejlődésére befolyást gyakorolnak, az iskolaegészségüghnek fokozott figyelmet kell az *iskolára* fordítania, holott a gyermekgyógyászat ezzel nem igen törődhetik. Ide tartozik azon veszélyek elhárítása, melyek a sok gyermeknek egy terembe, egy épületbe való összegyűjtéséből rájuk háramlik, nevezetesen az iskolaépület és a fertőző bajok befolyása, továbbá az iskolában végzett speciális munka, a tanulás által és folytán keletkezett elváltozások. Ezen szempontból tekintve ezek nem képezik az iskolaegészségügy egyedüli részét, hanem hozzájuk egyenrangú tényezők-

ként csatlakoznak az otthon, a szülői ház, a környezet befolyásolási és az örökölt hajlam. Mindmegannyi alá van rendelve az iskolaegészségügy legfőbb tárgyának, a rendes fejlődés biztosításának.

Szükséges ezen körülményt már arra való tekintetből is hangsúlyoznunk, mert a határ az otthon és iskola között távorról sem oly szigorú, mint a hogy első pillanatra gondolni lehetne, hanem mindinkább elmosódik azáltal, hogy az iskola a szülői háznak nem egy feladatát kénytelen magára vállalni, így középiskolánkban a testi nevelés úgyszólván teljesen átment az iskola kezébe, holott voltaképpen a szülői ház feladata volna. A szegény tanulók ruházata, táplálása, a napközi otthonok és a szünidei gyermektelepek mindmegannyi tanúságai az iskola térfoglalásának. Legteljesebb ez az internatusokban, melyek a szülők egész nevelési feladatát vállalják magukra.

Egy évtized előtt ki merte volna azon határozott kijelentést tenni, melyet *Gaspar* dr., a stuttgarti városi orvos tett, a kit a városi hatóság az összes iskolásgyermek beható orvosi megvizsgálásával megbízott és a ki ezekből a következő következtetést vonja le: „... für den Gesundheitszustand der Volksschüler sind die häuslichen und die sonstigen Lebensverhältnisse sicher von weit grösserer Bedeutung, als die Einwirkungen der Schule.“¹ Ez áll — egészen bátran merem mondani — a középiskolákra is.

Kétséget nem szenved továbbá, hogy az iskolaegészségügy az orvosi tudomány egyes ágaira nagyobb súlyt kénytelen fektetni vagy azokat más szempontból kell tekintenie, mint a gyermekgyógyászat. Az *egészséges szem, fül, beszédszervek* teszik csak lehetővé a szintén *egészséges agyvelő* kiképzését. Messzire vezetne, ha mindezek részletezésével foglalkoznám; eléggé ismeretes, hogy a természet mily fontos szerepet játszott az iskolaegészségügy előmozdításában. A gyengeletességük és gyengeelméjük tanításának különválasztása a rendes tehetségüektől a mai iskolaegészségügy legszebb vívmánya.

Az *orthopaedia* bőven foglalkozott a gyermekek ülésével és az iskolapad kérdésével a nélkül, hogy végérvényes eredményre tudott volna jönni. Míg nemrég még az volt a cél: oly padot szerkeszteni, a melyben a gyermeknek jól „kell“ ülnie, addig most már belátjuk, hogy az ily kényszerülés nem felelhet meg az élettannak. Így *Girard* tanár a svájci iskolaegészségügyi congressuson² kifejtette, hogy „bizonyos mozgékonyt kell a gyermeknek biztosítani, hogy nem hiszi, miszerint a scoliosist a pad okozza és hogy elveti a reclinatiót és a nagyfokú minus distantiát“. Az első elemittől kezdve vizsgálva a gyermekeket s az otthoni viszonyokat tanulmányozva, bizonyára más, de mindenesetre alaposabb eredményekre fogunk szert tenni a scoliosist illetőleg is.

Végül az iskolaegészségügy körébe tartóznak kell még tekintenem a *fiatalnág nemi fejlődését* és a vele kapcsolatosan járó *nemi betegségeket*. Jól tudom, hogy e téren még igen kevés történt, legfeljebb az internatusok voltak kénytelenek vele foglalkozni, de ekkor is nélkülözük ezeknek figyelemmel kísérését az orvos szempontjából, nemkülönben a megbetegedett egyén és az összesség egészsége szempontjából.

Az kétségtelen tény, hogy a serdültebb (és sokszor a nem is épen serdült) ifjúság körében a nemi betegségek száma sokkal nagyobb, mint gondolni lehetne. Továbbá az is tény, hogy félelmükben igen sokszor rejtegetik és eltitkolják bajukat,³ saját egészségük kárára, de egyúttal veszélyeztetve társaik egészségét. A szigorú rendelkezések, melyek kicsapással fenyegetik a tanulókat, csak előmozdítják a titkolást; s hozzá ezen szigorú rendszabályok legtöbbször igazságtalanok is, mert abból, hogy valaki nemi bajt fogott és cselekvése nyilvánvalóvá válik, távorról sem következik, hogy már erkölestelen, míg egy másik a legerkölestelenebb, legléghább tanuló lehet és mégis minden büntetéstől megmenekül, mert szerencsésére nemi bajra nem tett szert.

Viszont a feladat megoldása rendkívül nehéz s sok körülményt igényel. A serdültebb ifjúságnak felvilágosítása feltétlenül szükséges. Hogy minden baj nélkül teljesíthető, évek óta

¹ Rapport. 46. lap.

² Das Schularztwesen in Deutschland. 1905. Leopold Voss, Hamburg.

³ A németek polgári iskolája csak jelentéktelen vonásokban különbözik az elemittől: magasabb a tandíja, idegen nyelvet tanítanak, kevesebb tanulót tesznek egy osztályba. Mindkettőbe 6—14 éves korig járnak.

¹ Zeitschrift für Schulgesundheitspflege. 1905. 376. lap.

² Zeitschrift für Schulgesundheitspflege. 1905. 345. lap.

³ Róna könyvében (A buja vagy nemi betegségek 1893.) egy vidéki tanuló eltitkolásának és a nem gyógyítás káros utókövetkezményeinek igen tanulságos esete van megírva.

tapasztalom: évente az egészségügy keretében rendszeresen „felvilágosítom” a hetedik osztály tanulóit, bár nem egyre nézve már későn. Azért mégis hasznát veszik az óvórendszabálynak és a figyelmeztetésnek, hogy addig ne nyugodjanak, míg bajukból teljesen ki nem épültek. Ilyen előadások kellenének minden iskolában, minden betegpénztárnál stb.

Elvként hangoztatom még, hogy az oly tanulónak, a ki ilyen betegségét az iskolaorvosnak felfedezi, semmi bajának sem szabad történnie, még akkor sem, ha az orvos az összességre való tekintetből ez esetről az intézet vagy internatus vezetőjének jelentést tenni kénytelen.¹ Így minden feltűnés nélkül lehet az ifjút megfelelő kezelésre utasítani, a mit a házi orvosa végezzen, így minden erkölcsi ártalma vagy tanulmányi hátramaradása nélkül lehet a megfelelő intézkedéseket megtenni, hogy a baj másokat ne veszélyeztessen. A fő, hogy ez ifjaknak a titkolódzásra, a bajok rejtgetésére okuk, ürügyük ne legyen.

Ezen felette fontos kérdés azonban már átvisz az iskolaegészségügy *gyakorlati kiviteltére* és e tekintetben szintén felhozhatni, hogy lényeges a különbség a gyermekgyógyászat és az iskolaegészségügy között. Míg az első gyógyító tudomány *κατ'εξοχήν*, addig az utóbbinak feladata főleg a megelőzés, a prophylaxis.

A prophylaxis feladata feltétlenül áll az iskolaépület és a tanítás hygienéjére vonatkozólag. A jól épített és berendezett iskolaépületekkel a betegségek kifejlődését akarjuk megelőzni és ugyanazt akarjuk elérni a tanítás ellenőrzésével is. Csakhogy e két téren egyrészt más körök (építészek, tanfőfiak) közreműködése nélkülözhetetlen és másrészt az orvosok részvételét igen szigorú feltételekhez kell szabni. Hogy orvos egy iskolaépület tervezésébe nyomatékosan beleszólhasson, ahhoz sok előtanulmányra s tapasztalatra van szükség. Örülni kell, ha erre a feladatra néhány orvos képes.

Más a már kész épület és berendezés ellenőrzése: ehhez bizonyos határok között minden iskolaorvosnak értenie kell. Azt, hogy az iskola levegőjét, vizét vegyileg megvizsgálják, nem kell tőlük követelni: nemcsak mert nélkülözik a szükséges felszerelést, hanem mert ilyenmő vizsgálatok ritka végzése által gyakorlottságukat, ha meg is volt, elvesztik. A középiskoláinkon alkalmazott iskolaorvosok közül a két lefolyt tanévben csupán egy vizsgálta a vizet és egyetlen egy sem a levegőt, de tudomásom van egy intézetről, a hol a kicsiny tornaterem rossz levegőjét nem az iskola orvosa, hanem a vegytan tanára vizsgálta.

A tanítás hygienéjébe való beleszólás — bármily kívánatos — csak oly orvosok részéről lehetséges, a kik maguk is foglalkoznak elméletileg s gyakorlatilag a tanítással, különben teljes joggal vethetnék szemünkre a kuruzslást, a mi ellen pedig mi szoktunk a legerélyesebben küzdeni. Helyén lévőknek tartom felemlíteni, hogy az egyetemi és a középiskolai oktatás sok tekintetben eltér egymástól és így nem következik, hogy az, a ki az előbbiben jártas, sőt kiváló, az utóbbiban is tájékozott legyen.

A tanulók egészsége és fejlődése megvizsgálásának prophylaktikus értékét és felhasználását hirdeti egyelőre — kevés kivétellel — minden iskolaorvos. A legtöbb iskolafenntartó egész határozottan kiemeli, hogy a gyógyítása a beteg tanulónak nem feladata az iskolaorvosnak. Ehhez képest a vizsgálatok alkalmával talált bajokról legfeljebb külön értesítést küldenek a szülőknek, hogy a megfelelő kezeléssel gondoskodjanak. Ezen intézkedésre szükség volt, nehogy a gyakorló orvosok érdekei kárt szenvedjenek; a szegény tanulókat pedig a jól rendezett szegénykezelésre utalják.

A gyakorló orvosok érdeke teljesen meg lenne óva, ha az iskolaorvos egyáltalában nem folytatna orvosi gyakorlatot. Mannheim városa igen szép fizetéssel alkalmazott ily iskolaorvost: „im Hauptamt”, ellentétben a „Nebenamt”-tal, a hogy azt a legtöbb iskolaorvos végzi. Kérdésekre, miképen fog az orvostudomány haladásáról tudomást szerezni, azt válaszolták a helyszínen, hogy a „Fortbildungskurse”-kon tovább képezheti magát. Erre azonban a legjobb serkentő az orvosi gyakorlat és meglepetéssel győződtem meg egy iskolaorvosnál, a ki az internatusi gyakorlaton kívül egyebet nem üzött, hogy a Koplík-féle foltokról tudomása nem

volt. Életrevalóbb Blesinger dr., kanstatti orvos¹ javaslata, a mely Württembergben alkalmasint keresztülvitelre kerül, hogy az állam az iskolaorvosi teendőket az orvosi gyakorlattól függetlenítt „Oberamtsarzt”-ra, tehát hatósági orvosokra ruházza. Az orvosi gyakorlattól függetleníttést úgy értelmezi, hogy a konzultatív kórházi gyakorlaton kívül egyéb gyakorlatot üznie nem szabad, természetesen megfelelő anyagi kárpótlás mellett.

Ezen iránynyal szemben az irodalom figyelmes követője azt fogja találni, hogy lassanként más hurokat kezdenek pengetni, a mire az élet kényszerít. Magában véve nem kár, hogy a nagy fáradtsággal végzett vizsgálatok gyakorlati kihasználása oly csekély a gyermek érdekében. Nem egy iskolaorvosi jelentés panaszkodik, hogy a szülők mily kevésbé veszik figyelembe a jóakarú figyelmeztetéseket. Dr. med. *Friedrich Stocker*, luzerni szemorvos¹ ezen alapon következő kívánsággal áll elő: „Zum vollendetem Ansbau einer schulärztlichen Einrichtung gehört überall da, wo kein poliklinisches Institut besteht, eine Art Schulpoliklinik, Dispensarium oder etwas ähnliches, was gestattet Unbemittelten die nothwendigen Utensilien (Bruchbänder, Brillen u. s. w.) gratis sofort zu verabfolgen, sowie kleinere nötige ärztliche Vorrichtungen an Augen, Ohren, Zähnen, Nasen-Rachenraum, u. s. w. von sich geben lassen. Die Zwangsreinigung von Parasiten bei Kindern renitenter Eltern könnte auch diesen Instituten zugewiesen werden.” Másképp csinálja *Magdeburg* városa:² olyan orvosokat alkalmaz iskolaorvosoknak (23 van), a kik egyúttal a szegényorvosi teendőket is végzik, a miáltal a beteg tanulók kellemetlen küldözgetésének eleje van véve. Sőt *Berlin* városa is szegényorvosokként akarja felhasználni a fizetett iskolaorvosokat. A Strasburgban és Darmstadtban létesített fogászati poliklinikákat (Schulzahnpoliklinik) csak említeni óhajtom.

Nálunk is találunk a beteg tanulók gyógykezelésére valló hajlamokat. Az értesítőkből kiveszem, hogy számos iskolaorvos el nem kerülheti a szegény tanulók gyógyítását, sőt az iskolaszolgák is rendszeresen felkeresik őket, a mit részben helyeselni és túrni kell — bár az iskolaorvosok fizetése felette csekély —, mert csak így lehet a családjukban esetleg előforduló fertőző bajokról (tífóvészről) tudomást szerezni.

Több középiskolában, s első sorban az internatusokkal, belakással, deákasztallal ellátott felekezetiekben, egész rendszeresen gondoskodnak az összes tanulók gyógykezeléséről, a miért a beiratkozás alkalmával bizonyos díjat fizetnek. Főleg oly intézetekben kell ezen eljárást helyeselni, a melyekbe igen sok idegen tanuló iratkozik be, a kiknek legnagyobb része egyúttal szegény is. Panaszt az odaváló orvosoktól eddigelé még nem hallottam, azt hiszem senki sem fogja az ekkép az orvosi kar többi tagjaitól eleső jövedelmét sokra becsülni, a mivel ezerben áll az *ifjúság szoktatása az orvoshoz*. A hol az iskola valamelyes kedvezményben részesíti a tanulókat, ott eljárása határozottan jogosult.

Az iskolaorvosok szabályzata és utasítása általában a nem gyógyítás elvi alapján áll és minden kifejezésében gondosan kerül az orvosi beavatkozást. Csupán a szemüveg viselésére vonatkozó pont magyarázható a beavatkozás mellett. 14. d) „Az iskolaorvos ügyel arra, hogy a tanulók orvos rendelése nélkül szemüveget ne viseljenek. Azokat a tanulókat, kiknek szükségük van, *megfelelő tanácsal* látja el.” Annál is inkább szól ezen pont az iskolaorvos rendelkezése mellett, mert a 14. a) pont szerint az iskolaorvos feladata minden tanuló fénytörésének pontos megvizsgálása. Boldogult *Schulek* tanár, a kitől való ezen 14. pont, szem előtt tartotta, hogy számos vidéki városban, mondjuk a legtöbbben, a tanuló csak akkor fog pontosan megfelelő üveget kaphatni, ha az iskolaorvos ért hozzá.

