Negyvenkilenczedik évfolyam. 14. szám. *Budapest, 1905. április 2.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

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

Közreműködők magok és tanítványaik nevében a rovatok szerkesztésében:

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

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

TARTALOM:

— **Minden jog fenntartatik.** —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Torday Árpád: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. számú belgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A barbados-aloin-vérpróba értéke gyomor- és bélvérzés eseteiben 229. lap.

Tóvölgyi Elemér: Az éneklés légzési hibáiról. 232. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár.) Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség esete. 234. lap.

Tárcza. Vámossy Zoltán: A Syveton-ügy. 236. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Guszman József**: A paralysis progressiva syphilises eredete. 238. lap. — *Könyvismertetés. F. Jessen*: Lungenschwindsucht und Nervensystem. 238. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Pollak*: Sorisin. — *Mendel:* Fibrolysin. — *Belgyógyászat. Ruge*: Elsődleges gyomortuberculosis. — *Libensky*: Cheyne-Stokes-légzés. — *Sebészet. Marchais*: A phlebitis kezelése. — *Wölfler*: Átmetszett nervus hypoglossus egyesítése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Honcamp*: Impetigo gyógyítása. — *Pfeiffer*: Influenza okozta álmatlanság. — *Ballin*: Csecsemők náthája. 238—239. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — A jobbkezűség okai. — A nemzetközi sebésztársaság. — A berlini új Virchow-kórház. — Kisebb külföldi hirek — Uj folyóiratok. — A II. szülészeti és nőgyógyászati klinika. — A kolozsvári „Karolina“ országos kórház. — Elhunyt. 239. és 240. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. — Közkórházi Orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Melléklet. Gynaekologia. 1. sz. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.)

A barbados-aloin-vérpróba értéke gyomor- és bélvérzés eseteiben.

Irta: *Torday Árpád* dr. klinikai tanársegéd.

Gyomor- és bélvérzéseknél, valamint a tápcsatorna vérzésre gyanús eseteiben a gyomor- és bélbennékben a vért, illetve annak szétesési termékeit rendszeresen *Boas*-nak[1] 1901-ben megjelent közleménye óta keresik, a ki elsőnek mutatott reá arra, hogy a vér chemiai kimutatásának milyen fontos diagnostikai értéke van. Addig megelégedtek a gyomorváladéknak és a faecesnek makroskopi vizsgálatával. *Boas* kimutatta, hogy pusztán szemlélettel nem lehet a vért minden esetben megállapítani; így ha a gyomorváladék erősen savi vegyhatású, abban tetemes mennyiségű vér lehet a nélkül, hogy azt puszta szemmel észrevehetnők. A faeces sötét színe, eltekintve azon orvosságoktól, a melyek a faecest sötét színűre festik, nemcsak a vértől, hanem a szervezet festőanyagaitól, valamint a táplálékban felvett növényi anyagoktól eredhet, minélfogva sokszor tévednénk, ha a bélsár sötét barnás-fekete vagy fekete színéből vérzés jelenlétét állapítanók meg. A világos színű bélbennék is tartalmazhat másrészt kisebb mennyiségű vért, különösen ha az a gyomor-bélhuzam felső részéből ered, úgy hogy a vér egyrészt megemésztődik, másrészt a bélsárral bensőleg összekeverődik, míg a tápcsatorna legalsóbb részeibe kerül. Ebből látható, hogy bár a makroskopi lelet elégséges az olyan esetekben, a melyekben a gyomor-bélhuzamban nagyobb fokú vérzéssel találkozunk, mégis elégtelen vizsgálati módszer, mert kisebb fokú, de állandó occult vérzések el fogják figyelmünket kerülni, ha csak makroskopice vizsgálunk s azonkivül tévesen vért állapíthatnánk meg olyan faecesekben, a melyekben a sötét színt nem a vérfesteny, hanem más festőanyag szolgáltatja.

A vér kimutatására szolgáló eljárásokat három csoportba osztjuk: 1. spectroskoppal kimutatás, 2. a vérkristályoknak górcső alatt kimutatása és 3. olyan chemiai eljárások, a melyeknél a gyomorbélbennék-kivonathoz adott reagensek után fellépő reactio alapján itélünk.

Negyedik eljárásként a *Bordet-Uhlenhut*-féle serodiagnostikus eljárás említhető, a mely a legfinomabb próba, kivitele azonban nagy gyakorlatot kiván. A serum előállítás nehézségekbe ütközik; nehéz az állatokat úgy beoltani, hogy tőlük haemolytikus serumot kapjunk. A serumot azonfelül minden egyes vizsgálatnál meg kell vizsgálni arra is, nem old-e fel állatvért is, máskülönben nagy tévedések származhatnak. Ezen okok miatt még a törvényszéki orvostanban sem nyert e módszer általános alkalmazást s annál kevésbé számithatunk a gyakorlatban való alkalmazására.

A spectroskopos eljárás az említett eljárások között a legérzékenyebb és legfinomabb, azonban az a hibája van, hogy a spectroskopban az oxyhaemaglobinon kivül más elnyelési csikok jelenhetnek meg, a melyek azután a haemaglobin elnyelési csíkjának felismerésére zavarólag hatnak. Tudjuk, hogy a vérből, a szerint hogy milyen anyaggal hozzuk összeköttetésbe, oxyhaemoglobin, gáznélküli haemoglobin, haematin, methaemoglobin lesz, azonfelül a faecesben az epefestenyből származó hydrobilirubin

és urobilin, valamint a tápszerbe felvett növényi anyagok elnyelési csíkjai is zavarhatják az oxyhaemoglobin elnyelési csíkjait.

A spectroskoppal való vizsgálati eljárást újabban *Schmilinszky* olyképen módosította, hogy a haematint tömény légenysavval haematoporphyrinné alakítja át és ennek elnyelési csíkját keresi. A haematoporphyrin azonban savanyú közegben nemcsak haematinból, hanem haemochromogenből is előállhat; a haemoglobin ezen hasadási terméke pedig chemice és spectroskopice ugyanúgy viselkedik, mint a növényi festékekből előállított phylloporphyrin. A *Schmilinszky*-féle haematoporphyrinreactio ezen oknál fogva nem használható növényi festékanyagot tartalmazó gyomor-bélbennék vizsgálatánál.

Minthogy a vér alakelemeit górcsövileg csak akkor mutathatjuk ki, ha a vérzés helye a vastagbél alsóbb részleteiben van, a tápcsatorna magasabb pontjairól történő vérzés megállapítására a vérkristályok kimutatása lehet czélra vezető. Ha haemoglobint vegyi anyagokkal hozunk össze, különböző alakú kristályok származnak a kimutatáshoz használt anyagok különbözősége szerint, mert a reagensek különbözősége szerint más-más szétesési termékek keletkeznek. A vérkristályok előállításának számos módja közül a legismertebb a *Teichmann*-féle jegeczek előállítása. A haeminjegeczek kimutatása azonban, valamint a többi jegeczeké is nagyon a véletlennek van alávetve. Ugyanis kis mennyiségü anyaggal dolgozván, a vér egyenlőtlen elosztódása esetén könnyen megeshetik az, hogy a kiválasztott részletben nincs vér. E hibán azáltal lehetne segíteni, hogy a vizsgálandó anyagot vízzel jól összekeverjük s ezáltal gondoskodunk az esetleg jelenlévő vér egyenletes elosztódásáról. Egy másik ilyen próba a jodhydrogen haeminkristály előállítása jodhydrogennel és eczetsavval; *Kobert* szerint az előbbeninél érzékenyebb, a reactio kivitele azonban nagy gyakorlatot kiván. E próba *Strzyzowsky*-tól származik.

Nencki a bélsarat aetherrel és alkohollal kezeli, azután acetont és egy csepp sósavat adva hozzá, szétdörzsöli. Ha a sósav hatását a szüredékben valami meggátolná, akkor még egy csepp sósavat önt hozzá. A keveréket melegen átszürve, ha egy cseppet belőle tárgyüvegre bocsátunk, hosszú görbült aceton-haemin kristályokat fogunk a górcső alatt látni. Óraüvegbe bocsátva a szüredéket, abban kihülés után nagyobb tömegben, vastagabban válnak ki a kristályok. Ezen próba érzékenyebb a színreactióknál. *Clemm* azt tartja, hogy a bélben rothadásnak hosszabb ideig kitett vér, vagy az eves szétesésben levő rákból származó vér lényegesen különbözik a friss vértől, minélfogva a rák széteséséből származó vér krystallographice is különbözik a más eredésü vértől. A vérkristályokból ezek szerint rákdiagnosist lehetne esetleg megállapítani.

A chemiai reactiókon alapuló chemiai eljárások ismét számosak. Legelsőnek említendő a kálilúgpróba. A Heller-féle próba a tápcsatornabennék vizsgálatánál nem alkalmazható, mert nehéz a gyomorváladékot vagy a faecest úgy megszürni, hogy a próba kivihető legyen.

Ilyen a *Korczynsky-Jaworsky*-féle vaspróba is. E próbát *Boas* és *Kochmann*[3] érzékenynek tartják, a melylyel más próbák ellenőrizhetők, azonban a táplálékban nem szabad ilyenkor vasnak lennie. A próba azonkivül a kivitel gyorsasága és könnyüsége tekintetében sem vetekedhetik az alább leirandókkal.