A nemi betegségek ellen sikeres küzdelmet is csak akkor és úgy lehet folytatni, ha az iskola orvosához már előzetesen bizalommal fordulhattak a tanulók. A házi orvos hatáskörét természetesen mindenkép tisztelni kell. Az orvos voltaképen csak akkor lesz igazán az iskola orvosa, ha gyógyíthat is. Különben iskola-hygienikus vagy másképp nével kellene illeszteni. Csak mellékesen hozom fel, hogy a közönség az iskolaorvosok nem gyógyításával egyáltalán nem tud megbarátkozni.

¹ Lásd referatúmomat: Hygiene der Internate. (Bericht des schulhyg. Congresses in Nürnberg. 2. kötet.)

² Die Schularztfrage vom Standpunkte der Medizinalbeamten. Zeitschr. f. Schulhyg., 1905. 616. lap.

Látjuk tehát, hogy a gyógyítás terén sem áll fenn a szigorú határ az iskolaegészségügy és a gyermekgyógyászat között és teljesen aláírom azon nézetet, hogy kevés kivétellel mindazt, a mit az iskolaorvos a fejlődő kornak érdekében elkövethet, azt a házi orvos is elvégezheti. Csakhogy először a legkevesebb családnak van házi orvosa s azt, mihelyest a gyermekek feleserepednek, ha meg is tartják, nem igen veszik igénybe, másodsor pedig — valljuk be őszintén — mi orvosok eddigelé nem soroztuk teendők közé az ifjúság fejlődésének rendszeres ellenőrzését. S ha az iskolaegészségügy fejlődése a házi orvosokat ezen irányú működés teljesítésére serkenteni fogja, azáltal érdemeiket, befolyásukat növelni fogja.

A „puericultura“ felette fontos állami érdek. Mi az ezen irányú fejlődésnek csak kezdetén vagyunk. Az első lépés, a tanulói ifjúság körében észlelhető elváltozások stb. megfigyelése, közeledik a megvalósulás felé. Következni fog a szükséges eszközök megszerzése, intézkedések tétele, hogy egészséges, erőteljes ifjúságot bocsáthassunk a létért való küzdelem porondjára. Reméljük, hogy ezen célt nemsokára elérjük.

Juba Adolf dr.

az országos közoktatási tanács tagja,
iskolaorvos és egészségügytanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Tavel: *Chirurgische Infection und deren Prophylaxe*. Berlin, 1905. Leonhard Simion Nf.'s Verlag.

A sebészi infectiókról és azok prophylaxisáról könnyen áttekinthető képet nyújt Tavel berni professor ezen kis monographiában. Munkája bakteriologiai alapon épül fel, s szerinte csak az a sebész fog az elsődleges gyógyulást illetőleg állandóan jó eredményt felmutatni, a ki a bakteriologia alapjait ismeri, a ki azzal behatóan foglalkozott, mert a bakteriologia a sebészi fertőzések aetiologiás prophylaxisában ugyanazon helyet foglalja el, a melyet az infectiók aetiologiás therapiájában betölt.

Munkája két részből áll: az elsőben a *sebfertőzésekkel*, a másodikban az *asepsissel* és *antisepsissel* foglalkozik.

A sebfertőzés tényezőiről, a *contaminatio*ról, t. i. a fertőző bakteriumoknak a sebben való jelenlétéről, a *dispositio*ról és a *virulentiáról* behatóan értekezik

A) A *contaminatio*. Kiterjeszkedik a *contaminatio* módzataira: a bakteriumok a sebbe juthatnak 1. léginfectio útján, 2. per contactum, 3. autogen úton, 4. haematogen úton.

I. A *léginfectiót* a por, az expirált levegőben levő vízcseppek és az izzadságesepek közvetítik. A vízcseppek főleg beszélgetéskor szóródnak szét; érdekes számítás, hogy 45 percig tartó műtét alatt átlag 110—254 szavat ejtenek ki, 300 szó kiejtésékor 60 nyálesepp szóródik szét, minden cseppben átlag 4375 mikroorganizmus van, s így jelentősége elvitázhatlan a fertőzések keletkezésében. A prophylaxist a műtét közben lehető hallgatás adja meg.

II. A *per contactum létrejövő infectiókról* szólva, részletesen kiterjeszkedik a kéz, eszközök, varróanyag, compresssek, irrigáló folyadékok sterilizálására.

A *kézsterilizálás* nemcsak nagy gyakorlatot igényel, hanem a figyelem nagy concentratioját is, mindig tudnunk kell, mit cselekszünk. A kézdesinfectio céljainak nagyon megfelel a sublimat, de sokan állandó használatát nem tűrik el, a kéz bőre berepedezik, sőt intoxicatiós tünetek is jelentkezhetnek; az alkoholos desinfectio csak látszólagos desinfectio, mert az alkohol a bakteriumokat rögzíti, de nem öli meg. Tavel nagyon ajánlja az újabb *sublamin*-t, a melyet kipróbált, s a melynek desinfectáló ereje a sublimattal egyenrangú, annak kellemetlen hatásai nélkül. A keztyűket *műtét előtt* állandóan viselni kell, csak közvetlenül műtét előtt vesszük azokat le; csak fertőzött esetekben ajánlja a gummikeztyűk hordását, a melyeknek megvédése céljából följük még ezérnakeztyűt veendő. Tavel a gummikeztyűben való dolgozást ideális eljárásnak tartaná, ha műtét közben nem sérülnének oly könnyen, a mi alkalmazásukat illusoriussá teszi. Tény az,

hogy a gummikeztyűben való dolgozás, ha a keztyű beszakad, veszedelemmel jár, mert a bakteriumok Hügler szerint a keztyűben gyorsan szaporodnak, de ha, a mint az jelenleg Dollinger tanár klinikáján történik, a paragummi-keztyűk fölé a Mikulicz-féle ezérnakeztyűket húzzuk, a melyeknél a varrás a keztyű dorsalis felszínére esik, úgy a gummi-keztyűk kellőleg védve vannak és a tapintás kellő gyakorlat mellett egyáltalában nincs alterálva, úgy, hogy a legfinomabb technikát igénylő műtétek, mint pl. a ductus choledochus varrása, teljes könnyedséggel kivihető. Ezen két keztyű alkalmazásával a sebfertőzéseket lényegesen alászállíthatjuk.

Az *eszközök* sterilizálására nagyon ajánlja Tavel a 2%-os borax-oldatot, a melyben 15 percig tartó főzés csirtalanít.

A *selyem-sterilizálás* a következő módon végzi: 1. zsirtalanítás aetherben 6 órán át; 2. alkoholba helyezés 6 órára; 3. sublimat 1%/o vizes oldatában felfőzés; 4. gummikeztyűben steril üveghengerre való felesavarás; 5. 1%/o sublimat-oldatba való helyezés 24 órára; 6. 24 óra elteltével steril fogóval kivétel és steril üvegbe helyezés, megőrzés szárazon; 7. egy órával műtét előtt 1%/o sublimat-oldatba való helyezés. Ily módszerrel sterilizált selyem alkalmazása után sohasem észlelte a selyem kilökődését vagy a fonál genyedését.

A *törlek* sterilizálására a 120—140°-on történő gőzsterilizálást ajánlja. A *compresssek* csirtalanítását szódaoldatban végzi.

III. Az *autoinfectio*, vagyis a test felületén levő saprophytáknak parazitákká való átalakulása ellen az operatiós terület kellő desinfectioja végzendő. Az autoinfectio létrejöhet a műtét közben s a műtét után. A postoperativ autoinfectio létrejön az által, hogy a szűrési csatorna, a drain mentén stb. vándorolnak be a bakteriumok. Drain gyanánt a Kocher-féle üvegdraint ajánlja, ezt is rendszeren 24 óra után, csontműtéteknél 3 × 24 óra után el kell távolítani.

IV. A *haematogen infectio* vagyis a *resorptiós infectio* elkerülése céljából ajánlja, hogy a műtét előtti napokon könnyen emészthető táplálékot kapjon a beteg, hogy a műtét előestéjén 1—2 gm. natrium salicylicumot vegyen be, mert ez a leukocytákat és a phagocytákat működésükben fokozza s a vérben esetleg keringő csírokat könnyebben előli.

Kiemelendő még, hogy a seb contaminatiojánál a sebbe jutott bakteriumok *mennyisége* lényeges szereppel bír a fertőzés létrejöttében. Kísérleti tapasztalatok igazolják, hogy a genyedési koëfficiens határozott mennyiségű staphylococcusoktól függ; így 50 millió individuumnak a bőr alá fecskendése még nem von reactiót maga után; 250 millió idéz elő reactiót és 500 millió okoz genyedést.

B) A *dispositio* lehet általános és lokális. Az *általános dispositio* során felemlíti a *glykosuriát*, a *nagy testi kifáradást* s kellőleg méltatja Fodor tapasztalatát, hogy a *vér alkalicitásának alászállása* kedvező dispositiót teremt; súlyt helyez a test *lehülésére* is mint disponáló tényezőre. A lehülés egyfelől a tüdők vérekes vérbőségét, a vér alkalescentiájának csökkenését és a leukocyták számának megfogyását (leukopenia) vonja maga után.

A *lokális dispositio* momentumait 1. idegen testek implantatioja, 2. a sebváladék retentioja, 3. a szövetek laesioja képezi.

1. Az *idegen testek* (catgut, selyem stb.) a bakteriumok szaporodására kedvezőek, ezért lehető kevés ligatura alkalmazandó, a ligaturák legyenek antiseptikusak, a nélkül, hogy szöveti laesiót okozzanak.

2. A *retentiós infectiók* (haematoma, seroma) elkerülése céljából pontos vérzéscsillapítás, haemostatikus szerek alkalmazása, drainezés, étagevarrat, tamponade, compressio vagy nyílt sebkezelés végzendő. Igen fontos a pontos vérzéscsillapítás, mert kísérletek igazolják, hogy haematomák elgenyedésére a bakteriumoknak 1/24-nyi mennyisége elegendő, vagyis a bakteriumkulturák infectiós coëfficiense jóval kisebb haematoma esetén.

3. A *laesiós infectiók* létrejöttére nem szükséges a szövetek elhalása, hanem a szövetek laesioja már kisebb mérvben is kedvező az infectiók létrejöttére. A laesio lehet vegyi, physikai vagy mechanikus természetű. Ezen laesiók prophylaxisára ajánlja a nedves asepsist, a felesleges szövetsértések, zúzások, vongalások és torsiók elkerülését, az antiseptikus irrigálások elhagyását.

C) A virulentiáról, az aseptisről és az antiseptisről szintén értelmesebb összeállítást közöl. A fiziologiás autoantiseptis tényezőiről rövid képet nyújt, az itt szereplő momentumok, primaer vérzés, a bakteriumok resorptioja, a testnedvek baktericid hatása, az alexinek, a nedvek antitoxikus hatása, a phagocytosis, a gyuladás kellő méltatásra talál. Utasítást találunk a fiziologiás autoantiseptis fokozására, a nedvek baktericid hatásának növelésére, a melyet különböző vizsgálók (Metschnikoff, Denys, Walther, Mikulicz 2%-os nucleinsavoldata) ajánlottak.

Mint látjuk, Tavel ügyesen állította egybe mindazt, a mit a sebészi fertőzések prophylaxisában tehetünk. A mikor azonban a szervezet védekező erejének momentumait sorba állítja, nem szabad azt hinnünk, hogy ezek a természetben is hasonló systematikus módon érvényesülnek. Gondoljunk ténykedésünk, a fertőzés elleni védekezésünk közben arra, a mit Duclaux mond: „la nature se moque bien de nos classifications, elle employe à la fois tous ces moyens et beaucoup d'autres et elle fait de son mieux,” és akkor a vis medicatrix, a melyet általában a mai bakteriologiai korszakban kevésbé becsülnék, az őt megillető helyre jut!

Steiner Pál dr.

Uj könyvek. J. Pagel: Grundriss eines Systems der medizinischen Kulturgeschichte. Berlin, S. Karger. — E. A. Homen: Arbeiten aus dem pathologischen Institut der Universität Helsingfors. Berlin, S. Karger. — H. Jacobsthal: Über die Naht der Blutgefäße. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — E. Tavel: Chirurgische Infection und deren Prophylaxe. Berlin, L. Simion's Nf. — Dammann und Müssemeier: Untersuchungen über die Beziehungen zwischen der Tuberculose des Menschen und der Thiere. Hannover, Schaper. — M. Benedikt: Aus meinem Leben. Wien, C. Konegen. — O. Vulpius: Über die orthopädische Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen. Leipzig, B. Konegen. — F. Erhard: Nachdenkliches zur heutigen Heilkunde. Leipzig, B. Konegen. — G. Flatau: Die Poliomyelitis anterior acuta. (Spinale Kinderlähmung.) Leipzig, B. Konegen. — E. Villiger: Gehirn und Rückenmark. Leipzig, W. Engelmann. — L. S. Dudgeon and Percy W. G. Sargent: The bacteriology of peritonitis. London, Constable, Archibald and Co. — S. M. Hebblethwaite: Notes on general practice. London, Scientific Press. — W. H. Ransom: The inflammation idea in general pathology. London, Williams and Norgate.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A felszálló húgyivarszervi gümőkór létrejöttét illetően végeztek kísérleteket Baumgarten és Kappis. Baumgarten régebben kiterjedt kísérletekkel bizonyította, hogy ép viszonyok között a gümőkór nem terjed a rendes váladékáramlás ellenében felfelé. Ily módon csak akkor látta terjedni, a midőn a kóros folyamat szövettani tanulmányozása céljából az ondóvezeték húgyesővi végét előzetes bakteriumbefecskendés után lekötötte. Ily esetekben a folyamat csakugyan felterjedt a herékig. Hogy az ezen körülmények előidézte váladékpangás befolyását a gümőkór fejlődésére és terjedésére alaposabban vizsgálják, egy újabb sorozatban a kísérleti állatok húgyvezetékeinek vagy ondóvezetékeinek centralis (hólyagi) végét oly selyemfonállal kötötték le, mely állati gümőkóros váladék szüredékével volt áztatva. Ezen fonalakon csak igen kevés bacillus tapadt, mint a góresővi vizsgálat mutatta. Ennek dacára a vesékben a jellegzetes urethro-pyelonephritis, helyesebben hydro-pyelonephrosis tuberculosa fejlődött, minthogy az alapvetőbántalom, mely a gümőkór terjedését elősegítette, a vizelet pangás. A lekötés körül keletkezett gümők szétesnek, áttörnek, váladékuk a pangó vizeletbe kerül és így a gümős folyamat a húgyvezeték falán lépésenként halad a vese felé, mely a teljesen kifejlődött esetekben a nephrophthisis caseosa képét nyújtja, ha csak pangás folytán a parenchyma már előbb teljesen el nem pusztult.

Az ondóvezetékben sohasem haladt ily gyorsan előre ezen folyamat, egyrészt mert ezen kis mennyiségű kóroanyag csak hosszú idő múlva tudott betervedni a vezetékbe, ennek erős izomfalzata miatt, másrészt mert ezen csőrendszerben az elzárás sem okozza azon váladékpangást, mely a húgyvezetékben a bántalom terjedését elősegíti. A folyamat itt is ugyan jócskán előrehaladt, de az állatok elpusztultak, mielőtt még a heréhez ért volna.

Ezen kísérletek bizonyítékát szolgáltatják annak, hogy a gümőkór bizonyos körülmények között felszálló irányban terjedhet, de nem bizonyítanak a mellett, hogy az áram ellen képes terjedni.

Embernél ezen kísérletek feltételei csak ritkán vannak meg: t. i. gümőkóros fertőzés és egyidejű pangás. Itt a spontán urogenitalis tuberculosis terjedési útja mégis csak a lehágó marad. (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. 47. sz.) Picker.

A gyomorpróbák hibaforrásairól közöl ezikket Boas. A gyomorchemismusának vizsgálására szolgáló eljárások közül legjobb a próbareggeli s a próbaebéd. De már az eredeti Riegel-féle előírás szerint sem lehet minden esetben ugyanazon időben kivenni a próbaebédet, itt is individualizálni kell, s ez már egymaga is nagy nehézséget gördít a vizsgáló útjába. Egy másik hiba akkor eszúzhatik be igen könnyen, ha a próbaebédek nem teljesen azonosan készültek. Ezenkívül még két más ellenvetés is jön számba, tudniillik Brenninger kimutatta, hogy az esetek nagy számában a három óra múlva kivett gyomortartalomban, még pedig függetlenül a jelenlevő sav fokától, positiv lehet a tejsavreactio; ez kétségtelenül a hústejsavból származik, a melyet pedig nehéz megkülönböztetni az erjedéssé tejsavtól. A másik ellenvetés pedig az, hogy a próbaebéddel adott húsban vér is lévén, az esetleges rejtett, kicsiny gyomorvérzéseket nem lehet meghatározni.

Az eddig ismert próbaétekezések közül a legegyszerűbb a próbareggeli, mivel qualitative és quantitative is könnyű meghatározni, s ezenkívül az összes culturnépek életmódjának megfelelő. Azonban Pawlow vizsgálatai óta tudjuk, hogy a próbaingestum összetételének csekély ingadozása már ellenőrizhetlen változást okoz az emészték összetételében; a próbareggeliket pedig az irodalom szerint sokféle változatban adják.

Ezenkívül gyakran elkövetik azt a hibát is, hogy a próbareggelit a nélkül adják, hogy meggyőződjenek a gyomor üres voltáról, már pedig ha ételmaradékok vannak a gyomorban, megtörténhetik, hogy szabad sósavat nem sikerül kimutatni, mivel esetleg acidophil fehérjék voltak a gyomorban, s ezek magukhoz ragadták a sósavat; vagy pedig positiv tejsavreactiót kapunk, mert a pangó gyomortartalomban nagyobb mennyiségű húsmaradék volt. Ezért tehát minden próbareggeli előtt meg kell vizsgálni a gyomrot, hogy üres e.

Egy további hibaforrás az, hogy a különböző előírások szerint $\frac{1}{2}$ –2 órai tartam után veszik ki a próbareggelit, már pedig könnyen érthető, hogy abnormális rövid, vagy abnormális hosszú idő múlva kivett gyomortartalomból nyert értékek mások-mások lesznek, úgy hogy előfordulhat, hogy az idő előtt kivett gyomortartalomban sósavat nem lehet kimutatni, holott kellő időben a sósav megjelenik benne.

Némely egyénnél a sósav mennyisége nagy fokban ingadozik, így különösen ideges embereknél. Hemmeter ezt az állapotot heterochyliának nevezi, s ugyanő egy esetben egy héten belül ugyanazon egyénnél észlelt normális aciditást, hyper- és anaciditást. Ilyen heterochylia fiziologiás határok között a menstruatio alatt is elő szokott fordulni. A terhesség ideje alatt a sósav mennyisége csökken (Kehrer).

Hibás eredményt kapunk az éhgyomorból nyert pangó gyomortartalom vizsgálatánál is nemesik quantitativ, de qualitativ értelemben. Néha ugyanis ilyen pangásos gyomortartalomban sósavat nem lehet kimutatni, holott ha kimossuk a gyomrot, s utána próbareggelit adunk, egy óra múlva élénk sósavreactiót, sőt nagy sósavmennyiséget is találhatunk. Ép úgy eltűnhet ilyen esetben a pangó gyomortartalomban kimutatott tejsav is gyomor mosás után.

Hamis qualitativ, de különösen quantitativ eredményre vezet a gyomortartalomban esetleg jelenlevő vér, epe, nyálka és nyál. Mélyen fekvő duodenális stenosisnál a gyomorba regurgitálhat az epe s a gyomor sósavtartalmát megmástitja, s így egyszer achlorhydriát, máskor meg hyperchlorhydriát találhatunk.

Tévedésbe ejtethet a gastrosuccorrhoea vizsgálatánál rendszerint követett eljárás is, t. i. a gyomor esti kimosása; ilyenkor ugyanis a mosóvíz egy része mindig visszamarad, s ez secretiora ingerli a gyomrot és a másnap reggel kivett gyomornedv mosóvizmaradékból és hypersecretiós nedvből áll.

Nem szabad rossz motilitásra következtetni abból, hogyha a próbareggeli után igen sok gyomortartalmat kapunk, mert ez hypersecretio eredménye is lehet, miről úgy győződhetünk meg,

ha 7 $\frac{1}{2}$ óra múlva a próbaebéd után a gyomrot teljesen üresnek találjuk, tehát a gyomor motilitása teljesen jó.

Ezekből az a gyakorlati szabály vonható le, normális vagy nagyobb sósavtartalomtól jó motilitásra következtethetünk, míg az expressio után kevés gyomortartalmat kapunk; ellenben nincs jogunk abban az esetben, ha a próbareggeli után sok a gyomorbennek, rossz motilitásra következtetni. Teljes vagy lényeges sósavhiány mellett 150—200 cm³, tehát a normálisat túlhaladó gyomortartalom esetén rossz motilitásra lehet gondolni, míg kevés exprimált emészték nem bizonyítja a jó mozgékonyt, ha csak gondos mosás által meg nem győződünk arról, hogy a gyomorban csakugyan nincsen jelentékeny mennyiségű gyomortartalom.

Mindezek ellenére is a próbareggeli a legjobb és leghasználhatóbb tájékoztató a gyomor secretiós és motorius képessége felől. (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 44. a. szám.)

Belgyógyászat.

Gelatina mint anti diarrhoeicum és stomachicum. Az állatgyógyászatból merített tapasztalat alapján *E. Cohn*, a bonni belgyógyászati poliklinika segédje, megkísérelte a gelatinát különböző eredésű bélhurutok ellen alkalmazni és meglehetősen jó eredményeket is ért el ezen kezelésmóddal. Csak az volt a baj, hogy a 10% os gelatina-kocsonyát nem szívesen vették be a betegek, dacára annak, hogy citromsav- és málnaszörp-tartalma miatt egészen kellemes ízű volt. Hátránya volt továbbá ezen kocsonyának, hogy nagynyílású edényekben kellett tartani, tehát a levegő és a benne levő baktériumok számára könnyen hozzáférhető volt és ennek következtében felületén csakhamar penészgomba-telepek fejlődtek. Ezért folyékony állapotba iparkodott hozni a 10% os gelatinát, a mi olyan módon sikerült, hogy 6 órán át tette ki áramló gőz hatásának; ily hosszú idei hevítés teljesen megfosztotta a gelatinát alvadékképességétől. A gelatina valószínűleg olyan módon hat, hogy a gyomrot és a belet bevonja s így mintegy megvédi különböző káros hatásoktól. Gyermekeknek következőkép rendelendő: Rp. Gelatin. 10'0; Coque c. aqu. destill. per horas VI, ut remaneat fluida, ad 80'0. Filtra frigide. Adde Acidi citrici 1'0; Syr. cort. aurant. ad 100'0. S. 2 óránként $\frac{1}{2}$ evőkanállal. Felnőttek ugyanilyen módon 20 gramm gelatinából készített 180 gramm folyadék, a melyhez 2 gramm citromsavat adunk; ebből 2 óránként vesz be a beteg 1—2 evőkanányit. (Therapie der Gegenwart, 1905. 9. füzet.)

Nephritis parenchymatosa esetét közlik *Rolleston* és *Attlee*. A 36 éves férfibeteg baja már hónapok óta tartott és a szokásos gyógykezelés mellett folyton rosszabbodott. Kiemelendő, hogy ámbár rendkívül nagyfokú vizenyő volt jelen, az arcon és a szemhéjakon mégsem lehetett oedematá találni, noha vesebajban éppen e helyeken jelentkezik az először. Szívtágulásnak semmi jele sem volt kimutatható. Coffeincitrat használatára ($\frac{1}{2}$ grammos adagok 3-szor naponként) az állapot rohamosan javult: a vizelet mennyisége erősen szaporodott, a vizenyő felszívódott, az erőbeli állapot gyarapodott. Jelenleg az illető jó egészségben van, rendszeres foglalkozását folytatja, vizelete csak nyomokban tartalmaz fehérjét. (The Lancet, 1905. november 11.)

Sarcoma a gyomorban nem is olyan szerfelett ritka megbetegedés, mint a hogyan általában gondolják. 1900-ig 60 esetet tettek közzé az irodalomban. Idetartozó két esetet *Manges* ír le újabban, ismertette egyúttal a betegség tünetét és kórismézését. A gyomor sarcomái nem a nyálkahártyából indulnak ki, hanem a submucosából vagy az izomrétegből; a nyálkahártyát csak később támadják meg, de ezt sem okvetlenül. Gyakrabban székelnek a görbületeken, mint a pyloruson. E miatt a stenosis tünetei ritkábban észlelhetők, mint rák eseteiben. A gyomor sarcomái többnyire elsődlegesek, ritkábban képződnek metastasis útján másodlagosan. A kórismézés szempontjából fontos az a körülmény, hogy inkább fiatalabb egyéneket támadnak meg; ezenkívül gyakori már kezdettől fogva a mérsékelt, de tartós láz és a súlyos vérszegénység. Sokszor észleltek állandóan fennálló fehérjevizelést is. (Medical News, 1905. július 29.)

A Bright-kór orvoslása. *Croftan* szerint az a felfogás, hogy Bright-kórban a vesék az elsődlegesen megbetegedett szervek,

ezeknek hiányos működése miatt mérgező hatású anyagok maradnak vissza a szervezetben, a melyek cardiovascularis elváltozásokhoz és ezektől feltételezett táplálkozászavarokhoz vezetnek: ma már nem állhat meg. Kimutatták ugyanis, hogy szívtúltengés, retinitis albuminurica és agytünetek sokszor megelőzik a veselobot. A Bright-kór tehát rendszer-megbetegedés, a mely fokozott vérnyomásban nyilvánul és többnyire — de nem okvetlenül — nephritissel együtt jár. Nagyon valószínű, hogy a fokozott vérnyomást okozó mérgező hatású anyagok fehérjéknek rendellenes széteséstermékei és vagy a bélben, vagy a szövetekben képződnek. Bomló béltartalomtól már egész sorát előállították az olyan anyagoknak, a melyek a vérnyomást fokozni képesek; hasonló hatása van az intermediaer anyagcsere némely termékének is. Ezen anyagok kisebb mennyiségeit a májsejtek ártalmatlanná teszik; ha azonban nagyobb mennyiségben vannak jelen, vagy ha — noha nem nagy mennyiségben — állandóan termelődnek: a májnak hatása elégtelen lesz, vagy kimerül, s akkor felhalmozódván a vérben, káros hatást fejtenek ki a szívre, az ütőerekre és a vesékre. A májműködés elégtelenné válása folytán az epe-elválasztás is megváltozik, nem képződik elegendő mennyiségű normális epe, a minek következtében a bélbeli bomlásfolyamatok fokozódnak s így folyton fokozódik az említett mérgező anyagok termelődése is.

Az orvoslásban elsőrangú jelentőségű a rendellenes bomlásfolyamatok megszüntetése a bélben. Erre a célra *Croftan* zincum sulfocarboicumot használ (0'03 pro dosi) natrium glycocholatummal (0'06 pro dosi) többször naponta; egyúttal 1'25 bismuthum subnitricumot is ad naponként, főleg azért, hogy megtudja, vajjon az antisepticum használt adagja elegendő nagy-e. Hiányos antiseptis esetén ugyanis bismuth-sulfat képződik, a melytől a bélsár fekete színű lesz; míg kellő antiseptis esetén nem képződhetvén bismuth-sulfat, a bélsár színe nem tér el a rendestől.

Szívtonicum gyanánt digitalis adható tinctura alakjában nagyon kicsiny adagokban hónapokon keresztül. Még kedvezőbben hatnak a rendszeres gyakorlatok Schott szerint. A nitroglycerin vasodilatatót okozván és csökkentvén a vesében a vérnyomást, különösen huzamosabb használatra nagyon ajánlható. Meleg fürdők, ágynyugalom, meleg száraz klímában tartózkodás a felületes véregek prolongált dilatatioja útján csökkentik a szív munkáját. A sebészeti kezelés észszerűtlen, mert a nephritis csak tünet, sebészeti kezelésének tehát csak tüneti haszna lehet. Heveny esetekben szerző szerint inkább éheztetni kell a beteget, idült esetekben azonban célszerű a legtöbb esetben a teljes caloria értékét (30 caloria 1 kiló testsúlyra) nyújtani. Heveny esetekben jó a tejdiéta, de idült esetekben határozottan célszerűtlen, főleg azért, mert a túlságos fehérje- és folyadékmennyiség a vesére és a keringési szervekre káros hatású, továbbá, mert vas hiánya miatt a haemoglobinképződés is hiányt szenved ilyenkor. Ásványvizeknek túlságba vitt használata szintén káros a vesék izgatása és a vérkeringés megterhelése miatt. Végül felhívja a figyelmet a konyhasómentes diétára, mint a melytől már ő is több esetben látta az oedemák felszívódását. (Journal of the American Medical Association, 1905. 25. szám.)

A testi degeneratio physiologiás jeleiről (achylia gastrica és albuminuria orthotica) ír *Albu*. A nevezett két állapot tulajdonképpen öröklött constitutionnak egy szervben megnyilvánuló physiologiás jele. *Albu* szerint ez esetekben az illető szervek élettani kisebb értékűsége van kifejezve s az ilyen egyének családjában anyagcserezavarok, vér- és idegbetegségek, mint családi terheltég szoktak jelen lenni s az ilyen családból származó egyéneknek a terheltég mint egyes szervek bejdegzési zavara léphet előtérbe. Az achylia gastrica nem szervi elváltozás következménye ezeknél, hanem tisztán ideges tünetesoport. *Ewald* már évek előtt hangoztatta, hogy ily betegeknek a gyomornyálkahártya funkcióképessége sokáig hiányozhatik a nélkül, hogy súlyos zavarok fenyegetnék a beteget. *Noorden* vizsgálatai szerint ezeknél a bél veszi át pótlólag a gyomor működését. Ép így nem lehet az albuminuria orthoticát sem mint betegséget felfogni, mivel ezzel is évekig élél az egyén minden további következmény nélkül. *Martius* az orth. albuminuria állapotát mint alkati vesegyengeséget fogja fel s *Albu* esete is bizonyítja, hogy a vesének ilyen működés-

zavara veleszületett kóros állapoton alapszik. Az orthot. albuminuria illetően felfogásának helyessége mellett szól Langstein amaz észlelete is, hogy az ilyen betegek vizeletében a fehérje mint ú. n. englobulin van jelen, mely acut vagy chronicus nephritisnél legfeljebb csak nyomokban fordul elő. Ez az englobulin pedig valószínűleg azonos a vér englobulinjával s talán az utóbbi megszaprodása folytán jut át a vizeletbe.

Albu a haemophiliát is mint öröklött általános alkati anomáliának helyi physiologiás degeneratiós jelét fogja fel. (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 44. a. szám.)