R. Kobert érzékeny reactiót dolgoztatott ki tanítványaival, a mely azon alapszik, hogy a nehéz fémsók a vér festékanyagát kicsapják. A vért tartalmazó folyadékhoz 5%-os réz- vagy zinksulfat oldatot adnak s a csapadékban spectroskopice keresik az oxyhaemoglobint.

Egy másik érzékeny vérkristálypróba alapját a haemochromogen-kristályok képezik, a melyeket *Donogány* állított elő először. Egy csepp pyridint adunk a vérhez s fedőlemezzel lezárva kanadabalzsammal veszszük körül. Az így létrehozott nedves kamarában esetleg egy csepp kénammonium hozzáadására sajátszerü, hosszúkás, egyik végükön hasított kristálytük állanak elő.

A legáltalánosabban használt vérpróba jelenleg a *van Deers*-féle guajacpróba a *Weber* féle módosításban, a mely azon alapszik, hogy a guajactinctura ozondús terpentin jelenlétében élenyül és kék színt ád. A vér jelenléte a folyamatnál mint siettető katalysator szerepel. A reactio lényege az oxydatio; a terpentin mellett a guajacgyanta a vér jelenlétében élenyül; innen az ibolyás szín, a mely a kéktől kezdve a zöldig minden árnyalatban felléphet. *Boas* a próbát olyképen végzi, hogy a vérfesteny eczetsavas aetherkivonatához ozonizált terpentinolajat és friss borszeszes guajacgyanta kivonatot vagy néhány szem guajacgyantát ad, az oxygen felvétele által előállott guajaconsavas ozonidet azután víz hozzáadása mellett chloroformmal kirázza. A vért ezen próbánál mint eczetsavas haematint mutatjuk ki. Az emésztés folytán a vér haemoglobinjából haematin képződik, a mely eczetsav jelenlétében, mint eczetsavas haematin jelenik meg az aetheres kivonatban. A próba hátrányai: 1. a guajacgyantának nagyon frissnek kell lennie, 2. különböző növényi rostok, burgonya, paraj és egyéb főzelékrészletek, továbbá a tej is adják, 3. epe, nyák, geny, izzadság, 4. gyógyszerként alkalmazott anorganikus anyagok, vas, bismuth, kénvas, kénbismuth s egyes tápanyagok, 5. nyers vagy félig sült húsok elfogyasztása után szintén kimutatható a váladékban a vér.

Az aetheres kivonat zöldes vagy sárgás-barna színe a vér festékanyagán kivül az epefestenytől (hydrobilirubin) vagy chlorophylltől is származhatik, a próba kivitelét e festékanyagok zavarhatják. A *Weber*-féle vérpróbát tehát nagy óvatossággal kell alkalmazni, ha a tévedéseket el akarjuk kerülni. A betegekkel jól megfőtt húst etessünk; egyébként a hús jelenléte nem zavar; egészséges egyéneknél nem mutatható ki a vér az ürülékben még akkor sem, ha górcső alatt emésztetlen izomrostokat találunk.

A fent leirt tévedések elkerülése czéljából *Boas* a következő eljárást ajánlja: 5—10 gramm pépes széket vízzel összekeverünk s azután 20 cm^3 aetherrel összerázzuk, hogy a zsírtól megszabadítsuk. Az aether leöntése után 3—5 gm. jégeczettel dörzsöljük össze a váladékot s aetherrel kivonjuk belőle a vér festékanyagát. Az aetheres kivonat alkohollal való felvilágositása *Hartmann* szerint elvetendő. *Hartmann*[5] szerint főtt hús elfogyasztása után mindig kimutatható vér a faecesben a *Weber*-féle próbával, miért is ezen próba csak azután végzendő, ha a betegek néhány napon át húsmentes diaetán voltak. Szerzőnek ezen leletével nem egyeznek meg más szerzők vizsgálatai s az enyéim sem, a menynyiben egészséges tápcsatornával biró egyéneknél sohasem lehetett a bélbennékben a vért hússal való táplálkozás daczára kimutatni. A guajacgyanta élenyülésére befolyással lehet a zsír, miért is az a faecesből gondosan eltávolítandó. A váladék reactioja is tekintetbe veendő, ugyanis ha az túlságosan savanyú, akkor vér jelenlétében sem áll be a reactio. Vigyázni kell arra, hogy az aetheres kivonat idegen anyagokat ne tartalmazzon, mert ilyen esetekben vér hiányában is beállhat a kék színeződés; az aethert ennélfogva a kirázott anyagból mindig pontosan el kell különiteni. A jégeczet maga is adhat guajactincturával zöldes kék színeződést, ha kevés az aether. Viszont, ha a vér nagyon kevés, előfordulhat az is, hogy a vérmennyiség a guajactincturát nem képes élenyíteni. *Unterberg*, ki Boas klinikáján részletesebben tanulmányozta azon tényezőket, a melyekkel a *Weber*-féle reactio kivitelekor számolnunk kell, azt ajánlja, hogy kevés vér jelenléte esetén több terpentint s kevesebb, illetve hígabb guajactincturát használjunk. Melegiteni nem tanácsos a keveréket, mert akkor az oxygen a keverékből eltávozván, nem élenyítheti a guajacgyantát. Ajánlatosabb e helyett a kémcsöveket használat előtt 60—80° C.-ra felmelegíteni. *Unterberg*[6] szerint a próba annyira érzékeny, hogy 1 : 8000 higítás esetén is kimutatható a vér. A gyomorbéltartalom savanyú volta a próba érzékenységét tetemesen leszállítja, úgyszintén az epefesteny jelenléte is, így epefesteny jelenléte mellett csak 1 : 500 higítás mellett lehet még vért a székletétben kimutatni.

Boas és *Kochmann* szerint 0·0003 gm. vért lehet e próbával kimutatni, míg *Schimlinsky* szerint az érzékenység alsó határa 0·01 gm *Klemm* szerint a határ 0·001 gm. *Klemm* a kénsavas aether helyett a petrolaethert ajánlja, mert e mellett a színreactio tökéletesebben lép fel. Minthogy azonban a petrolaethernek gyenge az oxydálóképessége, ellenőrző kisérletekhez a közönséges aethert ajánlja.

Vannak olyan esetek, a midőn a fent vázolt elővigyázati rendszabályok figyelembe vétele daczára a reactio bizonytalan, a mennyiben nem kifejezetten ibolya, ibolyáskék vagy zöld színt kapunk, hanem barnásat. A reactio néha nem jelenik meg mindjárt, hanem csak állás után, hamar el is tünhet; minthogy a reactio sokszor rövid ideig tart, annak állandósítására *Klemm* azt ajánlja,

hogy a mikor a kék színeződés fellép, a kémcső szájára fehér lapot illeszszünk s a papirral vétessük fel az oldat kék színét. A papir ezen kék színt akkor is meg fogja tartani, a mikor az oldat újból elszíntelenedett. Hosszabb állás után vér nélkül is előállhat a reactio, sok savat tartalmazó váladékban a reactio bizonytalan s a kimutathatóság határáig csökkenhet.

Mindezen elősorolt körülmények miatt a Weber-féle próba kivitele gondot, figyelmet és körültekintést kiván. E mellett a reactio hátrányai közé kell sorolnunk az eczetsavas aethernek kellemetlen szagát is, a melyhez még a chloroformé is járul, mely miatt a közönséges gyakorló orvos tartózkodni fog e próbát rendelő szobájában, még kevésbé gyakorlatában elvégezni. Már a próba végzése előtt is gondoskodnunk kell arról, hogy esetleges idegen anyagok a reactiót ne zavarják. A próba kivitelekor sok óvatossági rendszabályt kell betartanunk s ha ezek után az ibolya usque kék szín megjelenik az aetheres kivonatban, még mindig tanácstalanul állunk s töprengünk azon, hogy a beállott reactioból vér jelenlétére következtethetünk e vagy sem.

Érthető ezek után, hogy a guajactinctura helyett más anyagot próbáltak a klinikusok alkalmazni. *Klunge* és *Schaer* a guajacgyanta helyett a barbados-aloint ajánlották, a melynek használhatóságát *Rossel*[7] tanulmányozta először. Utána számos közlemény jelent meg, a melyek egyértelműleg dicsérik az aloin-próbát s ajánlják, hogy a guajacgyanta helyett az aloint vegyük, vagy a két próbát egymás mellett hajtsuk végre.