Súlyosan anaemiás egyének zsíros szívizomelfajulásának klinikai jelentőségéről. Neves pathologusok és klinikusok, mint Ponfick, Orth, Ziegler, Ribbert, Kaufmann, E. Wagner, Eichhorst azon a véleményen vannak, hogy a szívizom zsíros degeneratioja nem egyeztethető össze a szív zavartalan functióképességével; ezekkel ellentétben Duchek, Leyden, Fraentzel, Strümpell, Krehl, Rosenbach, Romberg, Pál sokkal kevesebbre becsülik a degeneratio adiposa myocardii-t a functióképesség szempontjából. *Kraus* sok esetében találta a szívet dilatálnak, mit Röntgen-sugarakkal is ellenőrzött, a szívcsúcson systolés és több esetben diastolés zörejt hallott, mit különösen lényegesnek tart. Ezekben az esetekben a szív zsírosan volt elfajulva (sectioval beigazolvva) s bár nem tartja elegendőleg bizonyítóknak azokat a kísérleteket, melyek a zsírosan degenerált szívizom functióképességére vonatkoznak, mégis azon a véleményen van, hogy ez, különösen ha a szív tartósan nagyobb munkát végez, nem jelentőség nélküli. (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 44. a. szám.)

Idegkórtan.

Az öngyilkosságról *Pilcz* munkájában a következőket olvassuk. A bécsi törvényszéki intézetből vett adatokból legelőször is feltűnő, hogy 1671 öngyilkos között csak 426 nő van, a mely számarány más statistikákban is hasonló.

A zsidók kevésbé hajlandók öngyilkosságra, ők a bécsi lakosságnak 8·86%-át teszik ki, az öngyilkosok között azonban csak 4·9%-ban szerepelnek. Az első bécsi elmeklinikában a férfiak 18, a nők 16%-a tett ki öngyilkossági kísérletet, a zsidó nők 8, a férfiak 9·12%-a.

A korra vonatkozólag azt látjuk, hogy a férfiak és nők is leginkább a 21—30 év között követnek el öngyilkosságot. A legfiatalabb öngyilkos 9 éves fiú volt, a legfiatalabb leány 12 éves volt. A legidősebb egy 81 éves férfi és egy 78 éves asszony volt.

A legtöbb öngyilkosság május havában történt, a legkevesebb augusztus és szeptemberben, de ennek kevesebb fontossága van, mert ez más szerzők adataival nem teljesen egyezik.

Az öngyilkosság nemei közül általában a legtöbben a mérgezést választják, de itt különbség van a férfiak és nők között. A női öngyilkosok 55·27%-a mérgezi meg magát, a férfiak közül csak 20·87%. 33·16% férfi és 6·73% nő felakasztja magát. 25·78% férfi és 1·68% nő agyonlővi magát. 9·15% férfi, 17·78% nő vízbe ugrik. 3·53% férfi, 9·85% nő magasabb helyről leugorva végeznek öngyilkosságot. 2·13% férfi, 1·44% nő szúrással vagy vágással végzi ki magát. 1·12% férfi, 0·24% nő elgázoltatja magát. E tekintetben koronként bizonyos divatok jönnek létre.

A nagyon fiatalok és az öreg asszonyok leszámításával 256 nő között 19·92% volt más állapotban. Az 51 nő közül 15 a terhesség első, 7 a második, 7 a harmadik, 8 a negyedik, 2 az ötödik, 4 a hatodik és 4 a tizedik terhességi (hold-) hónapban volt terhes. *Pilcz* nem számította ide a gravidák phosphormérgezését, mert gyakran inkább elvetélés szándékából isznak phosphort és ha a mérgezés halálos is, nem biztosan öngyilkosság céljából történt.

A menstruatio befolyását mutatja, hogy az öngyilkos nők 25·11%-a menstruatio alatt, 10·9% közvetlen az előtt vagy után lett öngyilkos. Az öngyilkos nők 21·73%-a genitális bajban szenvedett.

Az öngyilkosok elmebajáról nem igen lehet adatokat összeállítani, mert a vallás szempontjából sok öngyilkost mint elmebetegét jegyeznek fel.

Három esetben öröklött volt az öngyilkosság, de ez csak relativ szám, mert nem mindig tudjuk a családi adatokat. (Jahrbücher für Psych. und Neur., 1905. 26. köt., 2. és 3. f.)

Kollarits Jenő.

Hirtelen halál tabesban nem ritka dolog. *Goldflam* leírja, hogy a tabesesek betegek többnyire elgyengülés következtében halnak meg marasmusban, vagy valamely szövődésben, mint a milyen a cystitis, decubitus, pyelonephritis stb., vagy közbejövő bajokban. Tuberculosisra a tabesesek beteg nem igen hajlandó.

A tabes lefolyása évtizedekre szokott terjedni, *Goldflam* egy beteget 81 éves korban halt meg. Mindazonáltal nem fogadható el egyes szerzők véleménye, hogy a tabes semmivel sem rövidíti meg az életet, jelentékenyen azonban nem rövidíti meg. A tabesesek korai halálát leginkább dementiaival való szövődés, gyomor- és gégekrisisek okozzák. Hirtelen halál a tabes korai szakában egy nyúltvelői tünetekkel szövődött esetben szívbénulás következtében, egy másikban nyelési pneumonia folytán állott elő. *Goldflam* két beteget hirtelen halt meg, a nélkül, hogy ennek oka ismeretes volna, két más beteg 45—42 éves korban a tabes kezdetén apoplexiában halt meg. Ez utóbbi szövődés nem nagy ritkaság, a mennyiben *Fournier* 224 esete közül 18-ban szerepel, de ritkán lesz halálos. Az apoplexia oka sok szerző szerint lueses érelváltozás. *Goldflam* három beteget hirtelen szívtünetek közt halt meg, ezek közül kettő angina pectoris roham alatt, a kettő közül az egyik aorta-elgtelenségben szenvedett, egy negyedik beteg halálát aorta-aneurysma repedése okozta. *Lesser* statistikája szerint minden ötödik, *Ruge* szerint minden huszonegyedik betegnek volt aneurysmája, *Arullani* az esetek 58%-ában talált aortitist.

Goldflam hirtelen halállal végződött valamennyi esetében volt lues a kórelőzményben és a halál oka (aorta insuff., apoplexia, angina pectoris) mindig olyan baj volt, mely lues következményeként szokott előfordulni.

Ezek az esetek óvakodásra intenek, hogy a tabesnek gyakran kedvező lefolyását ne helyezzük feltétlenül a hozzátartozók előtt kilátásba. (Neurol. Centralblatt, 1905. november 1.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

Az Edebohls-féle vesedecapsulatio értékét állatkísérletei és 8 egyéneken végzett klinikai megfigyelései alapján igen csekélyre becsüli *Stern*. A vesetok lehántása szerinte úgy az interstitialis folyamatokra, mint az ép vesékre is károsan hat, ellenben a vesé bő feltárása, tokjának felhasítása és a vesé rögzítése tamponálásal vagy varrattal kedvező hatással bírhat a vesetok keringési viszonyaira, a melynek közelebbi megállapítása még további kísérletezésre és vizsgálásra érdemes. (Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Medic. und Chir. XIV. k. 5. f.)

Pólya.

Gerincevelővarratot végzett *G. Ryerson Fowler* egy 18 éves legénynél, a kinek röviddel felvétele előtt revolverrel a hátába lőttek. A lövés a X. és XI. hátsigolya táján a közép-vonaltól $1\frac{1}{4}$ hüvelyknyire hatolt be és az alsó végtagokon teljes bénulást, hólyaghüdést, végbélinecontinentiát s a köldöktől lefelé teljes érzéstelenséget okozott. 11 nappal a sérülés után laminectomiát végeztek, s a gerincevelőt feltárva azt találták, hogy annak folytonossága teljesen meg van szakítva, a golyó a gerincevelő csomkjai közt feküdt. A löveg eltávolítása után a gerincevelőt a durával együtt 3 finom chromozott catgut-varrattal összevarrták. A műtét utáni 26 hónapos megfigyelési idő alatt azonban a bénulás egyáltalán nem javult, míg egy *Stewart Harte* által közölt esetben, a hol a gerincevelővarratot 3 órával a sérülés után végezték, az alsó végtagok mozgási képessége legalább részben visszatért s a végbél és hólyag continentiája is helyreállott. (Annals of surgery. 154. füzet.)

Pólya.

Basedow-kórtanban a struma kiirtásától jó eredményt látott *Hartley*. 14 beteg közül, kiket $\frac{1}{2}$ hónaptól $7\frac{1}{2}$ évig terjedően figyelt meg a műtét után, csak egy halt meg, még pedig narcosis folytán. Az irodalomból összeállított esetek közül 71%-ban állott be gyógyulás, 9·6% javult, 6·4% nem javult, 12·6% meghalt, a többi szem elől veszett. (Annals of surgery. 151. szám.)

Pólya.

A diffus peritonitis kezelésére Van Buren Knoth a hasüregnek tiszta meleg vízzel való bő kiöblítését, konyhasós víznek bennhagyását és bő drainage-át ajánlja. Gyors elhatározásban és gyors műtévesben rejlik a siker titka. Oly keveset manipulál a hasüregben, a mily keveset csak lehet; nem eviscerálja a beleket, csak egy vastag, a hasürbe bevezetett drain segítségével végzi az öblítést; a draint a középvonalon alul kivezeti és bennhagyja; nőknél a vaginán át is drainez, férfiaknál a symphysis felett viszi a draint a medencébe s a pangás elkerülésére kétóránként megszivattja. Ily módon kezelt, a legkülönbözőbb okokból származott diffus peritonitis 19 esete közül 17 meggyógyult (?). (Annals of surg. 151. szám.)

Pólya.

Az appendicitis korai műtétének kérdésében a berlini Augusta-Hospital (Krause tanár) álláspontját fejti ki Bail. Általánossá váló nézet az, hogy úgy a könnyen, mint a súlyosan lefolyó esetekben a roham jelentkezésétől számított első 48 órában kell operálni, továbbá, hogy ezen idő lejártával az acut roham lezajlása várandó be és a rohammentes szakban operáljunk, hacsak sürgős ok nem forog fenn a beavatkozásra. Bail ajánlja, hogy a roham lezajlása után legalább 14 lázmentes napot várjunk be és csak azután végezzük a műtétet. Nem abszolút híve a korai műtétnek, nem avatkozik be rögtön 1. inkompenzált szívbaj, gümőkór, vesebaj esetén; 2. könnyen jelentkező rohamban, ha a kórisme nem biztos; 3. adipositas és potatorium esetén, mert ez esetekben a halált műtét után rendszeren szívhiűdés okozza.

A korai műtét mellett is volt és lesz is halálozás, és ha ez esetek epikrisisét tekintjük, úgy abból azon tapasztalatra jutunk, hogy azok később végzett műtéttel sem lettek volna megmenthetők. Inkább többet operáljunk, mint keveset, mert ezen egyes letális esetekkel szemben sok más eset áll, a melyeket ép a korai beavatkozás mentett meg a haláltól. (Berliner klin. Wochenschr. 1905. 4. sz. számához csatolt „Festnummer“.) Steiner Pál dr.

Az emlőrák sebészeti gyógykezeléséről értekezik Steinthal, a stuttgarti Diakonissenhaus sebészfőorvosa. Az utolsó 13 évben 145 nőbetegben 166 műtétet végeztek; a betegek átlagos kora 52 év volt. Férfizett volt a betegek 80,6%-a, szült 70,2%-a, szoptatott 72,7%-a. A betegek a traumát az esetek 18%-ában említették fel.

A műtét eljárás abban állott, hogy a nagy mellizomnak a szegycsonthoz tapadó részletét mindig eltávolította, sőt ha a rák az emlő külső peripheriáján ült, a m. serratus anticust is részben kiirtotta. A hónalj mirigyeket a zsiradékkal és az emlővel együtt egy darabban távolította el, így az elvezető nyirokutakat is sikerül kiirtani. Ezen elég radikális eljárás nem jár nagyobb műtét halálozással, továbbá a kar functioja sem szenvedett eseteiben zavart, mert lehetőleg megkímélte a nn. subscapularest. A hónalj-mirigyeket az esetek 85,6%-ában találta rákosnak.

A 3 évi recidivamentesség megítélésére értékesíthető eseteinek száma 99, ezekből recidivamentes 3 éven túl 33, recidivált 63, operatív halál 2, intercurrentes halál 1, tehát az esetek 33,1%-ában ért el Volkmann értelmében definitív gyógyulást. Érdekes, hogy azon esetek, melyekben a műtétkor a kulcsosont feletti mirigyek is már be voltak szűrődve, mind recidiváltak, míg a legjobb eredményt (72,7% három éven túli recidivamentesség) azon esetek adták, a melyekben a rák kizárólag az emlőmirigyben foglalt helyet s a melyekben hónalj mirigyátteleteket nem talált. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1905. 47. kötet. 1. f.)

Steiner Pál dr.

Tendinitis achillea traumatica elnevezéssel A. Schanz (Drezda) az Achilles-ínak olynemű megbetegedését írja le, melyre eddig a sebészek figyelme nem terjedt ki. A bántalom lényege a nevezett ín fájdalommal duzzadásában áll a lábának túlérőltetése nyomán. Az Albert ismertette achilodynia nevű bántalomtól abban tér el ezen betegség, hogy a bursa subachillea tája fájdalommentes; csak e felett kezdődik az ín megvastagodása és terjed egészen az ín átmenetéig az izomba. Autopsiára Schanz-nak alkalmá még nem volt, de a kórkép alapján tendinitisre gyanakszik. Kezelés céljából a láb rögzítését ajánlja széles ragtapaszcsikok segítségével, kisfokú talpi hajlításban; a kötés az inat nyújtás ellen védi, mire 2—3 hét alatt a duzzanat és fájdalmasság elmúlik. (Zentralbl. f. Chirurgie, 1905. 48. szám.)

Gergő.

Börkörtan.

Az eczemának Röntgen-sugarakkal való kezeléséről nyilatkoznak Leredde és Martial. Szerzők az eczema-esetek egész sorát kezelték Röntgen-fénnyel, úgy idült, mint heveny eseteket. A kezelés sikere különösen a makacs, minden egyéb gyógyítási eljárásnak ellenálló esetekben volt szembeszökő. Ezek közül hármat részletesebben ismertetnek. Az első esetben az eczema már másfél év óta fennállott és a testnek jelentékeny részére (arez, végtagok, herezacskó) kiterjedt. A folyamat, mely helyenként nedvezett, heves viszketéssel járt. Az eczemas területeknek egyszer megvilágítása (1 Holzknicht féle egység) máris megszüntette a viszketést. A további megvilágítások azután csakhamar a többi tüneteket is elmulasztották, úgy hogy három hónappal később a bőr már teljesen rendesnek mutatkozott. A második eset nőre vonatkozik, a kinek eczemája az arczon volt és rendkívül heves tünetekkel járt. Erős vizenyő, nedvezés, viszketés volt jelen. A sugaraknak háromszor alkalmazása (1 Holzknicht-egység) ezt a beteget is teljesen meggyógyította. Hasonló eredménnyel kezelték egy harmadik ilyen makacs eczema-esetet, mely alkalommal minden ülésben 2 Holzknicht-egységig mentek. Szerzők tapasztalataik alapján oda nyilatkoznak, hogy a Röntgen-kezelés a seborrhoeás alak kivételével az eczemának minden esetében jó sikerrel alkalmazható. A kezelés technikájára vonatkozólag megjegyzi, hogy kéthetenként csak egy-két megvilágítás alkalmazandó, több nem. A sugarak átlagos adaga 1—2 Holzknicht-egység, de idült esetekben bátran 4 egységet is használhatunk. Szerzők véleménye szerint a Röntgen-sugarak mindazon esetekben használandók, a melyekben közönséges eczema kezelés célra vezetők nem bizonyul. (Revue pratique des maladies cutan. stb., 1905. VII. f.)