A próba kivitele oly módon történik, mint a *Weber*-féle próbáé, csakhogy a guajacgyanta helyett aloin 3%-os borszeszes oldatát használjuk. *Koziczkowszky*[8] *Senator* klinikáján számos esetben próbálta ki a reactio megbizhatóságát s a következő kivitelt ajánlja: 5 cm³ friss vagy besürített gyomor- vagy bélbennéket zsírtalanítás czéljából aetherrel jól összerázunk s az aethert ismételten leöntjük. Ha az ürülék nagyon híg, tanácsos előbb besüríteni. A sok urobilint tartalmazó székletétet alkohollal kell szétdörzsölni, az alkoholt szürés által lehet a vizsgálandó anyagtól elkülöníteni. A zsírtalanított gyomor- vagy bélnedv 5 cm³ jégeczettel lesz szétdörzsölve, az egészhez 10 gm. aethert öntünk, az aethert összekeverjük a vizsgálandó anyaggal egy választótölcsérben, ügyelve arra, hogy emulsio ne képződjék; utóbbi esetben néhány csepp absolut alkoholt adunk a keverékhez, mire az aether feltisztul. Az eczetsavas-aetheres kivonatot választótölcsérben elkülönítjük a vizsgálandó anyagtól; a kivonat fölé 1½ cm³ ozonizált terpentinolajat és ½ cm³ 3%-os alkoholos aloin-oldatot rétegezünk, mire vér jelenlétében a terpentinolaj alsó részén egy éles piros gyürü keletkezik, vagy az egész oldat diffus piros színt ölt. A próba kivitelekor ugyanis a terpentinolaj a szerint, hogy milyen a terpentin, az eczetsav és az aether fajsúlya közötti viszony, vagy az aetheres kivonat tetején úszik, vagy a fenekére sülyed, vagy vele bensőleg összekeveredik. Aloin hozzáadására a terpentin keverődési viszonyainak megfelelőleg, ha a terpentin fent úszik, a terpentin-gyürü alján egy szép piros gyürü jelenik meg, míg ha a terpentin a kémcső fenekére sülyed, az aloin-reactio az edény alján jelenik meg piros elszíneződés alakjában és ha a terpentin a kivonattal összekeveredik, vér jelenlétében az egész folyadék egyenletes piros színt ölt. A reactio kivitelekor törekedjünk a vizsgálandó anyagot lehetőleg zsírtalanítani, mert a zsírdús anyag vér jelenléte nélkül is erősen élenyitően hatván, esetleg hibás eredményhez vezethet. Az urobilin sárgás-barna színe csak akkor zavar, ha a kivonat e miatt barnás-vöröses lesz, mi miatt az aloin piros színét nehéz lesz a kivonat színétől megkülönböztetni, különösen ha az aloin-gyürü a folyadék tetején keletkezik. E zavaró körülmény olyankor is előállhat, ha sok az urobilin a faecesben és aetherrel túlbőven extrahálunk. A chlorophyll-tartalmú ételek élvezete nem zavarja a reactiót. A reactio biztossága kedvéért kerülendők a vérfestenyt tartalmazó táplálékok, minők a véres, angol módra készitett húsok, véres hurka, nyers vakart hús, a vasat tartalmazó gyógyszerek, a mint egyáltalában kerüljük gyógyszerek adagolását a vizsgálat szaka alatt.

Koziczkovszky szerint a próba érzékenysége 0·025 gramm, vagy akkor is kimutatható a reactio a gyomor- és bélbennékben, ha a vizsgálati egyén 60—80 gm. félig sült húst fogyaszt el.

A próba hátrányai majdnem ugyanazok, mint a melyeket a Weber-féle próbánál felsoroltunk. Igy zavarólag hathat a zsír jelenléte, ennélfogva ha sok a zsír, több terpentint vegyünk, mert különben a terpentin oxygenje a zsírester oxydatiojára használtatik fel s meg lesz fosztva az oxydatiót közvetitő hatásától. Ha sok a vér, a keverékhez még alkoholt kell tenni, hogy a cseresznyepiros szint jobban felismerhessük. Egyébként a sok vért tartalmazó bélbennék eczetsavas kivonata már külleme által is elárulja magát, a mennyiben tokaji bor színü.

Az említett óvatossági rendszabályok figyelembe vétele mellett magam is végeztem kisérleteket a czélból, hogy az aloin-próba használhatóságáról meggyőződést szerezzek. Vizsgálataim anyagául nemcsak a gyomor- és bélbántalomban szenvedők excrementumai szolgáltak, hanem más betegségekben szenvedőkéi is. Azt találtam, hogy egészséges gyomor- és bélhuzammal rendelkező egyének székletétében sohasem jelent meg a reactio chlorophyll-tartalmú növényi tápanyagok vagy kellően megfött hús elfogyasztása után. (A zöld fózelék adta a reactiót.) Zavarólag hathat a sok zsír, miért mindazon esetekben, a hol epefesteny retentio szerepel, gondoskodni kell, hogy a zsír kellően kivonassék. Az erősen színezett bélsárnál szintén igyekeznünk kell mennél tisztább aetheres kivonat nyerésére, mert ha az aetheres kivonat sárgás-barnásan vagy vörhenyesen festenyzett, nehéz megitélni, hogy a kivonat és a terpentinolaj érintkezési határán megjelenő pirosas gyürü vérnek vagy más festékanyag jelenlétének tulajdonitandó-e?

Általában ajánlatos e próba mellett a Weber-próbát is végrehajtani, mert igy sokkal több támpontunk van kétes esetekben vagy azokban, a melyekben minimalis a reactio, véleményünk kimondásánál. Ugyanis miképen minimális vérzés jelenlétekor a Weber-féle reactionál is a szín lassan lép fel vagy hamar eltünik s a szín nem kifejezetten ibolyáskék vagy kék, hanem annak csak gyenge árnyalatát mutatja, úgy előfordulhat az aloin-reactionál is, hogy a gyürü rendkivül finom, alig látható vagy nem élénk piros. *Koziczkovszky* az ilyen esetekben azt ajánlja, hogy rázzuk össze a kémcső tartalmát, ha vér van jelen, az egész rövid idő alatt pirosas szint ölt, míg ha nincsen vér, az oldat sárgás vagy barna marad. Én a magam részéről szintén többször jártam igy el, bár be kell vallanom, hogy a sárgás-barna és a vörhenyes között oly finom különbségek lehetnek, a melyeket a színelemzésben kevésbé begyakorlott alig ismerhet fel. Épen azért az ilyen esetekben czélszerü a Schönbein féle próbát is végrehajtani, a mely olyan érzékeny lévén, mint az aloiné, a legtöbbször positiv olyankor, a mikor az aloinreactio megjelenik. Előfordulhatnak olyan esetek, a midőn az aloin negativ, a Weber-féle próba pedig positiv lesz vagy pedig megfordítva. Az ilyen esetek azonban ritkábbak.

Vas jelenléte a reactiót ugyan nem zavarja, mert ilyenkor a csapadék barna színü és nem vörös, mindazonáltal tévedések elkerülése czéljából ajánlatos a próba ideje alatt a betegeknek vasat és vasban dús ételeket nem nyujtani; bismuth, tannin a próbát nem adják. Savanyú gyomortartalom a próba érzékenységét tetemesen csökkenti, mindazonáltal gyomorrák minden esetében megtaláltam a vért ezen reactio segélyével. Ulcus ventriculi és hyperchlorhydria észlelésem alá került eseteiben sem a gyomortartalomban, sem a bélbennékben nem volt vér kimutatható. A Schönbein-féle próbát az aloin-próbával párhuzamosan végeztem. Észleléseimet a táblázatban felsorolt esetekben végeztem, a mely táblázat egyúttal azt is feltünteti, hogy az egyes próbák végzése milyen eredménynyel járt. (Lásd a táblát.)

Ha e táblázaton végig tekintünk, láthatjuk, hogy a hasüri szervek bántalmaiban szenvedőknél sok esetben volt vér a bélbennékben; de míg a gyomorrákban szenvedőknél állandó volt a lelet, a többi esetben ez csak elvétve fordult elő. Ebből látható, hogy a gyomor- és béltartalomnak rendszeres és többszörös lelkiismeretes vizsgálata az occult vérzéseknél diagnostikus szempontból kiváló fontossággal bir. A gyomorfekélyben szenvedőknél a váladékokat a rohammentes szakban vizsgáltam s ezeknél egy esetben sem volt vér kimutatható. *Boas* ezen eseteket azon csoportba sorolja, a melyekben a vérzés időlegesen lép fel. A hasmenésben, valamint szív- és vesebántalmakban, cirrhosis hepatisban, idült hashártyagyuladásban stb. szenvedőknél kapott positiv leletet könnyen megmagyarázhatjuk a belekben ilyenkor

fellépő nagy vérbőségből, a mely egy vagy több capillarisnak a megrepedésével járhat.

Diagnosis	Esetek száma	Gyomortartalom	Béltartalom	Aloin		Schönbein		Vizsgálatok száma
				+	—	+	—	
Carcinoma ventriculi[1]	4	2	1	4	—	3	—	14
Ulcus ventriculi[2]	3	—	1	—	3	—	3	9
Catarrhus ventriculi	4	—	1	—	1	—	1	10
Icterus catarrhalis	2	—	—	1	—	1	—	6
Peritonitis chronica	2	—	1	—	1	—	1	4
Enteroptosis	2	—	1	—	2	—	2	3
Hyperaciditas et hypersecretio ventriculi	2	1	1	—	2	—	2	8
Tumor abdominis (verosimiliter tbc. glandular. retroperitonealium)	1	—	—	1	—	1	—	6
Typhus abdominalis[3]	5	—	5	3	2	3	2	20
Cholelithiasis	1	—	1	—	1	—	1	4
Myodegeneratio cordis, gangraena pedum	1	—	1	—	1	—	1	1
Insufficientia bicuspidalis. Embolia pulmonis	2	—	1	—	2	—	2	4
Insuff. aortae; gastritis	2	1	—	—	1	—	1	8
Empyema	1	1	1	—	2	—	2	3
Cirrhosis hepatis	2	—	1	1	1	1	1	4
Emphysema pulmonum	2	—	2	—	2	—	2	4
Sepsis (septicaemia)[4]	1	—	1	—	1	—	1	1
Polyarthritis rheumatica	1	—	1	1	—	1	—	2
Diabetes insipidus[5]	1	—	1	1	—	—	1	4
Diabetes mellitus	2	—	—	—	—	—	—	8
Lues[6]	1	—	1	1	—	1	—	2
Tuberculosis pulmonum[7]	5	—	5	1	4	1	4	12
Tabes dorsalis[8]	4	1	3	1	3	1	3	10
Myelitis[9]	1	—	—	—	—	—	—	2
Sclerosis polyinsularis	2	—	1	1	1	1	1	4
Nephritis parenchymatosa[10]	3	—	3	2	1	2	1	6

Jegyzet. [1] A próba nem volt jellegzetes. — [2] Két héttel a gyomorvérzés után, egy esetben sok zsír a bélsárban. — [3] Két esetben bélvérzés. — [4] Barnás bélsár. — [5] Előző nap sok sonkát evett. — [6] Hasmenés van. — [7] Egy profus hasmenéssel amyloid degeneratio miatt, egy icterussal és haemoptoëvel combinálva. — [8] Egy hasmenésben szenved, egy crise gastrique. — [9] Hasmenés. — [10] Kettő uraemiás tünetekkel.

Ezekből látható, hogy a gyomor-bélbennéknek vérre, illetve a vér szétesési productumaira való kutatása fontos diagnostikai és prognostikai értékkel bir s ezen szempontból ajánlatos azon próbáknak kivitele, a melyek a gyakorló orvos által is könnyen végezhetők, eléggé érzékenyek és megbizhatók. Az aloin-próba ezek közé tartozik, a melyet ennélfogva kivitelre ajánlok mindazon esetekben, a melyekben a gyomor-bélhuzam tartalmának vérre való megvizsgálása szükségesnek látszik.

Irodalom. 1. *Boas*: Deutsche med. W. 1901. és 1903. 47. sz. — 2. *Schmilinsky*: Idézve Hartmannál. Boas Archiv. 1904. — 3. *Boas* és *Kochmann*: Az occult vérzések tanához. Boas Archiv. 1902. 8. f. — 4. *Weber*: Berl. klin. W. 1893. — 5. *Hartmann*: A Weber-féle vérpróba alkalmazása és értéke occult gyomor- és bélvérzéseknél. Boas Archiv. 1904. — 6. *Unterberg*: Budapesti O. Ujság. 1903. — 7. *Rossel*: D. Archiv f. klin. Med. 76. k. — 8. *Koziczkowsky*: D. med. Woch. 1904. 33. sz.

Az énekesek légzési hibáiról.[1]

Irta: *Tóvölgyi Elemér* dr.

Bevezetés.

A jó hallás és szép hang Isten adománya, az éneklés művészete e két adománynak a helyes szabályok szerint való tökéletesítése. Hogy valaki az ének terén a művész nevet kiérdemelje, annak mindenekelőtt helyes tanításra és évek hosszú során át végezett szorgalmas gyakorlásra van szüksége.

Külföldön, de még sokkal fokozatosabb mértékben hazánkban, az úgyszólván minden előzetes tanulmány nélkül a hangversenyterem emelvényére vagy a szinpad deszkáira lépő egyén az első csalóka tetszészajra hivatva érzi magát arra, hogy fejére illeszsze a művészet képzeleti babérkoszorúját. Sajnos azonban, hogy nem is olyan sok idő, esetleg csak hónapok, máskor meg rövid pár év multán önönmaga is észlelni kezdi, a mit a hallgatóság már régen megállapított hogy a babér képzeleti levelei egymás után gyorsan lehullottak, és a feje körül ragyogó dícsfény összezsugorodott egy pislogó gyertyalánggá. Lesz belőle a világgal és önönmagával meghasonlott és nézete szerint a nagy közönség által méltánylásban nem részesülő, félreismert művész, a ki kezdetben oly sokat igérő pályáját kénytelenségből oda hagyva, mint koplaló díjnok tengeti tovább életét. Kevés kivétellel ez a mi énekeseink pályafutása, nem azért, mintha nálunk a közönség volna részvétlen avagy tudatlan, hanem pusztán, mert ők azok. Igen sok megfigyelés alapján mondhatom, a legnagyobb mértékben azok.

A rendelésünkön megjelenő énekesnek azon kérdésünkre, „hogy vajjon tanult-e valaha énekelni?“ a mindenkori stereotyp válasza az, „hogyne“. Ha erre azután ama kérdést koczkáztatjuk meg, hogy hát ezek szerint tudja-e miben áll az énekművészet, mélyen sértve érzi magát és többé egy árva kérdésünkre sem felel. De eme hallgatásnak egészen más oka van, mint a harag. Egyszerüen nem felel, mert nem tud felelni. A légzés, a hangképzés legelemibb szabályairól a legtöbbnek halavány fogalma sincsen.

Sok még azt sem tudja megmondani, mi az a „timbre“, mi fajta énekes a buffo-bassista, vagy akármily hihetetlen is, hogy mi az a register? És e tekintetben válogathatunk a kórista, meg az első szerepeket játszó hős tenor között. Hogy mi a „portamento“, a „messa di voce“, a „coupe de glotte“ stb., oly énekesünk, ki ezeket is tudja, igazán elvétve akad, pedig mindezek a dolgok az énekes tudományának csupán az elemei. Külföldön úgy látszik ebben a tekintetben már mégis előbbre vannak, miután ott csak azon panaszkodnak, hogy az énekes a hangképzés physiologiáját, a gége és toldalék csöveinek az anatomiáját és a légzés szabályait nem ismeri. Míg nálunk úgyszólván nem is az orvos keretébe vágó ama kérdéssel kell kezdeni, „hogy ismeri-e a kottát“? Hol itt a hiba? Az énekesben-e, avagy a tanitójában? Én azt hiszem, hogy mind a kettőben Az énekesben azonban sokkal nagyobb fokban, mert a legtöbb jó hangjára támaszkodva, egyáltalán nem is tartja érdemesnek, hogy az énektanárhoz járjon, vagy pár havi tanulás után már mint kész művész otthagyja tanitóját, avagy csupán akkor keresi fel az énekmestert, mikor már inkább gégeorvosra volna szüksége. Az énekmestereknek és a konservatoriumoknak is igen kevés kivétellel megvan az a nagy hibájuk, hogy a szegényebb sorsú énekessel, vagy a kinek hangszálaga rögtönösen fel nem tárja a meglévő, de rejtett kincseket, nem igen szeretnek foglalkozni, másrészt meg a légzés, valamint a hangképzés élettanával és a szükséges anatomiai ismeretekkel még annyira sincsenek tisztában, a mennyit, pedig az igen kevés, tőlük megkivánnék. Csupán curiosumképen említem meg amaz esetet, melyet Castex ir le könyvében. Egy amateur igy szólt az énekmesteréhez: még zavarban vagyok a felett, hogy mivé képeztessem ki magam ön által; tenor, bassista, avagy baryton váljék-e belőlem. Az énekről szóló összes szakkönyvek azt hangoztatják, hogy a kinek jó hallása nincs és énekelni maga is nem tud, az nem lehet énektanár. Én pedig most e tételt megfordítom és azt mondom, hogy a kinek jó hallása van és helyesen tud énekelni, az még nem énektanár. Igenis e kettő elengedhetlen kellék, de még épen úgy nem jelent énektanári diplomát, mint ha valaki jó hallással könyvet ir az ének művészetéről, a mely ennélfogva, a mint arra később reátérek, hemzseg a hibáktól és csak arra szolgál, hogy az énekesnek a még addig helyes fogalmait is összezavarja.

Az énekmester igenis mindama kelléknek, a mi szorosan az ének művészetéhez tartozik, legyen a birtokában, de csak ennek a birtokában és ne vándoroljon át oly térre, a mely már pusztán az orvos birodalmához tartozik. Ne kivánjon semmi esetre orvos és énekmester lenni egy személyben, mert ezáltal olyan kisérletekre ragadtatja magát, hogy könyvet ir az ének művészetéről, nem úgy mint egy énekmester, hanem úgy, mintha orvos is volna. Mindebből csak az következik, hogy ne akarjon physiologus

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1904. évi október 29-dikén tartott tudományos ülésén.

és boncztantudós lenni az énektanár és ne akarjon énektanár lenni az orvos. Hanem e kettőnek együttesen kell működnie.