Guszman.

A cosmeticát szolgáló massage-ról ír Zabudowski, a ki a berlini Charité ben a massage-intézet vezetője. Szerző e közleményében érdekes módon hívja fel a figyelmet azon massage-műveletekre, melyeknek segítségével a bőrnek egyes rendellenességei, szépséghibái megjavíthatók. A cosmeticai massage legfontosabb művelete az arcznak gyúrása, a melyről határozottan kiemeli, hogy csakis kézzel végzendő. A rendszeres arczmassage-nál fontos, hogy a bőr és izmok, szóval a lágyképletek óvatosan, de kellő erélyvel elemeltessenek a csontokról, a mi a szokásos hengerekkel, kerekkel, golyókkal sikeresen nem végezhető. A bőr ilyenmü átgúrása lényeges előmozdítója a vérkeringésnek, mert a rendszeres műveletek valóságos nyomó- és szívóhatást váltanak ki. Szerző ezek után felemlíti a vibratorok és pulverisatorok használatát, a melyeknek szakszerű alkalmazása szintén szép sikerrel járhat. A pulverisatorok üveggaranggal vannak ellátva, a melybe az arczot behelyezve, vízgőzöknek teszszük ki. Véleménye szerint észszerűtlen az az eljárás, mely a massage-t a vízgőzfürdővel kombinálja. A mi a massage technikáját illeti, kiemeli, hogy általában szükségtelen az ujjaknak beszírozása. Ez csak akkor válik szükségessé, ha a masszálódó bőr különösen száraz és lesóványodott, vagy ha a masszáló ujj bőre durva. A zsírosító anyag e célra mindig indifferens legyen, a minő pl. a fehér vaselin. A massage naponta történjék és csak akkor hagyandó el, ha a nők gyengélkednek. Arczot legfeljebb 15 percig szabad masszálni, azon túl való kezelés a hatást leronthatja. Végül szerző az arcz-massage technikájának könnyebb megértésére 11 jól áttekinthető ábrát közöl. (Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, 77. k., 2. f.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A syphilis kórtanát vizsgálták kísérleti úton Metschnikoff és Roux (Paris) egy újabb tanulmányban, mely folytatását adja azon kutatásoknak, a melyekkel a syphilisnek majmokra való átolthatóságát kimutatták. Mostanáig 10 pozitív átolást végeztek, 8 esetben embertől, 2 esetben majomtól származó syphilises vírussal. Valamennyi állaton úgy a primaer syphilises nyilvánulás, mint a secundaer tünetcsoport teljesen megfelelt az emberen észlelt syphilises elváltozásoknak. Két majmon (simpanz) még typosus plaque muqueuse ök is mutatkoztak. A klinikai tüneteknek megfelelő a szövettani vizsgálatok is. A vizsgálatok során szerzők a syphilises vírusnak filtrálásával is kísérleteztek. E kísérletek

arra az eredményre vezettek, hogy a virus nem filtrálható (Berkefeld-féle bougie-n keresztül), a mennyiben a filtratum beoltása teljesen negativ, a nem filtrált anyag pedig positiv eredményt adott. *Metschnikoff* és *Roux* adatai tehát teljesen megerősítik *Klingmüller* és *Baermann* vizsgálatait. A syphilitikus virus kevés ellenállást mutat a hővel szemben. Így egy órán át 51°-on tartva elveszti infectióképességét, a vele való oltás hatástalan marad. De az 51°-ra felhevített syphilitikus virussal való beoltás még immunitást sem nyújt a majmoknak egy későbbi hatásos syphilitikus beoltás ellenében, a mennyiben azok az ilyen ártalmatlanná tett virussal való beoltás után virulens emberi syphilitikus anyaggal beoltva megkapták a lüest. A syphilitikus virus gyengíthető volt azonban, ha a syphilitikus terméket egy alacsonyabb majomfajról (*macacus sin.*) egy magasabb rendűre (*simpanz*) oltották. A virus hatásából úgy látszik nem veszít, ha glicerinnel kevertetik. Azon kísérletek, melyek antilueses serum előállítására irányultak, mindeddig nem vezettek eredményre. (La syphilis, III. k., 6. f.)

Guszman.

A *prostitutio reglementatio*járól tett tapasztalatait ismereti érdekes módon *Fr. Hammer* (Stuttgart), a ki évek nagyon hosszú során át mint rendőrorvos működött. Közleményében kitér az egyes államok idevágó intézkedéseire, összehasonlítja ezeket egymással és különösen a németországi viszonyokkal. Részletesen tárgyalja a német prostitúciós ügyet és annak hiányos voltát ismerteti. Érdekesek tanulmányának azon részei, melyek a prostituáltak lelki életével, jellemével foglalkoznak. A *prostitutio reglementatio*ja Európa számos államában hiányzik. Angliában és Norvégiában 1888-ban törölték el; a genfi canton kivételével Svájcban is hiányzik. Olaszországban a *reglementatio* csak igen mérsékelt alakban áll fenn, míg Törökországban és Észak-Amerikában sohasem létezett. Érdekes, hogy egész Hollandiában csakis Rotterdam városa bir rendőrileg szervezett kötelező ellenőrzési rendszerrel. Európa többi államában mindenütt a *reglementatio*s rendszer áll fenn. A prostituáltak tehát rendőri felügyelet alatt állnak, az orvosi vizsgálat és gyógykezelés pedig kötelező. Szerző a kaszárnyarendszerben, vagyis a bordélyházas rendszerben némi előnyt lát, a mennyiben a prostituáltak így jóval hathatósabban ellenőrizhetők. Az utca erkölését is kevésbé rongja ez a rendszer. E rendszernek fokozatos alakja a bordélyházas utca, a hol a prostituáltak koncentrálva vannak, a mi által a város többi részén a közönség meg van kímélve a toladó magaviseletől. A prostituáltak magaviseletét — legalább a stuttgarti viszonyokat tekintve — szerző aránylag igen jónak találja, a rendőrséggel azoknak ritkán van bajuk. A kórházi kötelező gyógyítástól legfeljebb azért irtóznak, mert az őket rendszeren adósságokba veri, a mi különben mindenütt tapasztalható. Szerző, a ki határozott híve a *reglementatio*s rendszernek, számos szempontból igyekszik megczáfolni az abolitionistáknak azon erkölcsi kifogását, hogy a rendőri kötelező ellenőrzés voltaképen nem más, mint a prostituáltak az állam által való elismerése. A mi a stuttgarti viszonyokat illeti, felelmiti, hogy ott 15–20,000 lakóra egy prostituált esik s hogy e nők valamennyije önkéntesen, szabad elhatározásból áll rendőri felügyelet alatt, nem pedig erőszakosan, a mint az Németországnak számos városában történik. (Zeitschrift f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. III. köt. 10. füzet.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A *retentio urinae incompleta* azon alakjára hívja fel *Bell* a figyelmünket, a mely erőteljes és aránylag még fiatal embereknél fordul elő, a kinnél a nélkül, hogy a prostata túltengésével, avagy húgyveszűküllettel volna dolgunk, vagy idegbaj, illetve más betegség, avagy gyógyszer-mánia volna felvehető, mint egyetlen kórtünetet nagyfokú vizeletpangást találunk az ezzel járó szokásos tünetekkel. Szerző 3 esetet közöl, és pedig egy 48 éves és egy 40 éves betegét, a kik pyelonephritisben, illetőleg diabetesben haltak el, és egy 43 évesét, a kinnél a helyi kezeléssel javulást szintén nem tudott elérni; hiába kereste ezen esetekben e jelenség magyarázatát, más okot nem tudott felvenni, mint azt, hogy esetleg a hólyag beidegzésében beállott zavarok okozták a vizeletpangást. (Annal. des mal. des org. gen. ur. 1905. II. köt. 8. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Az ondóhólyagnak közvetlen, vagyis a vas deferens irrigálása útján végzett gyógykezelését ajánlja *William Beechfield* Chicagóban. Ugy a gonococcus, mint a Koch-féle avagy más pyogenbacillus elég gyakran áttérjed az ondóvezető készülék nyálkahártyájára, a mi igen súlyos beszámítás alá esik már azért is, mert itt a húgycsövön keresztül alig közelíthető meg. Szerző tehát azon gondolatra jutott, hogy egy a here felső szélén közvetlenül az ondóvezető edénybe szúrt igen vékony tűn keresztül fecskendezi be a gyógyszert, a mely nagyobb ellentállás nélkül eljut, sőt meg is tölti az ondóhólyagot. Ha gyenge nyomást gyakorolunk a fecskendőre, úgy a belővelt folyadék nem fog a húgycsövön kiömleni; a már megtöltött ondóhólyagot mindenkor kiüríthetjük úgy, hogy a végbélen át megnyomjuk. Nehogy rossz helyen szúrjuk be a tűt, megelőzőleg a vas deferens egy felületes bőrmetszéssel keressük fel, erre pedig akárhányszor kerül a sor már azon czélból is, hogy a mellékherében felgyülemlt genyit kiürítsük és ha ez már megtörtént, akkor egyúttal kifecskendezhetjük az ondóhólyagot is. Ezen irrigálásokra úgy a vesicula seminalis, mint a vas deferens úgy heveny, mint idült bántalmaiában szükség lehet. Heveny esetekben szerző akkor alkalmazza, ha a gonococcus avagy más pyogenbakterium okozta fertőzés annyira elterjedt, hogy a mellékherére már úgyis rá kell metszenie; idült esetekben pedig nemesak akkor, a mikor az ondóhólyag részéről mutatózó kínzó tünetek azt határozottan megkövetelik, hanem akkor is, a mikor a végbélvizsgálat révén meggyőződött arról, hogy az erős húgyveszűfolyásban és a genyivizelésben úgy az ondóhólyag, mint a vas deferens részes. Ezek elgenyvedése a termékenység szempontjából csak oly veszélyes, mint a nőknél a Fallop-kürtöké és szintoly gyakori is; ezzel indokolja szerző azt, hogy ezen műtétől soha sem szabad visszariadnunk. Hivatkozik saját eseteire, a melyeket így jóval gyorsabban és biztosabban sikerült meggyógyítani. Legyen gondunk az asepsisre, valamint arra is, hogy a hólyag hirtelen avagy túlságos megtöltésével heves ondókólikát ne idézzünk elő. (Annales d. mal. d. org. gén. urin. 1905. II. kötet, 8. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A *paraurethralis gonorrhoeás megbetegedésekről* újabb észleleteit közli *M. Winkler*. *Jadassohn* tanár klinikáján utóbbi időben három esetet volt alkalma tanulmányozni, illetőleg a kímetszett kóros részeket szövettanilag megvizsgálni. Két betegnél kankósan fertőzött *paraurethralis* menetek állottak fenn, a melyek kórszövettanáról különös mondani valója ninesen, már csak azért sem, mert ezen bántalmat gyakoriságánál fogva úgyszólván minden egyes phasisában óriási orvosi irodalom kimerítően ismerteti. Érdeklődésünket inkább a harmadik eset köti le, a hol a szerző egy a praeputium alsó részén székelő, epithellel bélelt gonorrhoeás cysta leírását adja. A kórtörténetből megtudjuk azt, hogy a betegnél az említett helyen, a mióta csak emlékszik, egy gombostüfe nagyságú, világos színű, ruganyos tapintatú — mintha vízzel lett volna tele — hólyagocska volt, a mely a midőn a beteg 13 éves korában perityphlitisen ment keresztül, elgenyedt, megnyitott, melyből azonban később a továbbra is állandóan megmaradt művi nyílás daczára válladék kiszivárgása nem volt észlelhető. Most hogy mint 21 éves fiatal ember kankót szerzett, a cysta a fertőzés utáni 5–6. napon megdagadt, genyett ürített, melyben sok volt a gonococcus. A kórszövetteni lelet részletes ismertetése után szerző kiemeli azt, hogy a raphén székelő kankósan fertőzött cysták mindeddig alig kerültek észlelésre, daczára annak, hogy a megfigyelt és leirt egyéb *paraurethralis* tömlők száma épenséggel sem mondható csekélynek. A gonococcusnak a metszeten való festésére vonatkozólag *Winkler* az összes ajánlottak közül — ha valamivel több időt igényel is — a *Zieler*-féle eljárást tartja a legjobbnak és legmegbízhatóbbnak, a melynél a szövet alaprajzának szép színeződéséből a gonococcusok élénken kiemelkednek; megjegyzi továbbá azt is, hogy túlzottak az aggodalmak az abszolút alkohollal való szintelenítés ellen, mert tapasztalatai szerint az alkoholban hosszabb időn át fűrésztött metszetek színüket szépen megtartották, sőt ezekben a gonococcusok kevésbé halványodtak el, mint a genyesejtek. (Monatsbericht für Urologie. X. k. 9. f. szeptember 27.)

Drucker Vilmos dr.

A gonorrhoea abortív kezelése. Posner tanár berlini poliklinikáján, mint azt *Vogel* segédorvos írja, a kankó rendszeres,

valamint abortív kezelésénél leginkább a protargolt használják, az argentum nitricumot már csak ritkán alkalmazzák. Abortív kezelést akkor fogadosítanak, ha a beteg a bántalom legkezdésén, 2—3 nappal a fertőzés után jelenik meg; ilyenkor igen nagy elővigyázattal 4%-os protargol-oldatból mintegy 10 gm.-ot a mellső húgycsőbe fecskendeznek és 2—3 perczig bent tartják. A fertőzés hátrahaladását balzsamos szerekekkel és nyugalommal iparkodnak meggátolni. A kezelő orvos még aznap a mellső húgycsőt valamely indifferens antisepticummal óvatosan kiöblíti, a beteg egyáltalában kezelést nem végez. Szükség esetén 2—3 nap múlva az eljárás ismételtet. Átlag mondható, hogy azon esetekben, melyek jókor kerültek kezelés alá, a betegek a fertőzés utáni második héten meggyógyultak. Azon esetek, melyek nem végződtek ily sikeresen, gyakran igen hosszúra elnyúltak, dacára annak, hogy a gonococcusok 2—3 nap múlva már végleg eltűntek. (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 33. sz.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A kéthegyű szívbillentyű elégtelenségének nagyon súlyos esetét közli Duprey. A betegnél a digitalis már teljesen hatástalannak bizonyult, apocynum cannabinum használata után azonban állapotának nagymérvű javulása következett be. A szert tinctura alakjában használta, és 1 cseppel kezdve (3-szor naponként) lassan fokozta az adagot 10 cseppig. Ez az utóbbi adag azonban már túlerősnek bizonyult: a már bőséggé vált vizeletkiválasztás ismét erősen csökkent, sok fehérje volt a vizeletben, nemkülönben sok henger is. Az adag csökkentésére az állapot azonban ismét javult s a beteg több hónapon át — a nélkül, hogy a szert tovább használta volna — elég jó állapotban maradt. (The Lancet, 1905. szeptember 30.)

Influenza és tussis convulsiva eseteiben Steiner a pyrenol alkalmazását ajánlja. Tapasztalása szerint influenzánál napi 2 gm. pyrenolt adva, a különben 39—40 fokos hőmérséklet állandóan 37,3 fokon lehet tartani. Sedatív és expectorans hatásán kívül Steiner itt a pyrenolnak szív-tonizáló hatását is dicséri. Pertussisban már néhány nap alatt gyérült a rohamok száma, s alászállott intenzitásuk is, a mit a nyálkának könnyebb oldódása kísért. Pneumonia a pyrenollal kezelt betegek egyikénél sem keletkezett. A szernek 4:100 oldatához syrup. rubi idaeit adva, a pyrenolt a gyermekek is szívesen veszik be. Ez oldatból naponta háromszor kell gyermekeknek kávé- vagy teáskanálnyi adni. Ha a gyógyszeroldat 100 gm.-jához 1,5—2 gm. liq. ammon. anisatit adunk, csak fokozzuk jó hatását. (Fortschr. d. Med., 1905. 15. sz.)