Szerintem ama kívánság, hogy az énektanárok a felső légutak jó physiologusai és anatomusai legyenek, nagyon nagy nehézségekbe ütközik. A mennyire én mint gégeorvos nem vagyok jogosult arra, hogy énekelni tanítsak, épen úgy nem fogja az énekmester a gége és toldalékcsövei élet- és boncztanát úgy elsajátíthatni, hogy a többi közül csak amúgy egyszerüen kimarkolja. De ha még ezt így meg is képes tanulni, még az sem elég. A működési hibákat azért sohasem fogja tudni az érdemük szerint méltányolni, ehhez még valami más is kell és ez az orvosi egyéniség maga. Értem az az ember, a ki az ő betegei, kartársai és könyvei között élve, hogy úgy mondjam, át és át van szüródve ama sajátságoktól, a mit ezzel a névvel illetünk, hogy orvosi érzék. A kiben ez nincsen meg, az még lehet jó boncztantudós, de az énekesnek a helytelen methodusból, avagy a helyes methodus nem tudásából következő hangzavarát soha nem fogja tudni meggyógyítani. A hangképzésnek épen az élettana ma is egy olyan terület, a melyen a tapogatódzás és a theoriák még igen gyakori jelenségek. Itt sok esetben más egyéb nem segit, mint a helyes orvosi érzék, a mely ment minden sablontól, nemcsak hogy individualizál, de a helyes eltalálóképesség és a lelkiismeretesség quintessentiáját foglalja magában. Énekmester és orvos, e kettő együtt közepes hangú énekesből is képezhet jót, egyik a másik nélkül közepesből jót soha, de a jót elronthatja.

Vannak az énekművészetnek fejezetei, a melyek pusztán az énekmesterre, és vannak fejezetei, a melyek csupán a szakorvosra tartoznak és végül van egy terület, a melyen egyik épen olyan úr, mint a másik.

A határvonalat e területen pontosan megvonni nem lehet, és eme semleges terület az, a melyre én jelenlegi és folytatólagos előadásomban főképen ki akarok terjeszkedni, nem úgy azonban, mint egy énekmester, ki orvosi szemüvegen át igyekszik látni, hanem, mint egy orvos, ki kénytelen az énekmester szemüvegét használni azon okból, hogy megállapítsa, miszerint eme vitás területen melyik rész illeti meg főkép az egyiket és melyik a másikat és mely rész az, a mely egyáltalán el nem választható és mindkettő tulajdonát kell hogy képezze.

I. A helytelen légzési módok és annak hátrányai.

„L'art de chanter, c'est l'art de respirer" mondja igen találóan egy franczia énekmester. A művészi ének megkivánja sőt egyenesen megköveteli a helyes légzést. A helyes légzés alatt azonban nem csupán ama typust értjük, a mely szerint az énekesnek lélegzenie kell, de ezzel együttvéve ama tulajdonságokat is, a melyek segélyével a légzése felett korlátlanul tud uralkodni, azzal az ének minden egyes kis követelményéhez alkalmazkodni és midőn szükséges, azt helyesen irányítani képes. A mint rossz tüzér az, ki a czélpontig vezető távolság nagyságát helyesen meghatározni nem képes, a mint rossz kocsis az, a ki gyeplőjével lovait nem képes igazgatni, úgy művészi értelemben véve, nem jó énekes az, a ki soha nem tudja megállapítani, hogy egy bizonyos ének-partie leénekeléséhez mennyi levegő áll rendelkezésére, a ki nem tudja megállapítani, nem érzi már előre, hogy a levegője kifogy, mielőtt a strófa végére érne és a ki nincs tisztában azzal, hogy az énekének mely pontjai azok, a hol levegőjét teljesen, avagy részletesen megújítani képes. Természetesen, hogy mindezt elsajátítsa, arra nézve a legelső követelmény az, hogy a helyes légzési typust alkalmazza énekénél. Hogy ez a helyes légzési typus miben áll, erre nézve még némi tekintetben az egyes szakkönyvek között eltérés található, a minek nézetem szerint egyik főoka az, hogy az egyes légzési módokat igen sok részre tagolják és megkülönböztetnek kulcscsonti, costalis, hasi, rekesz- és oldallégzéseket

Ez a felosztás teljesen helyén való az orvosi szakban, de nem az énekesnél, mert ebből a sokféle beosztásból következik azután, hogy az egyik hasi, a másik rekeszlégzést, a harmadik rekesz- és hasi, a negyedik rekesz- hasi és oldallégzést követel az énekestől, sőt Joal, Jean de Reské személyes tapasztalataira támaszkodva, a bordalégzést ajánlja; míg Beau és Massiat kulcscsont-, borda- és hasi légzésről beszélnek, addig Hermann, a frankfurti konservatorium tanára mell-, oldal- és rekeszlégzést különböztet meg, Krüger énektanár magas légzést, oldal- és mély vagy hasi légzést, Scheier pedig rekesz-, oldal- és kulcscsont- vagy lapoczka-, más szóval felső mellkasi légzést. Az egyik szerint ártalmas a kulcscsonti, a másik szerint az oldal-, a harmadik szerint a bordalégzés és így tovább. Ez a különféle légzési typus tulajdonképen rendes viszonyok között nem egyéb, mint a légzésnél együttműködő izmok külön-külön kiemelése, mint a hogy én tényleg lélegezhetek hol a mellkas oldalsó, hol felső részletével, hol főleg a has és rekeszizom segélyével, de soha sem úgy (ismétlem rendes körülmények között), hogy a légzésnél működni szokott többi izom többé-kevésbé a légzésben részt ne venne.

Itt egészséges és nem kóros esetekről van szó, tehát nem az orvos, hanem az énekes szempontjából kiindulva itélkezzünk és osztályozzunk. Történtek is már ez irányban kisérletek, így Hellat az 1899-dik évi moszkvai congressuson hangoztatta, hogy helyesebben teszszük, ha például a régiek által rekeszlégzésnek nevezett és énekeseknek ajánlott légzési módot, a megfelelőbb hasi légzés név alatt tárgyaljuk. Bottermund[1] még tovább megy, és kimondja, hogy miután a rekeszlégzésnél a kulcscsont és bordaemelő izmok is, habár csak mellékesen, de a légzésben résztvesznek, a rekeszlégzésnél egy kevert úgynevezett costal-abdominál légzési typusról beszélhetünk. Nézetem szerint ez a legutóbbi meghatározás a legjobb, de még ez sem eléggé kimerítő, miután nem teszi eléggé nyilvánvalóvá a különbséget a jó és rossz légzési methodus között. Szerintem az énekesek szempontjából tekintve a legegyszerübb és egyúttal mindent kifejező beosztás az, ha kétféle légzésről, úgymint *felső mellkasi és alsó mellkasi-hasi typusról* beszélünk.

Ez a beosztás a legegyszerübb, az énekes könnyen megjegyzi és egyszersmind a kettő, a jó és rossz methodus közötti különbséget is egyszeriben megmondja, a mennyiben felső és alsó légzésről beszél, de meg különben is a jó és a rossz methodus közötti különbség magyarázatánál külön ki is emelhetjük, hogy eme helyes légzési typusnál, a melyet az alsó mellkasi-hasi légzés névvel illetünk, főleg háromfajta izomcsoport az, a mely működésbe lép, még pedigen a rekesz, a hasfalak és az alsó bordák emelő izmai. A felső mellkasi légzési typus az összes légzési hibák között az énekesre nézve a legártalmasabb és egyszersmind a legnehezebben gyógyitható, miután a kezelés itt egy a maga teljességében helytelen légzési mód megszüntetéséből és nem a helyes légzési typus esetleges hibáinak a kijavításából áll.

A felső mellkasi légzés, a mely typusnak legszebb példáját az erősen befüzött nők alkotják, ártalmas azért, mert ezáltal a hang tisztasága, érczes és tartós volta, hajlékonysága, teljessége, ereje, szóval mindaz szenved, a mi az énekest épen művészszé kell hogy avassa (Guttman). A nők rendesen azzal érvelnek, hogy ők kénytelenek ilyen módon lélegzeni, mert ez reájuk nézve a természetes és egyúttal veleszületett, holott ez épen nem igaz. A tizenkettedik évig a két nem légzési typusa között nincsen semmi különbség, a vadnépeknél pedig, hol a füző ismeretlen fogalom, ez idő után sincs.

A felső mellkasi légzés egyik legnagyobb hátránya, hogy az énekest haszontalan erölködéseknek teszi ki, miután az ily módon lélegző egyén, főként a távolabb eső szünetekkel tarkázott ének partie-k előtt, hogy elégséges levegőt kapjon, kénytelen a mellkasát ad maximum épen ott kitágítani, a hol eme tágítás a bordák kisebb mozgékonyságánál és nagyobb merevségénél fogva a legnagyobb munkával jár. Már ez az erőszakos összehúzódása a belégző izmoknak, de ezzel együtt a mellkas felső részletének eme tágult állapotban több-kevesebb ideig való megtartása, igen fárasztólag hat. Ennek a túlfeszített munkának a következménye, hogy a hangnak egyugyanazon magasságban való megtartása igen nehéz és az énekes hangja rendszerint vibrál, úgy lobog, mint gyertyaláng a szélben. Szántszándékkal használtam épen ezt a hasonlatot, miután ez a tünet még csak olyasféle hanghullámzásnak (der Ton wird etwas Schwankendes haben, mint a német mondja) nevezhető inkább, mint hangreszketésnek. Ez utóbbinak viszont amaz énekesek nyujtják legszebb példáját, a kiknek, mielőtt az ének partie-juk végére érnének, már kifogyott a lélegzetük, vagy a kik lelki emotio alatt énekelnek, sőt a hangresz-

[1] Die Singstimme und ihre krankhaften Störungen. 1896.

ketés egy finomabb nemét az is okozhatja, ha, mint az némelyeknél szokás, az énekgyakorlatot séta mellett végezik. A járással összekötött szabályos megrezzenések folytán a hang elveszti síma egyöntetüségét (J. Faure). B. Fränkel a hangreszketés egy faját az általa ismertetett mogiphonia egy neménél észlelte és Flatau szerint ez a jelenség akkor jön létre, ha a hangnak egy bizonyos magasságban való hosszabb megtartása a hangszálagok erős megfeszülése és relativ nagy kilégzési nyomás mellett történik. Mindkét utóbbi jelenség épen a felső mellkasi légzési typusnak a sajátossága. A hangnak egy bizonyos niveaun való hosszas tartása megkivánja az igen teljes, mély belégzést. Igen ám, de az énekes e nagy mennyiségü levegőt az ő rossz légzési typusa szerint csakis úgy képes benntartani, ha az éneket megelőzőleg a hangrés görcsös zárásával is segítségre siet a mellkas belégző izmainak. Eme müveletnek a rendes következménye a hangszálagok túlfeszülése és a nagy kilégzési nyomás folytán az ének megindulásának a pillanatában a kemény hangütés, a coupe de glotte, a mely utóbbiról még majd bővebben szó leszen

Az eddig itt elmondottak mintegy kötelességemmé teszik, hogy a legutóbb Hellat által hevesen megtámadott Mandl-féle theoriát kissé megvédelmezzem. E theoriának egy része úgy szól, hogy miután ének alkalmával a kilégzés a rendesnél lassabban történik, a belégző izmoknak müködési stadiumban kell maradniok, hogy ezáltal a kiáramló levegő túlgyors eltávolodását megakadályozhassák. Azaz más szóval, a mint tudjuk, a kilégzési aktusnál a mellkas már saját ruganyosságánál fogva vissza igyekszik az ő nyugalmi állapotába, ám eme nyugalmi állapotba való visszatérés az ének alatt, épen a belégző izmoknak az ének időtartamához megkivánt lassú elernyedése miatt, szintén csak igen lassan mehet véghez. A felső mellkasi légzési typusnál, a hol a belégző izmoknak a kevésbé ruganyos, nagyobb ellentállással biró bordákat kell kifeszitve tartaniok, ez eléggé nagy munka, még annak daczára is, hogy a levegő elég gyors kiáramlását a hangszálagok többé-kevésbé akadályozzák. Nem az itt a fontos, hogy ez egy antagonistikus működés-e, a mit Hellat tagad és ezért különbözőképen situált izomcsoportok complikált összmüködéséről beszél, hanem az, hogy a belégző izmoknak a levegő lassú kiáramlása esetén tényleg actioban kell maradniok, a mint az történik az éneklés alatt is.

A könnyebb megérthetőség szempontjából vegyünk két görbe pálczát. Azt, a melyik hajlékonyabb, sokkal kisebb erővel ki egyenesithetjük, mint azt, a melyik merev, és ennek megfelelően eme kiegyenesített állásban a merevebb pálczát csak nagyobb munka árán vagyunk képesek megtartani. A kezünk e müveletnél a belégző izmokat, a pálczák közül a hajlékonyabb, az alsó, a merevebb a felső bordákat képviseli, mint a melyek a nyugalmi helyzetükbe való visszatérés felé igyekeznek. Mindezzel azonban nincsen semmiképen szándékomban, hogy az inspiratorius izmok eme működését, azaz munkáját a túlságig méltányoljam. Mint már említettem, a belégző izmok munkája jelentékenyen meg van könnyitve az által, hogy a levegő gyors kiáramlásával szemben a működő hangszálagok is akadályul szolgálnak, hasonlatosképen egy hol kisebb, hol nagyobb nyilással biró ventilhez. A belégző izmoknak a felső mellkasi légzés mellett éneknél végezett munkája azonban feltétlenül számba jön akkor, midőn a helyes és helytelen légzési módról beszélünk. Eme munka több lehet, mindenki saját magán is tapasztalhatja, ha a belégzési actus végeztével a nyitott hangrés mellett igyekszik levegőjét visszatartani. Egy bizonyos fajta nyomást fog érezni körülbelül a III—IV. bordaközben a szegy melletti vonal, és hátul a lapoczkaszeglet táján, a mely nyomás szintén nem egyéb, mint az összehúzódott belégző izmok érzete, miután zárt hangrés melletti levegő visszatartás esetén nem érezhető, mert ily esetekben a belégző izmok munkája jelentékenyen meg van könnyitve. Bukofzer a „Zur Hygiene des Tonansatzes“ czimü müvében a következőket mondja: „. . . ausserdem ist die Forderung, welche die alte italienische Schule stellt, den Ton ganz sacht in der äussersten Schwäche herauskommen zu lassen, vorausgesetzt natürlich, dass ein musikalisch brauchbarer, gleichmässiger Ton produziert werden soll, eine sehr schwere Aufgabe, welche zu erfüllen es ebenfalls langer mühsamer Übung bedarf. *Hier haben die Athmungsmuskeln dafür zu sorgen, dass die Luft unter völlig gleichmässigem Drucke die Glottis passiere.*“

Emez egyenletes nyomásnak a fenntartása a belégző izmok feladata, miután a kilégzőizmokat, ha az énekes eme feladatnak, hogy „den Ton ganz sacht in der äussersten Schwäche herauskommen zu lassen“ meg akar felelni, semmi esetre nem működtetheti.

A felső mellkasi légzés mellett tehát, a mint láttuk, első sorban is szenvedhet a hang egyenletes volta, a miben a nagyobb teherrel működő belégzőizmok főként azok, a melyek szerepet játszanak.

Másodsorban szenved a hang tartós volta. A rossz légzési typus mellett az énekes nem képes oly hosszú ideig tartani a hangját, miután ez nagyobb munkával jár, másrészt nem is képes annyi levegőt magába fogadni, mint az alsó mellkasi-hasi-légzés segélyével.

Egyes szerzők spirometrikus vizsgálatai azt mutatták, hogy a légmennyiség, a mi az egyik vagy másik légzés segélyével nyerhető, körülbelül egyforma. Az én vizsgálataim nem azt mutatják. Pusztán a felső mellkasi légzés segélyével rendesen öthatszáz cm³-rel kevesebb levegőmennyiséget kapunk, mint az alsó mellkasi-hasi-légzési typus segélyével. Scheier vizsgálatai is azt mutatták, hogy az alsó mellkasi-hasi-légzésnél a tüdő sokkalta jobban tágul, és a rekesz 8 – 10, sőt 12 cm.-nyire is sülyedhet. De elvégre is nem az a fontos. A kérdés, a mi itt előáll, ez: *melyik légzés mellett használhatunk fel több levegőmennyiséget a hang képzéséhez?* A felelet határozottan az, hogy az alsó mellkasi-hasi-légzés segélyével. A felső mellkasi légzés mellett nyerhető legnagyobb légmennyiség egy jó nagy része az ének megindulása pillanatában, sőt már az előtt elillan. Ez az úgynevezett túllevegő, vagy „Überluft“, mint a hogy a német mondja. A túllevegő alatt ama légmennyiséget értjük, a melyet csakis a belégző és glottis-záró izmok együttes működésével vagyunk képesek fogva tartani. Mihelyt a glottis nyilik, e túlfeszülés alatt lévő levegő rögtön elillan. A kilégzési nyomás egyenlő nagy levegőmennyiség esetén sokkal nagyobb a felső mellkasi légzés alkalmával, és igy a túllevegő mennyisége is nagyobb, azaz kevesebb levegő marad vissza a hang képzéséhez, a mit bizonyít ama kisérlet is, ha egy énekhang időtartamára figyelünk a jó és rossz légzési mód felváltott alkalmazása mellett. Az alsó mellkasi-hasi légzés után a hangot már az első ilynemü kisérletnél is öt-hat, tiz másodperczczel is tovább fenn birjuk tartani.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár.)

Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség esete.

Közli: *Elfer Aladár* dr.

(Vége.)

Ezek után részleges haematologiai megfigyeléseimet a következő táblázatban adom.