A szív compensatiós zavarait Vaquez és Digne szerint chlorsók retentioja előzi meg. A compensatio helyreállítása céljából a digitalis-therapiát sómentes vagy sóban szegény diaetával kell összekapcsolni. Hasonló diaetát kell használni olyanokkal is prophylactice, a kiknél már voltak asystoliás jelenségek. Ha a chlorsók megvonása ellenére az állapot rosszabbodik, úgy ez a prognosis tekintetében rossz jel. (Ref. Medizinische Klinik, 1905. 46. szám.)

Prostata-hypertrophia eseteiben Halbhuber jó eredményekkel használja a helmitolt, mint a melylyel a vizelet bomlása megakadályozható s a mely a gyakori vizelésingert is csökkenti. (Wiener medizinische Presse, 1905. 27. szám.)

Hydrogen-superoxyddal, a melyet a Merck-gyár perhydrol elnevezéssel hoz forgalomba, a sebgyógyításban nagyon szép eredményeket ért el Klier. Többnyire 3%-os hydrogensuperoxyd-oldatot használt, melyet úgy készített, hogy 9 rész felforralt vízhez 1 rész perhydrol adott. Ezen 3%-os oldatnak antiseptikus ereje körülbelül olyan mint az 1%-os sublimat-oldaté. Nagy előnye, hogy nem mérgező, a sarjadzásokat nem izgatja, vérzésesillapító és szagtalanító hatása is van, végül mechanice tisztítólag hat. Csak az a kár, hogy meglehetősen drága. (Ärztliche Reform-Zeitung, 1905. 17. szám.)

Vörheny eseteiben Lawrow az ichthyolt dicséri, melyet következő módon rendel: Rp. Ichthyoli 2,5; Aqu. destill., Glycerini aa 25,0. Két napra való. Ezzel az oldattal a test naponként kétszer beecsetelendő. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1905. 41. szám.)

Dysenteria súlyos eseteiben Bishop a cinnamomum-por használatát ajánlja. 3—4 grammos adagoknak 6 órai időközökben adása után a tenesmus és a hasmenés gyorsan javul s a beteg általános állapota is jobb lesz. A bélvérzések ellen adrenalinot szokott használni (British medical journal, 1905. április 15.)

Hetiszemle és vegyesek.

○ Csatáry Lajos dr. ministeri tanácsos e hó 21.-én ünnepelte orvosdoktorrá avatásának ötvenedik évfordulóját.

— Kinevezés. A belügyminister Geiger József dr. budapest-angyal-földi elmeorvosintézeti másodorvost ezen intézethez fizetés nélküli másodfőorvossá nevezte ki.

— Választás. Viola Vilmos dr.-t muraszerdahelyi körorvossá választották.

± Uj nyilvános jellegű hazai kórház. A belügyminister a breznóbányai kórházat 1906. évi január 1.-től kezdődő hatálylyal nyilvánossági jelleggel ruházta fel, s napi ápolási díját 1906. évre 1 kor. 50 fillérben állapította meg.

— A „Budapest Józsefvárosi Orvostársaság“ december 18.-án tartotta 6. évi rendes közgyűlését. A választás eredménye a következő: Elnök: Kéty Károly; alelnök Hainiss Géza; jegyző: Körmöczy Zoltán; új választmányi tagok: Prochnov József, Körmöczy Emil, Donogány Zachariás; póttagok: Halka Lajos, Váli Ernő.

± A 20 év óta fennálló „Budapesti Fogorvosok Egyesülete“ és a néhai Iszlay József által alapított „Központi Fogtani Társulat“ egybeolvadt s „Magyar Fogorvosok Egyesülete“ czimű új egyesületet alakított. Az új tisztikar a következőképen alakult meg: Elnök: Antal János dr. egyet. m. tanár; elnökhelyettes: Láng Ignác dr.; alelnök: Gadány Lipót dr.; titkár: Körmöczy Zoltán dr.; jegyzők: Balassa Béla dr. és Zólyomi Adolf dr.; pénztáros: Dembitz Mátyás dr.; ellenőr: Fuchs Sándor dr.; gazda: Radnai Sándor dr. Választmány: Vajna dr., Rothmann dr., Nagy Emil dr., Propper dr., László dr., Klinger dr., Wein Dezső dr., Schürger dr., Abonyi dr., Gross dr., Bauer Samu dr., Berger Ferenc dr., Fried Samu dr., Gáspár Ferenc dr., Landgraf Lőrincz dr. Az egyesület a tudományos szakkérdéseken kívül orvostársadalmi kérdésekkel is foglalkozik; az 1906. évtől kezdve negyedévenként megjelenő szaklapot is indit. Első ülését Iszlay tanár emlékének szenteli, a midőn az emlékbeszédet Bauer Samu fogja tartani.

— Uj sanatorium. A napokban nyílt meg a fővárosban, Városmajor-utca 64. szám alatt egy új magángyógyintézet, melynek bizonyos tekintetben házagpótló hivatása van, a mennyiben tisztán belgyógyászati, speciálisan physikális-diaetás gyógymodokra van berendezve. Ezek szerint az intézet gyógyítási körébe tartoznak: gyomor- és bélbajok, az anyagcsere bántalmak, szív- és vesebajok, könnyebb szervi és különösen functionális idegbántalmak, hol hízlalási gyógymod javalt stb. Az intézet teljesen modern berendezéssel és felszereléssel bír (hideggyógyintézet, minden fajta villamos berendezések és fürdők), és nagy park közepette, páratlan szép fekvéssel bír. Vezető orvosa Surányi Miklós dr.

† Elhunyt. Prof. Rabl-Rückhardt főorvos, több jeles anatómiai és fejlődéstani értekezés szerzője, 68 éves korában Berlinben. — Dr. van der Burg, a tropusi orvostan ismert művelője, 65 éves korában Leidenben. — J. M. Holloway, a sebészet tanára Louisvilleben. — Fr. Hosch, a természet rendk. tanára Baselen, 58 éves korában.

○ Kisebb hírek külföldről. A párisi „Société Médico-Chirurgicale“ a napokban ünnepelte fennállásának 100. évfordulóját. — R. I. A. Berry, az anatómia rendk. tanára az edinburghi egyetemen, a kinek a féregnyúlványról vannak különösen ismert dolgozatai, a melbournei egyetem anatómiai tanszékét nyerte el. — A socialis orvostan tanszékét szervezték legutóbb a bonni egyetemen; a tanszékét Rumpf tanárral töltötték be.

× Behring gümökórellenes szeréről. A párisi „Temps“ szerint Bernheim dr., a párisi tuberculosis-poliklinika vezetője felkérte levélben Behringet, hogy küldjön neki az új szeréből kísérletezésre. Behring erre a következőképen válaszolt. „Szerem nem küldhet el, mivel félős, hogy ezáltal elveszíti a hatóerejét. En a TX-et az állati testből olyan alakban állítom elő, a mely leginkább hasonlítható a durranó anyagok állapothoz. A mint elhagyja ez az anyag azt a helyet, a hol készült, t. i. az állati szervezetet, rögtön bizonyos változásokon esik át, olyanokon, a melyek igen hasonlítanak a vér megalvadásához, ha azt az erekből kibocsátjuk. Ebből következik, hogy a TX hatását csak ugyanazon a helyen lehet tanulmányozni és ellenőrizni, a hol készült, s hogy erre az ellenőrzésre csak olyan egyén alkalmas, a ki az én vezetésem alatt vagy útmutatásaim alapján tanulta meg a szer előállítását s ismerte meg ezen előállítás nagy nehézségeit. Hogy ennyire óvatos vagyok, az természetes, mivel egy új szer hatóerejének az első bebizonyításáról van szó; más hasonló esetekben is így jártak el. Emlékezzünk csak vissza Pasteurnak veszélyes-ellenes védoltásaira; ezeket se lehet bármely klinikusra bízni, még kevésbé bármely gyakorló orvosra. Pedig az én szerem alkalmazása még nehezebb és kényesebb, mint a veszélyes-ellenes oltásoké. Okom van arra, hogy egyelőre még várjak szerem előállításának és alkalmazásának a közléseivel, de értesíthetem Önt, hogy Metschnikoffal tárgyalásokat folytatok az iránt, hogy a párisi Pasteur-intézetben is előállítsák és alkalmazzák szeremet. Csak ha szeremet egy pár hónapon át kipróbáltam betegeken, bocsáthatom azt más centrumok rendelkezésére. Mindez érthetővé teszi szerem első

ismertetése alkalmával tett azon kijelentésemet, hogy egy év leforgása előtt alig tehetek részletes közlést tuberculosis-ellenes szeremről.

Behring még nem is közölte részletesen a módszerét, s máris akadt, a ki prioritási igényeket támaszt vele szemben. Karl von Ruck dr. Ashville-ban (Amerika) azt állítja a St.-Louis Medical Revue-ban, hogy ő a tulajdonképeni feltalálója a Behring-féle módszernek. Már 1500 beteget kezelte ez eljárással, még pedig a legjobb eredménnyel. 1902 óta foglalkozik ezen oltásokkal s módszerét már évek előtt személyesen elmondta Behringnek s megküldte neki a dolgozatait is.

⊙ A zsebkendő ellen valóságos hadjáratot indít Schumberg fő-törzsorvos a „Ztschr. f. ärztl. Fortbild.“-ban. Szerinte túlságosan keveset, sőt talán semmit sem törődöttünk eddig a régi megszokás jogán még a legmagasabb körökben is használatos, sőt szeretett zsebkendővel, holott az elsőrangú fertőző forrásnak tekinthető. Az orr nyálkáját, náthánál pedig az orr genyes váladékát ugyanis, mint ismeretes, kendőkre fogjuk fel, s azután gondosan elrejtjük zsebkendőnkben. E szokás ellen senki-nek sincs kifogása, míg ha valaki köhög, s a bronchialis nyálkát üríti zsebkendőjébe, azt már nem tekintik elfogadható dolognak. Hygienikus szempontból pedig az orr és a hörgők nyálkáját közt semmi különbség sincs. Mindkettő egyformán gyanús, sőt veszedelmes, s ennél fogva mindkettővel egyformán óvatosan kellene bánni, s mindkettőt gondosan meg kellene semmisíteni. A zsebkendő használatával pedig nemcsak, hogy meg nem semmisítjük a pathogen baktériumokat, hanem ellenkezőleg, bizonyos mértékben conserváljuk őket. Ha ugyanis a zsebkendőt használat után mindig kiteritenénk, a nyálka csakhamar megszáradna, s a hideg, meg a napfény csakhamar megölné a baktériumok nagy részét. Rendesen azonban a zsebkendőt zsebkendőnk mélyébe süllyesztjük, hol megvan az a hőmérsék, a melyiken a baktériumok életben maradnak, sőt szaporodnak, hol a zsebkendő a kiszáradástól meg van óva, s a hová a csiraölő napfény sem képes bejutni. A vége a dolognak az, hogy a tuberculosisnak, a tüdőgyulladásnak, influenzának, genyedésnek stb. mikroorganizmusai életben maradva, könnyen fertőzhetnek. Egyik elsőrangú feladata ennél fogva a hygienének, hogy a zsebkendő használatát megszüntesse. Pótlására a sárga faj példáját kellene ebben a tekintetben követni. Náluk ugyanis blockokba összefűzött puha, vékony és mégis erős papíros pótolja a zsebkendőt, a melyet azután használat után az utcákon e czéla felállított kosarakba dobnak.

△ Megjelent: J. Siklóssy: Über die Sehstärke des menschlichen Auges. Különnyomat a „Monatsblätter für Augenheilkunde“ 1905. évi folyamából. — Tuszkaí Ö.: Kardiopathie und Schwangerschaft. Sammlung klin. Vorträge. 1905. 407. szám.

— A budapesti Pasteur-intézet kimutatása az 1904. évről a napokban jelent meg nyomtatásban. Belőle vesszük a következő adatokat. Teljesen befejezett védoltást kapott 2772 egyén, kik közül 24-en tört ki a veszettség; e 24 közül azonban csak 9 számítható joggal a halálzási statisztikába, mert a többiben már olyankor jelentkeztek a veszettség tünetei, a mikor a védoltás hatását még nem fejthette ki az idő rövidsége miatt. A tulajdonképeni halálzási százalék tehát 0.32, míg a párisi Pasteur-intézet halálzási százaléka 0.39. De nemcsak ezen egy évben kedvezőbb a budapesti intézet eredménye, mint a párisié, hanem általában is. Mert a míg a budapesti intézetben 1894 óta alkalmazásban levő Högyes-féle dilútiós módszer szerint védoltott 19,148 egyén közül 54 kapta meg a veszettséget, vagyis 0.27%, addig a párisi intézetben az eredeti Pasteur-féle szárítási módszerrel 18 év alatt oltott 28,474 egyén közül 121 halt meg veszettségben, vagyis 0.42%. A budapesti Pasteur-kórházban 1904-ben 2590 egyén volt elhelyezve, a kik közül védoltásban részesült 2115 egyén, 475 pedig mint kiskorú védoltandók kísérője nyert a kórházban elhelyezést. Egy egyénre átlagban 13.58 ápolási nap esett. Az ápoltak számának napi ingadozása tetemes volt: 57 és 182 között ingadozott. A budapesti Pasteur-intézetben megnyitása óta összesen 25,372 egyén nyert veszettségellenes védoltást; közülök 2984 idegen országbeli volt.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 50. hetében (1905. december 10.-től december 16.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484 összesen 836,267. Elvezületett 490 gyermek, elhalt 294 egyén, a születések tehát 224-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18.3. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 5, meningitis tuberculosa 4, apoplexia cerebri 11, convulsiones 8, paralysis progress. 5, tabes dorsalis 2, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordis 12, morbi myocardii 4, vit. valvularum 4, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 2, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 7, pneumonia 23, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 43, emphysema pulm. 5, pleuritis 3, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 5, 2 éven felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii ocell. intestini 2, peritonitis 6, cirrhosis hepatis 1, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 2, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 17, paedatrophia 1, marasmus senilis 12, carcinoma ventric. 6, carcinoma uteri 5, alia carcinomata 7, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 5, typhus abdominalis 5, variola varicella 0, morbilli 5, morbilli pneumonia 6, scarlatina 6, pertussis 0, croup-diphth. 4, diphth. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 4, pyaemia, sepsis 0, alii morbi infect. 2, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 0, suicidium 4, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — II. Betegedés. a) Betegforgalom

a községi köz-kórházakban. A mult hét végén volt 3691 beteg, szaporodás 834, esőkenés 732, maradt e hét végén 3719 beteg. b) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 185 (192), vörheny 32 (32), állh. gége- és roncsoló toroklob 31 (37), hőkhurut 27 (35), gyermekágyi láz 1 (1), hasi hagymáz 17 (14), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 52 (64), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (3), trachoma 5 (10), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Dr. Vivien párisi laboratorium csukamáj-olajára vonatkozó mellékletünkre felhívjuk olvasóink szíves figyelmét.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a „Hivatalos Orvosok Naplója.“ Ára 2 korona 20 fillér. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi“ Ujság és könyvkiadó-vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-u. 16.

Tekintettel arra, hogy a „Thiocol“ név úgy a külföldön mint nálunk is védjegytalalom alatt áll, félreértések elkerülése végett készítményemet ezentúl

LIQUOR THIOROBIN COMP. EIBACH

néven hozom forgalomba, a szer összetétele azonban a névváltozás dacára természetesen teljesen változatlan marad. Kiváló tisztelettel Eibach Ödön gyógyszerész.

Vízgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban Budapest, 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.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejáró betegek részére is). Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. Budapest, II., Városmajor-utca 64. Vezetőorvos Dr. Surányi Miklós

LEGITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és idegerősítő. Antis crophuloticum. Antirhachiticum Aphrodisiacum. Adagolási formái: Tablettae Lecithini Richter 0.05 és 0.025 gr. lecithin-tartalommal. Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter (Lecithines csukamáj-olaj). Lactolecithin Richter (Lecithines tejzúkor-por) Lecithine granule Richter (izletes lecithin-granulák). Lecithinol Richter (steril lecithinolaj injekciókra). Richter Gedeon „Sas“-gyógytára, Budapest, Üllői-út 105.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külföldön 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.

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

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes fizikai gyógytényezővel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok, idegbajok, vérkeringési szervek bántalmi. Idült gyomor-bélbajok, Gerinczefordulések.

Tátrafüred



(1020 m.) téli klimatikus gyógyhely, nyitva december 1-jétől márczius végéig. Vízgyógyintézet, massage, villamosítás, diéta asztal, felső és alsó téli klíma. Téli sportok. Központi fűtés, villamos világítás, állandó gyógyszer-tár. Indikált: Basedow-kór, idegbajok, vérszegénység stb.

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fűrdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmady Zoltán.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1905. november 8.-án.) 944. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (IV. szakülés 1905. évi október hó 27.-én.) 945. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (V. ülés 1905. évi november hó 9.-én.) 945. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 946. l.

Közházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1905. november 8.-án.)

Elnök: Axmann Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

Lymphosarcomatosis universalishoz társult idült genyes polyadenitis.

Feldmann Ignác: A folyó évi március 22.-én Hochhalt főorvos úr osztályán elhalt 20 éves kereskedősegéd hullájában csaknem az összes nyirokmirigyek meg voltak nagyobbodva: a nyak jobb oldalán levők libatojásnyi, kemény, kérges daganattá voltak összeforrva, mely a nervus vagust, valamint a régebbi rügget eldugasztolt v. jugularis internát magába zárja és a bőrrel is összekapaszkodott. A mirigyek jórészt el vannak sajtosodva, egyik-másik elgenyedt; körzeti részük tömött, sok helyen szívós. A mellkas felső harmadában, leginkább a hónaljárokhoz közel és főleg jobboldalt a bőrben és a bőr alatti kötőszövetben kendermag-borsónyi és a mellizmokban akár kis diónyi csomók vannak, melyek nagyrészt genyes vagy sajtos anyaggá alakultak át. A bal tüdőben és a jobb tüdő alsó lebenyében friss peribronchiális tuberculosos, a jobb tüdő felső lebenyében terjedelmes kocsonyás beszűrődés kisebb-nagyobb elsajtosodott részletekkel. A jobb csücsben ökölnyi üszkös caverna, mely a bifurcatio felett a légesóval és a bázisig közlekedik és majdnem a v. cava superiorba is áttört, az utóbbinak hátsó falát nagy diónyi daganat domborítja be, melynek megfelelőleg az intimán néhány kölesnyi és egy lenesényi, lapos, kemény göb található.

A 620 gm. súlyú lép sötét-barnavörös, állományában számos köles-kendermagnyi, többnyire csoportosult göböske, néhány babnyi és egy mogyorónyi tályog, melyeknek fala nagyobbára szívós. A czomb esontveleje nagybörészt vörös; csomók nincsenek benne.

A mirigyek jelentékeny számának elsajtosodása, kapcsolatban a tüdőtuberculosisal, pusztá szemmel való vizsgálatkor azon feltevésre szolgáltatott alkalmat, hogy a mirigyek, a bőr, a bőr alatti kötőszövet és izmok csomói is gümők. A görösövi vizsgálatkor a nyirokcsomókban azonban nem találtak gümős elváltozást. Az el nem halt vagy el nem genyedt részletekben vékony vagy vastag reczében főleg nagy lymphocytákhoz hasonló sejtek, továbbá apró lymphocyták, endothelszerű és leggyébrebben csontvelőbeli óriássejtekre emlékeztető alakelemek fészkelnek. Eféle szövet a nyirokesomók tokján kívül is látható. A genyes és sajtos részletekben igen sok, Gram szerint festődő streptococcus. Az utóbbi az el nem genyedt daganatcsomók számos vér- és nyirokerében is tömegesen előfordul.

Igy tehát megállapítható, hogy általános lymphosarcomatosishoz idült lefolyó streptococcus-infectio társult, mely ugyanazon úton terjed tovább, mint a lymphosarcomatosis burjánzás és a melynek hosszas elhúzódása mellett a geny sok helyen gümős, sajtos anyaghoz hasonlóvá válik.

Heveny genyes polyadenitishez szövődött általános lymphosarcomatosis.

Feldmann Ignác: A Hochhalt osztályáról f. év április 6.-án boncolásra került, 34 éves, lesoványodott akrobátának csaknem összes nyirokesomói meg voltak nagyobbodva; a nyak bal oldalán ökölnyi, a mellő mediastinumban tyúktójásnyi, fehéres vagy halványvörös-szürke daganattá forrtak egybe, mely utóbbi szívósabb, mint a többi nyirokesomó és sem elfajulást, sem nekrosist nem mutat. Közvetlenül a légesó oszlása alatt majdnem tyúktójásnyi, lágy, nagyrészt halványvörös, fakó elhalt csomó van, mely a tok alatt genyesen beszűrődött. Az egész aorta abdominalist és a v. cava inferiort vaskos pánczéliként körülövező mirigyek közül egyik-másik ellágyult, fakó, vörös-szürke; némelyik a körülötte levő kötőszövettel együtt zöldes-sárga, hig genyvel beszűrődött. A dió-tyúktójásnyi bal iliacális mirigyek között, továbbá a tyúktójásnyi jobb lágyéktáji és a férficoölnyi bal inguinális mirigyconglomeratumban is több genyesen ellágyult, majdnem szétfolyó csomó van. A bal m. ileopsoas és a felette levő subperitoneális kötőszövet a mirigyekből kiindulólág genyesen beszűrődött. A hasürben 45 liternyi geuy. A jobb mellürben kevés rostonyás savó. Az 1400 gm. súlyú lép kissé puha, halvány barnás-vörös, metszslapján a Malpighi tüszők mákszem-kendermagnyi fehér foltokként látszanak. A czomb esontveleje felső kétharmadában barnás-vörös, alul zsiros.

Görösövi lelet: az el nem genyedt nyirokesomók főleg nagy lymphocytákhoz hasonló sejtekből állanak, melyek hol vékonyabb, hol vastagabb reczében fészkelnek. Vannak köztük apró lymphocyták, endothelszerű és többmagvú, a csontvelő óriássejtjeihez hasonló sejtek is, de az utóbbiak még gyébrebben mutatkoznak, mint az első esetben. A

nyirokesomók elgenyedt részleteiben igen sok coccus, leginkább streptococcus található.

Ezen esetben az általános nyirokcsövetburjánzás első pillanatra pseudoleukaemiára emlékeztet, de a mediastinális és a nyaki mirigyek összekapaszkodása, ha a szomszédos nagyobb vénákkal való szerves összefüggésük nem is mutatható ki, lymphosarcomatosisra utal. Valószínű, hogy ha a genyes hashártyalob a halált nem siettet, a visszerek sem maradtak volna megkimélve a lymphoid szövetburjánzás átterjedésétől. A másodlagos heveny genyes fertőzés itt nemcsak a nyirokcsövetes képződményekre, hanem azoknak határain túl is elterjedt.

A tüdőesúcsokban talált obsolet tuberculosist, továbbá a hepar lobatum s az aorta ascendens és arcus aortae sclerosisa alakjában nyilvánuló syphilisnek az általános lymphoid szövetburjánzás létrehozásában nem tulajdoníthatunk szerepet.

Lymphosarcomatosis dura universalis gigantocellularis.

Feldmann Ignác: A Hochhalt főorvos vezetése alatt álló belosztályon folyó évi április 17.-én elhalt 30 éves elasztott nő boncolásakor általános vízkőron kívül szintén a nyirokesomók testszerte való meg-nagyobbodása volt megállapítható; állományuk nagybörára feltűnően tömött, szívós, szürkésfehér, metszslapjuk dűrván lebenyűkés. A jobboldalt akár tyúktójásnyi, baloldalt pedig ruzatojásnyi hónalji mirigyek a legkeményebbek és mindkét oldalon egyrészt az emlő hátsó részével, másrészt a v. axillarissal összekapaszkodtak. A hónaljvisszerek belhártyáján buza-dara-félabnyai porczkemény fehér göbök vannak, a melyek a különben is összenyomott vénákat még inkább szűkítik. A hónaljmirigyek metszslapja nagybörára foltos vagy reczés rajzolatú, fakó sárga elszinesedést mutat és mindenütt kérges. Az alkarok vize-nyősek. A többi nyirokesomóban nem látszik elfajulás. A 750 gm. súlyú lép felületén és halvány vörösesbarna metszslapján igen sok kendermag-babnyi és néhány olaszmogorónyi csomó, melyek apró göbökből folytak össze, közéjük többnyire behúzódott. A kisebbek fehérek, a nagybörakban fakósárga reczézett és pettyek láthatók. A máj sorvadtt, 1100 gm.-nyi. A csontvelő nagybörészt barnásvörös és csontgerendákban bővelkedik. A mellvízkőr folytán összelohadt bal alsó tüdőlebeny hátsó alsó szelében több köles-lenesényi, lapos, porczkemény, fehér göb. Gümőknek sehol semmi nyoma.

Szövetani lelet: A nyirokmirigyekben és a lép csomóiban vastag rostozatú kötőszöveti gerendák közé foglalt durva reticulumban feltűnően sok nagy sejt látható, melyek egy vagy több sötéten festődő, különböző alakú maggal bírnak. E magvak többnyire rendetlen csoportokat alkotnak, helyenként azonban patkó vagy koszorú alakjában vannak elrendezve. A nagy sejtek közt aránylag kevés lymphocytá és endothelszerű sejt van. A hónaljmirigyekben nekrotikus és zsiros részletek is mutatkoznak. Gümöbaccilus nem találtatott.

Bemutató Körömöczi Emil dr.-ral 1899-ben két hasonló esetet közölt, melyekben tuberculosos is ki volt mutatható és a röviddel azelőtt Sternberg által részletesen leirt esetekre való tekintettel is ezen körképnek a tuberculosissal való összefüggését lehetne, de be nem bizonyítottan tartotta. Azóta még egy másik, a mo-tanihoz hasonló eset kapcsán is meggyőződött, hogy ezen Chiari kezdeményezésére most Hodgkin-kórnak nevezett megbetegedésben a tuberculosos vagy egyáltalában nem, vagy csak másodlagos, de meglehetősen gyakori fertőzés alakjában szerepel. Bemutató egyébként ezen kóralakot addig, a míg aetiologiai osztályozás nem lehetséges, a mirigyeknek egymással és a szomszédos szervekkel való gyakori összekapaszkodását tekintetbe véve, a lymphosarcomához sorolandónak véli. Hiszen a nagy többmagvú sejtek, melyek a szóban forgó kóralaknál annyira el vannak szaporodva, gyér számban tipikus lymphosarcomában is megtalálhatók. A láz pedig, melyet ezen kóralak egyik jellegző klinikai tünetének tekintenek és a mely a histologiai kép mellett egyéb rokon megbetegedésektől való elkülönítésére szolgáltatott alkalmat, lymphocytás típusú lymphosarcománál is elég gyakran előfordul, így pl. bemutató körülbelül egy év leforgása alatt a ma demonstrált első és második eseten kívül még két nyaki és egy iliacális lymphosarcomát boncolt, melyek másodlagos strepto- és staphylococcus-infectioból származó nyirokmirigyduzzadás kíséretében zajlottak le.

Viszont vannak nagysejtű lymphosarcomák, a melyeknél láz nem constatalható: ilyen Yamasaki 5 esete közül az egyik, és előadó is boncolt hasonló esetet. Ugy hogy a láz talán nem is, vagy nem mindig az eredeti megbetegedéssel függ össze, hanem másodlagos fertőzéstől ered, melyben sokszor a tuberculosist is jut szerep.

Róna Samuel: Az első eset szóló osztályáról került Hochhalt osztályára. Az egyén orbánczozal vététtel fel. Mikor az orbáncz lefolyt, azt találták, hogy lymphatikos daganatai vannak, melyeket tbc. természetűnek tartottak. A köztakarón a mellen babnyi és borsónyi subcutan göböket találtak, úgy hogy az elváltozás cancer en curassehoz hasonlított. Tuberculosis ilyen nem okoz, ezért alképletre tette a diagnosit. A diagnosit a boncolat eldöntötte. Más hasonló esetben könnyebb lesz már most a tájékozódás.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(IV. szakülés 1905. évi október hó 27.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Kenyeres Balázs a halálos szívserűtésekről tart előadást, abból a szempontból vizsgálva azokat, hogy sértett ezen sértések elszívődése után mennyiben bír még öntudatosan ténykedni. Készítmények bemutatásával kapcsolatosan ismertet több esetet.

Az egyik esetben a sértett 21 éves, földmives, a kit késsel megszurttak; bányájának karjára támaszkodva 500 lépésnél többet tett meg lakásáig, oda érve, vizet kért, mielőtt azonban ezt előhozták volna, összeesett és meghalt. A boncolásnál a bal szívgyomrocsán kívül 18 mm., belül 12 mm. hosszú áthatoló szúrást talált.

Még tovább tartott az élet a második esetben. 20 éves legényt korecsmi verekedés alkalmán megszurtnak. Sértett elkiáltja magát, hogy megszurtták, de azért tovább verekedik s társaival addig üti ellenfelét, míg az eszméletét veszítve, egy pad alá gurul; ekkor az udvarra kimegy, egy idő múlva visszatér, az asztalhoz leül, nemsokára azonban eszméletét veszítve lezuhan. Reggel hazaszállítják. Itt ágyba fekszik, de közbe fel is kel. Halála hatodik napon áll be. A szívburokban sok vér, a melynek kinézése a panaszolt időben történt vérzésnek megfelel; e mellett annak mindkét lemezén vastag rostonyafelrakódás találtatott. A jobb szívgyomrocsán kívül 6 mm., belül 4 mm. hosszú szúrás volt. Felveti a kérdést, hogy vajon vannak-e oly kórboneztani elváltozások, a melyek alapján meg lehet állapítani, hogy a halál mily gyorsan állott be és hogy sértett mennyiben volt képes még a sértés elszívődése után ténykedni. Kifejti, hogy nem állhat meg az a nézet, a melyet egyesek még most is vallanak, hogy t. i. a szívburok megelődése által okozott halál mindig rohamosan áll be. Egyik esetében 7 mm.-es revolvergolyó a jobb szívgyomor mellső falát és a tüdőverőér hátsó falát ütötte át s a halál mégis csak 25 percz múlva állott be. Egy másik esetében, midőn a jobb gyomrocs volt átszurva, sértett egy darabig beszélt, támogatva saját lábán ment ki a szobából. Előadása további folyamán vázolja a sérülés helyének, terjedelmének, irányának, számának, a sértő eszköznek, valamint más szervek együttes sértésének jelentőségét a halál és öntudatlanság beállásának gyorsaságára s kimondásait részint saját tapasztalataiból, részint az irodalomból vett esetekkel illusztrálja. Következtetésében oda jut, hogy a holttest vizsgálása alapján nem mindig lehet a halál beálltának gyorsaságára, még kevésbé arra következtetni, hogy sértett hogyan viselkedett a sérülés után. A törvényszerű orvosiak mindig szem előtt kell tartani, hogy még terjedelmes szívserűlések sem függesztik fel mindig azonnal a sértett cselekvő képességét.