Legyen szabad utólag megjegyeznem, hogy a fedőlemezekre elég óvatosan felkent készitményeket részint methyl-alkoholban, részint 120° C.-nál rögzitettem. Utóbbiakat az Ehrlich-féle triacidal festettem, míg az előbbieket részint a Romanowski-féle festéssel vizsgáltam, részint pedig a granulatiók specifikus feltüntetése czéljából töményvizes eosin-oldattal, azonkivül elég tömény (70%) aethylalkoholban oldott methylen-kékkel kezeltem. A sejtszámlálásokat a lehetőleg egyenletesen felkent készitményeken végeztem, még pedig a Romanowski szerint festetteken. A basophil szemcsézett sejteket azonban a specifikus alkoholos methylen-kékkel festett készitményeken számláltam meg átlagosan 25 látótér megtekintése mellett (Reichert görcső 4-es ocular és 1/12 objectiv). Azért végeztem ily módon az utóbbiak megszámlálását, mivel ismeretes, hogy épen a leukaemiás vér basophil szemcsézettségü sejtjei vízben igen könnyen adják le szemcséiket. A fenti módon kezelt készitményekhez pedig víz egyáltalán nem kerül. Átlagosan az egyes sejtformák megállapitása czéljából 300 sejtet számláltam meg, kivévén a február hó 1 és 6-diki készitményeket,

Datum	Haemoglobin	Pirosvértest-szám	Fehérvértest-szám	Piros- és fehérvértestek közötti arány	Vérlemezke	Magvas pirosvérsejt %	Polyform és átmeneti sejtalakok %	Kis egymagvú fehérvérsejt %	Egymagvú neutrophil velőssejt %	Eosinophil-sejtek %	Basophil-sejtek 25 látótérben	Megjegyzések
1904. deczember 12	45 (Fleischl) Színindex 1·1	2.080,000	888,000	2·35 : 1	igen kevés	1·3	38·3	2·1	54·5	3·5	9	Festetlen készítményben halványpiros vértestek, anisocytosis, elég jól megtartott pénztekercsképződ.
13	Röntgen-kezelés bevezetése											
14					kevés	0·7	51·7	0·35	43	3·5	6	Festett készítményben kifejezett polychromatophil. itt-ott szemcsés pirosvért.
15	7·14 Fleischl-Miescher szerint	2.080,000	1.580,000	1·3 : 1	„	2·7	51·1	1·1	35·5	10·05	15	
16		2.200,000	650,000	3·3 : 1	igen kevés	0·97	50·7	1·2	40·38	6·4	7	
18		2.240,000	654,000	3·4 : 1	kevés	0·6	64·5	0·3	31·7	5·7	25	
20		2.640,000	648,000	4·7 : 1	elég sok	0·65	25·3	1·8	69·2	2·83	21	
22		2.680,000	590,500	4·5 : 1	kevés	0	66·9	4·7	25·9	2·6	16	
24	6·07%	2.660,000	442,500	6·001 : 1	elég sok	0	66·3	1·4	30·9	1·4	1	
1905.	1904. deczember hó 25-dikétől 1905. január hó 2-dikáig a röntgenezés szünetel											
január 2	5·37%	2.140,000	442,000	4·8 : 1	elég sok	2·005	57·02	1·1	38·6	1·1	0	
5		2.200,000	536,000	4·1 : 1	„	0	64·3	2·02	28·1	1·1	4	
7		2.419,000	390,000	6·2 : 1	„	0·93	84·8	2·78	11·4	0	0	
9	5·37%	2·085,000	149,000	13·9 : 1	„	2·25	86·1	0·56	10·7	0·28	14	
11		2.415,000	55,000	43·8 : 1	„	0·39	93·2	0·79	5·5	0	3	
13		1.988,000	22,500	88·8 : 1	„	1·4	78·5	4·5	15·4	0	3	
15	7·74%	2.100,000	10,000	210·0 : 1	sok	1·8	78·5	1·8	8·7	0	1	
17		2.453,000	6,000	408·8 : 1	kevés	1·9	94·1	2·6	1·3	0	2	
	Röntgenezés egyelőre szünetel											Pirosvértestek jelenleg is halványak, nagyfokú anisocytosis, jól megtartott pénztekercsképződés; festett készítményben kifejezett polychromatophilia
19		2 816,000	4,000	704·0 : 1	elég sok	3·4	88·4	4·6	3·4	0	0	
21		2.512,000	6,000	418·6 : 1	„	1·8	90·79	3·6	3·6	0	0	
23	5·97%	2.016,000	4,500	446·8 : 1	„	0	93·72	4·1	2·7	0	0	
26		2.120,000	4,500	470·1 : 1	igen kevés	0·4	91·7	5·9	2·4	0	0	
28	5·97%	2.600,000	3,000	866·0 : 1	„	0·46	90·3	7·8	1·3	0	0	
február 1		2 512,000	3,000	839·0 : 1	kevés	0	84·9	12·2	2·8	0	0	
6	7·34%	2.880,000	2,000	1440·0 : 1	„	0	70·1	17·9	7·54	0	0	
11	8·91%	2.624,000	3,000	874·6 : 1	elég sok	0	78·2	13·16	7·7	0·3	0	Polychromatophilia kevésbé kifejezett, itt-ott szemcsés pirosvértestek is láthatók
16	10·14%	2.800,000	3,000	933·3 : 1	„	0·61	79·9	8·02	11·41	0	0	
20	8·91%	3.120,000	5,500	567·2 : 1	sok	0	88·9	2·59	8	0·3	0	
25	8·94%	3.200,000	11,000	290·9 : 1	elég sok	0·3	84·7	5·99	8·30	0·3	2	
márczius 1	9·54%	3.100,000	12,000	258·3 : 1	kevés	1·2	86·4	6·4	6·4	1·2	1	

a hol jóval kevesebb számadat mellett állítottam fel a százalékos arányt, miért is a mennyire pontosnak lehet mondani a szárított készítményeken való számlálásokat, annyira nem tarthat számot a pontosságra ezen két adat, és csakis azért vettem be a táblázatba, hogy jelezzem a pathologiás sejtformák jelenlétét. Azonkivül az egyszerűsítés kedvéért az egy- és többmagvú eosinophil sejteket, továbbá a polymorph és átmeneti sejtalakokat, majd a neutrophil myelocytákat és a nagy egymagvú éretlen velősejteket külön külön számítottam bár, de egy rovatban tüntettem fel azokat.

Ha szigorúan elemezzük ezen haematologiai táblázatot, úgy első sorban is azt láthatjuk, hogy a közönséges myelaemiánál előjövő sejtformák az uralkodó alakok, a mennyiben ezen pathologiás sejtformák körülbelül 60%-ban fordulnak elő a rendesen található sejtformákkal szemben; azonkivül az erythroblastikus velő ingerlési formáit, magvas pirosvérsejteket is láthatunk 1·3 %-ban. Negyven percznyi csontvelő (sternum) röntgenezése mellett azt látjuk, hogy a fehérvérsejtek száma csaknem kétszeresére szökik fel, az első izben észlelt számadattal szemben. A mi a qualitativ sejtformamegváltozásokat illeti, azokat inkább a későbbi röntgenezés után láthatjuk és csak természetes, hogy az első két nap után észlelt sejtformaváltozásokra, melyek különben sem szembeötlők, egy eset alapján semmiféle szabályt fel nem állíthatunk. Mindenesetre azt láthatjuk, hogy a Röntgen-fénynek a fehérvérsejtképző elemekre gyakorolt kezdeti hatása az összes pathologiás sejtformáknak a keringő nedvben való nagyobb számú előfordulásában is nyilvánul. Csakhogy ez, mint a táblázatból is láthatjuk, a fehérvérsejteknek quantitativ megszaporodását csak később követi. A fokozatos Röntgen hatás a fehérvérsejteknek kezdeti felszökése után ezeknek meglehetősen egyenletes számbeli csökkenését okozza egy bizonyos időpontig, a midőn a normális számértékhez való közeledés meglehetős gyorsan történik, viszonyítva a kezdeti egyenletes leszálláshoz; hiszen a leukaemiás képletmegnagyobbodások is, mint az majd egy későbben közlendő esetemből kitünik, a Röntgen-fény behatásának egyideig ellenállva, elég gyorsan kisebbednek. Élénken láthatjuk ezt a kifejezett lépmegnagyobbodásoknál.

Esetünkben Röntgen-fény 650 percznyi behatására a fehérvérsejtek a normálishoz közel álló értéket mutatnak; de itt meg kell jegyeznem, hogy már 550 percznyi fénybehatás mellett is elérhettük volna ugyanezen eredményt, mert hiszen a fehérvérsejtek gyors számbeli megváltozása jelzi ezen sejtelemek általános pusztulását, a mely a további Röntgen-fény behatását legalább egy időre feleslegessé teszi. Más kérdés az, hogy tartósabb Röntgen-fény behatás tartósabb eredményt létesít-e?

Ha csak a quantitativ fehérvérsejtviszonyokat veszszük tekintetbe, úgy láthatjuk, hogy 34 napi teljes szünet után a fehérvérsejtszám 3000-ről 5500-ra, majd 5 nap multán 11,000-re és végül 4 nap multán 12,000-re szökik fel, és így miképen a Röntgen hatás kezdeti szakában észlelhető csökkenés meglehetősen egyenletes formában történik, azonképen az esetünkben 34 napra szorítkozó eléggé állandó fehérvérsejtszám mellett a fénybehatás csökkenését is elég lassú sejtszámemelkedés követi, legalább is az első napokban. Hogy ezt nem követi-e a fehérvérsejtszám rendkivül gyors növekedése, avagy esetleg a csontvelő esetleges tökéletlen reactioképessége miatt gyérebb számban keringenek a perpherián a fehérvérsejtek, arra vonatkozólag majd későbbi megfigyeléseink lesznek irányadók.