Makara Lajos Kenyeres nagyérdékű előadásához és bemutatásához sebészi szempontból óhajt némely megjegyzést tenni.

Klinikai észlelések is megerősítették azon kórboneztani és törvényszerű tapasztalatokat, melyek szerint a szívserűlések nem feltétlenül halálosak.

Sokszor pedig a sérülés és a bekövetkező halál közt hosszabb idő telik el. Magának is volt alkalmi klinikai tanársegéd korában észlelni egy 20 év körüli leányt, ki revolverrel mellbe lötte magát és ez alkalommal szívserűlést szenvedett. A beteg a sérülés után annyira javult már, hogy egy hét múlva az orvosi tilalom daczára felkelt, az ablakon kinézegetett, mire állapota hirtelen rosszabbodott. A fokozódó vérszegénység, tompulat a bal mellkas felett és a súlyos nehézlégzés utaltak a belső elvérzésre. A halál körülbelül 24 óra múlva állt be. A boncolásnál a bal gyomrocs horzsolts lövését találtuk, mely később megrepedt s a szívburokba vérzés útján a szívmozgásokat megakasztotta.

Ez az eset is bizonyítja, a mit Kenyeres is kiemelt, hogy a szívburokba vérzés nem azonnal halálos, hanem a felhalmozódó vér fokozatosan fojtja meg a szívmozgást.

A szívsebek gyógyulási és gyógyítási kilátásai annál jobbak, minél ferdébb és szűkebb a seb és minél vastagabb a sértült helyen a szív falzata.

E szerint a műtéti gyógyításnak szinte csak a gyomrocsok sértései hozzáférhetők.

Az irodalomban eddig is több szívserűlésről tudunk, melyeket műtét útján sikerült gyógyulásra vezetni.

A műtét egyszerűen bordaresectioval vagy a légyszűrés és bordák együttes lebonyolással kezdődik, aztán a szabadon fekvő szívburokot kell megnyitni s a szív előttünk van. A varrásnál észlelték, hogy a tübszűrésre a szív egy-egy pillanatra megáll, aztán tovább lököt. Az első varrat alkalmazása legnehezebb, ki kell lesni az alkalmas pillanatot a beszűrésre és a fonal esomózására.

Makara Lajos „Áthatoló gyomorlövés“ esetét mutatja be.

R. E., 14 éves fiú, október 9.-én játékpisztolyal véletlenül hasba lötte magát. A baleset déltáján, 1/212-kor történt, utána állítólag véreset hányt. Vizsgálatkor d. u. 4 órákor sem a hason észlelhető tünetek, sem a fiú általános állapota nem árnlják el a súlyosabb természetű sérülést. A máj- és léptompulat normális. A hasfalak, különösen a sérülés környékén, feszesebbek. Az érverés 70, telt. A középvonalban, a köldök felett 2 1/2 centiméternyire egy lencsényi, feketés, zúzott szélű, kerek lött seb van.

A látszólag megnyugtató tünetek daczára a beteget azonnal a műtéthez előkészítjük. Előbb helyi érzéketlenítés után 3 cm. hosszú sebet át követjük a löcsatornát. Miután így a sérülés áthatoló voltáról meggyőződünk, narcosisban (Witzel-féle aether-chloroform-bódítás) megnyitottuk a fenti seb tágitásával a hasat.

A mesocolon transversumban mérsékelt véres beivódás látható. Az előhúzott gyomor elülső falán egy lencsényi, a hasfali sebez hasonló sérülés van. A gyomor-sebet egy áthatoló és négy sero-muscularis Lambert-varrattal egyesítettük. Most a mesocolon transversumon nyilást készítve, ezen át pontosan megvizsgáljuk a gyomor hátsó falát. Itt is megtaláljuk a leírt lött sebekhez hasonló kerek sebet, melyet szintén bevarrunk. Pontos hasfalvarrattal a hasat teljesen elzártuk. A lefolyás teljesen zavartalan.

Az eset az irányban tanulságos, hogy a kettős gyomor-seb daczára a fiú általános állapota teljesen megnyugtató volt, mégis, tekintettel a sérülést követő véres hányásra, indokolt volt azonnal műtét útján meggyőződést szerezni a sérülés természetéről. Miután pedig a lövés a hasba hatolónak mutatkozott, a hasat kellett megnyitni és a lött sebet bevarni.

Habár tudjuk, hogy a kis terjedelmű gyomor-sebek némelyike kedvező körülmények közt beavatkozás nélkül is meggyógyulhat, de viszont tudjuk, hogy az esetek nagyobb része sebészi beavatkozás nélkül elpusztul. Egyszer közvetlenül a sebéshez társul a hashártyagyulladás, más-zor az eset egy ideig kedvezően gyógyul, de aztán felépnek az intraabdominális genyedés tünetei és következményei.

Manap tehát teendők világosan elő van írva. Alkalmas körülmények közt — a mi a polgári gyakorlatban legtöbbször előteremhető — a gyomorbélhuzam sérülésének gyanúja esetén ne veszítsünk egy órát sem, hanem azonnal avatkozunk be.

A gyógyulás esélye az órák múlva kifejlődő lobosodás esetén hirtelen fokról fokra rosszabbodik.

Tanulságos esetiinkben az is, hogy lött vagy szurt sebeknél biztosan meg kell győződnünk a sérülés egyszeres vagy többszörös voltáról.

Gyomorlövéseknél mindenkor gondosan meg kell vizsgálnunk a hátsó falat is, bélsérüléseknél a szoba jöhető bélszerzeteket, nehogy egy sérülés is elkerülje figyelmünket, s ezáltal egész működésünk hiába való legyen.

A budapesti kir. orvosegylet sebészeti szakosztálya.

(V. ülés 1905. november 9.-én.)

Elnök: Haberern J. Pál. Jegyző: Winternitz Arnold.

Perineális sérvekről.

Bakay Lajos: Az előadó két eset kapcsán, melyek az egyetemi I. sz. sebészeti klinikán voltak megoperálva, kiterjeszkedik a perineális sérvek anatómiájára és fejlődésünkre. Végeredményképen a következő új tényeket állapítja meg.

1. A Douglas-üreg anatómiai helyzeténél fogva intraabdominális sérvtömlőt képez, melyben ha zsiger dislokálódik, szabad hasüregi sérv jön létre. A sérvtömlő tartalma elválaszta egymástól a különben teljesen zárt tömlő falait, lehetővé teszi, hogy az intraabdominális nyomás közvetlenül a Douglas fenekére hasson. Ezen nyomás folytán a sérvtömlő alsó része felé száll, s megjelenik vagy a hüvelyben, vagy a végbélben, vagy a fossa ischio-rectalisban keresztül a gáton.

2. A fossa ischio-rectalisnak Waldeyer által leírt elülső nyúlványa teszi lehetővé, hogy a hátul-ó perineális sérvből elülső perineális sérv legyen: az úgynevezett hernia labialis post.

3. Perineális sérveket lipoma is létrehozhat, mely az ischio-rectális árok zsírszövetéből fejlődik.

4. Embryokban a Douglas-üreg mely helyzete csak látszólagos, s nem magyarázható belőle a perineális sérvek congenitális eredete.

5. Intestinum-részlet a Douglas-üregbe legkorábban akkor kerülhet, mikor a medence az egyenes tartás és járás folytán tágul, s a medencebeli szervek a hasüregből a medence üregébe sülyednek le.

Chloroform és phosgen.

Barla Szabó József: A chloroform elbomlásakor keletkező phosgen kérdését vizsgálja meg irodalmi adatok alapján. Zweifel volt az első, ki 1881-ben a chloroform bomlástermékeinek mérgező tulajdonságaira felhívta a műtőorvosok figyelmét; az észlelt halálesetek pedig a kérdést később még inkább actualissá tették. A későbbi évek folyamán megindult vegyi és physiologiai vizsgálatok azonban azon kérdést, vajjon a nyitott láng mellett való chloroformozás mellett képződő chloroformbomlás-termékek között a phosgen játszsza-e a legfontosabb szerepet, nem tisztázták eléggé. A vélemények ez idő szerint még megoszlanak, a mennyiben az e kérdéssel foglalkozó szerzők némelyike a phosgent, mások pedig a nyitott láng mellett való chloroformozásnál mindig keletkező sósav- és chlorgázt tekintik a kóros tünetek okozójának.

Zimmermann Károly: Egy esetben volt tanúja phosgen-mérgezésnek. 1898-ban, mikor Dollinger tanár átvette a klinikát, a kis műtőben operáltak egy májusi sötét délelőttön gáz mellett. Egész délelőtt dolgoztak már a meleg fűtőtest mellett, mikor egy collegát hoztak a Korányi-klinikáról, kinél laminectomiát kellett végezni. Egyszerre erős köhögés fogott el mindenkit, úgy hogy a termet ki kellett szellőztetni és csak ezután lehetett az operálást folytatni.

Fischer Aladár: Közkórházban működő sebészek ismerik ezen tüneteket. Szólv a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályán éjjeli műtétéknél elég sokszor tapasztalta saját magán, a betegen és a műtéten résztvevőkön. Sima narcosis soha sem volt, cyanosis, glottis-görös, lég-

utak izgatottsága gyakori volt. Auer-égő mellett léptek fel ezen tünetek, ha chloroformoztak. Azért inkább aethert használtak, a mi semmi kellemetlenséget nem okozott.

Winternitz Arnold: A Stefánia-kórházban azelőtt gyakran operált délután is gáz mellett. Sajátságos kaparó-érzés és köhögés jelentkezett nála mindig. De a betegeknek gyakori volt a pneumonia, ezért elhagyta. Szóló Winkler chemia-professort kérdezte a phosgen felől, a ki a phosgen képződését gázláng mellett valószínűnek tartja, csak kimutatása nehéz, mert a vízgőz jelenléte mellett sósavra és széndioxidra bomlik.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből.

Az appendicitis műtétének kérdéséről érdekes előadást tartott *Tilmann* a bonni orvosegyesületben. Az appendicitis sebészeti kezelésében a radikális irányzat mindinkább terjed, mert esekély klinikai tünetek mögött súlyos anatómiai elváltozásokat észleltek. *Tilmann* szerint mindazon eseteket, melyekben hirtelen, súlyos tünetek kíséretében jelentkeznek az első roham, melyekben 1-2 hányás vezet be a kórfolyamatot, azonnal meg kell operálni, mert ez ismételt hányást perforatio mellett szól a fontosabb diagnostikai jel, mint az érlökés és a hőmérsék. Műtét nélkül legkedvezőbb esetben 2-3 nap múlva tályog képződik, a melynek jelenlétében későbbi műtét mellett is a gyógytartam jelentékenyen hosszabb, mint a mindjárt kezdetben történt beavatkozásnál. Azonfelül kevésbé fenyeget utólagos hasfali sérv keletkezése.

Tilmann 52 appendicitis esetet gyógykezelt, 27 esetben a féregnyújtvány perforatioja volt jelen. 32 esetet az acut rohamban operált és pedig 20 esetet az első 60 órában. E 20 mind gyógyult, míg a 12 későbbben operált közül meghalt 6.

A nem heves tünetekkel jelentkező, az idült és a visszertő appendicitiseknél várakozik és az intervallumban operál. Hirtelen beálló súlyosbodás ép úgy szükségessé teszi a műtétet, mint a primær súlyosan jelentkező eset. Ez állásponthoz *Bier* is csatlakozott. (Medizinische Klinik. 1905., 49. sz.)

Steiner Pál dr.

PÁLYÁZATOK.

4971/1905. kig. sz.

A vértésacsai körben, Vértésacska székhelyvel megüresedett körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, s a pályázatra jogosítva vannak, hogy kelően felszerelt kérvényüket hozzám 1906. évi január hó 7. napjáig beadják, mert később érkezendő kérvények figyelembe vételni nem fognak.

A körorvosi körhöz tartozik: Vértésacska, Vértésboglár, Pázmánd és Veréb községek 6196 lakossal.

A körorvos fizetése évi 1600 korona, a községektől előleges negyedévi részletekben fizetve. Nappali látogatási díja 50 fillér, éjjeli 1 korona.

A körorvos tartozik hetenként egyszer, a községi előjárásokkal közösen megállapítandó napon a körhöz tartozó községekben megjelenni.

A választás határnapja 1906. évi január 9. napjának reggeli 9 óráját Vértésacska községházához kitűzöm.

V á l, 1905. évi december hó 20.-án.

A főszolgabíró.

3063/1905. sz.

A nagykállói m. k. elmeegőgyintézetnél kinevezés folytán megüresedett főorvosi állásra, mely 2200 kor. fizetés, 1400 kor. személyi pótlék, természetbeni lakás, fűtés, világítás élvezésével jár, a nagyméltóságú m. kir. belügyminister 124.916.905. sz. rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Az állásra pályázóknak az 1883. I. t. cz. 9. §. második bekezdése értelmében egyetemes orvostudori oklevéllel, vagy ennek megfelelő akadémiái fokokra vonatkozó külön oklevelekkel, ezen felül szakképzettséggel s legalább 2 évi szakgyakorlattal kell bírnia.

A pályázóknak kellően bélyegzett s eredeti okmányokkal vagy közjegyzőileg hitelesített másolatokkal felszerelt kérvényüket e hirdeteménynek a Budapesti Közlönyben történt harmadszori közzétételétől számítandó 4 hét alatt — még pedig a közhivatalban állók, a hivatali főnökök útján — a magyar belügyminister úrhoz ezim ezve, hozzám kell benyújtaniok.

A jelzett határidőn túl beérkező folyamodványok figyelmen kívül fognak hagyatni.

N a g y k á l l ó i, 1905. évi december hó 18.-án.

Borosnyói L. Béla, igazgató.

A kassai alap. közkórháznál lemondás folytán megüresedett segédorvosi állás, mely 1200 kor. évi fizetéssel, az intézetben egy bútorozott lakoszával, fűtéssel és világítással, továbbá reggeli és déli I. oszt. étellel van javadalmazva, 1906. évi február 1-én betöltendő.

Ezen állás elnyerése iránt az egyet. orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddig betöltött foglalkozást tanúsító okmányokkal felszerelt kérvények 1906. évi január hó 20.-ig alulírott igazgatóságához terjesztendők be. Az állás fentebb jelzett napon okvetlenül elfoglalandó.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Tájékoztásul a betöltendő ügykört részletező szolgálati szabályzat előzetesen beszerezhető.

K a s s a, 1905. évi december hó 26.-án.

2-1

Az alap. közkórház igazgatósága.



HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator  kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Eperjemen.

Jisztelt doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: **Általános idegbetegségeknek, általános gyengeségi állapotoknak mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anemiáknál és chlorosis esetinél,**

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

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 20 gm. vasat, 0.0 gm. k. Na amon. brom. és 0.005 arsenát), mely nemcsak a vöröszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat. Kézziményi.

Készítel és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszerháza

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben valamint minden gyógytárban, Főraktár:

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

Név védve. **Extractum** Név védve. **Chinae „Nanning“**

(A jelenkor legjobb stomachicum.)

Rendelése a berlini betegpénztárnál megengedve.

Javallatok:

1. Sápókórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebekelés.
5. Lábadóznál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszies italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulózisnál.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és Irodalom ingyen.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerháznál kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Kemek fekvés, számos gyógyszerköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szivesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok díjmentesen.