A mi a fehérvérsejteknek qualitativ változásait illeti, mint már fennebb is említettük, úgy találtuk, hogy a pathologiás sejtformáknak a keringő vérben való nagyobb számú megjelenése csakhamar követi a quantitativ emelkedést, a mit legtartósabban a basophil szemcsézettségű fehérvérsejteken látunk. Táblázatunkból észlelhetjük a myelocytáknak fokozatos fogyását, úgy annyira, hogy január 17 dikén, midőn a Röntgen-fény alkalmazását beszün-

tetjük, 6000 fehérvérsejtszám mellett 78 a mm³-ként előforduló neutrophil szemcsézettségü velősejt. Basophil szemcsézettségü sejtforma 25 látótérben 2. Ha most azt az időszakot veszszük tekintetbe, a midőn a Röntgen-fénynek a csontvelő sejtjeire való hatása legintensivebb és legállandóbb (34 nap), úgy láthatjuk, hogy a neutrophil myelocyták, valamint az éretlen velősejtek, nagy egymagvú sejtek szemcsenélküli protoplasmával sohasem tünnek el a keringő vérből, míg a basophil szemcsézettségü sejtek január 19-dikétől február 25-dikéig nem láthatók a készítményeken, két három praeparatum elég pontos átnézése után sem. Február hó 25-dikén 11,000 fehérvérsejtszám mellett a legkülönbözőbb pathologiás vérsejtformák ismét feltünnek úgy annyira, hogy a vérkészítmény most már az erősen megváltozott működésü leukoblastikus velőt mutatja. Feltünő az aránylag nagyobbszámú éretlen velősejteknek ez alkalommal való jelenléte, arányítva a kifejezetten neutrophil szemcsézettségü myelocytákhoz. A basophil szemcsézettségü sejtekben elég nagyok és igen intensive festődők a specifikus rögcsék. Eosinophil myelocyta is észlelhető.

A mi a nem pathologiás sejtformák előfordulását illeti, első sorban is a polymorph és átmeneti sejtformák számbeli megváltozását láthatjuk. A pathologiás velősejtek fogyásával szemben elég arányosan emelkednek az előbbiek, még pedig itt is hangsúlyoznunk kell az átmeneti formáknak aránylag nagyobb számban való jelenlétét. A kifejezett Röntgen-hatás szakában átlag 90%-nak vehetjük fel. A kis egymagvúak a kifejezetten myelaemiás időszakban csekély számarányban fordulnak elő, de a kifejezett Röntgen hatás szakában átlagosan a kis egymagvúak számaránya is megnövekedik. 2·1% kezdeti számarány mellett 17·9% is észleltetett. A pathologiás sejtformáknak nagyobb számban való ismételt megjelenésével a rendes fehérvérsejt formák számbeli csökkenését láthatjuk.

A mi a piros vértestek haemoglobintartalmát illeti, az, mint a megfelelő rovatból kitünik, már kezdetben is alacsonyabb a rendesnél. Az első meghatározást kivéve, összes haemoglobin-meghatározásaimat *Fleischl-Miescher* szerint végeztem, mely meghatározás a *Fleischl*-félével szemben határozott előnyt érdemel. A kezelés után a haemoglobintartalom is emelkedő, a mit különösen akkor láthatunk, midőn a pathologiai sejtformák ismét erősebben kezdenek feltünni. Ugyanezt mondhatjuk a piros vértestekről is, melyek számbeli megnövekedése a kezdeti értékkel szemben felötlő. Ugy látszik tehát, hogy a piros vértestformák számbeli és minőségi megjavulása később áll be, és viszonyítva a fehérvérsejteknél látottakhoz, talán aránylagosan később fog ismételten csökkeni. A magvas pirosvérsejtek számbeli elöfordulása valamely állandóbb megváltozást nem mutatott eddigelé; úgyszintén a vérlemezkék sem mutatnak valamely irányú huzamosabb megváltozást. A mi a piros vértestecsek festési viszonyait illeti, arra vonatkozólag annyit tartok megjegyzendőnek, hogy a polychromatophilia kevésbé kifejezett a kifejlődött Röntgen-hatás idejében, mint kezdetben; továbbá a basophil szemcséket sem találtam a fenti időszakban egészen márczius elejéig, a midőn ismét feltünnek a készítményben.

Természetesen ezen haematologiai kép csak a későbbi adatsorozatnak egyik részlete, melyet, hacsak lehetséges, többszörös Röntgen kezelés és kihagyás mellett nyerhetünk egészében; s igy mondhatom, hogy ezen haemocytologiai sorozat a Röntgen-kezelés első periodusának nem teljesen pontos szakáról szól, tehát az első résznek sem elegendő megfigyelési szaka; miután azonban későbbi haematologiai észleleteinkről a többi vérmegbetegedésnek Röntgennel való kezelésekor szerzett megfigyeléseink alapján együttesen szólunk, megengedhetőnek tartottuk a haematologiai kép ezen részleges periodusának előzetes közlését.

Kórtörténetünkből kiviláglik, hogy a Röntgen-kezelés alatt nemcsak a myelaemia kórisméjére jellemző kép változik meg nagy mértékben, hanem egyéb objectiv tünetcsoportok is megváltoznak; nevezetesen a lépmegnagyobbodás is 1/4-del kisebbedett, a szájürből való vérzés megszünt, a csontfájdalmak eltüntek, a gyakori hasmenés engedett, az anasarkának mai nap nyoma sincs, beteg jóval vidámabb, hatalmas étvágya van, izomzata kimutathatólag tömöttebb, nagyobb térfogatú, járkálgat, bár könnyen fárad; és ha ezen megváltozott klinikai képet összehasonlítjuk a felvételkor nyert benyomásunkkal, úgy jelen esetünkben nagy javulásról tehetünk említést. S ha tekintetbe veszszük ama körülményt, hogy a myelaemia, mely eddigelé — legalább ily súlyos képében — gyógyszeres kezelés által csak kevéssé és akkor is igen lassú, hosszadalmas idő alatt befolyásoltathatott, esetünk pedig már négyhetes Röntgen-kezelés mellett mutatta a fenti képet: a leukaemia gyógykezelésében a Röntgen-kezelésnek már eddigi észleleteink alapján is nagy fontosságot tulajdonítunk.

A Röntgen-fény hatásmódját illetőleg utalok a bevezetésben mondottakra és az alkalmazás módjára vonatkozólag még annyit kívánok röviden megjegyezni, hogy esetünkhöz hasonló myelaemiáknál czélszerünek gondolnám a huzamos exponálást, ellentétben a nem előrehaladott esetekkel, hol a szétosztott, kisebb időtartamú exponálással is idejekorán czélhoz jutunk. Azon esetek magyarázata, melyekben a Röntgen-fény a csontvelő sejtes alakelemeire eredménytelen hatású volt (Ewald), egyelőre nélkülöz minden alapot.

Eddigi megfigyeléseink alapján gyógyulásról természetesen szó sincsen, csak a betegség kedvező irányításáról beszélhetünk. Hogy az időszakosan bevezetett Röntgen-fénytherapia mily változásokat hoz létre, arról más alkalommal számolok be.

Irodalom. Senn: Case of splenomedullary leukaemia succesfully treated by the use of the Röntgen-ray. Med. record. 1903. augusztus 22. Ref. Folia haematologica. 1904. — *Bryant* and *Krane*: Two cases of splenomedullary leukaemia; treatment and recovery. Med. record. 1904. április 9. Heinecke nyomán. — *Finsch*: A case of Hodgkins disease treated by x-rays. Med. record. 1904. május 14. Heinecke nyomán. — *Ahrens*: Über einen Fall von Heilung einer schweren lienalen Leukämie mit grossem Milztumor durch Röntgen-Strahlen. Münch. med. Woch. 1904. 24. szám. — *Krone*: Über die Einwirkung der Röntgen-Strahlen auf innere Organe. Münch. m. W. 1904. 21. sz. — *Fried*: Vorläufiges Ergebniss der Röntgenbehandlung zweier Leukämiker. Münch. m. W. 1904. 40. sz. — *Rhode*: Ein Fall von myeloider Leukämie erfolgreich behandelt mit Röntgen-Strahlen. V. med. Congress f. innere Med. Stockholm. 1904. augusztus. Ref. Deutsche med. W. 1904. 40. sz. — *Schweinburg*: Röntgenbehandlung bei Leukämie. 76. Versamml. Deutscher Naturf. u. Aerzte zu Breslau 19—24. September 1904. Ref. Folia haem. — *P. Krause*: Röntgentherapeutische Versuche bei Leukämie u. Pseudoleukämie. Ref. Fol. haem. 1904. — *Ed. Schenk*: Über die Behandlung der Leukämie durch Röntgentstrahlen. Münch. med. W. 1904. 48. sz. — *Cahen*: Ein Fall von Leukämie mit Röntgenstrahlen behandelt. Münch. med. W. 1904. 48. sz. — *E. Grawitz*: Zur Demonstration von Blutpraeparaten eines schweren Falles von Leukämie. Berl. med. Ges. 1904. november 23. — *Levy Dorn*: Berl. med. Gesellsch. 1904. november 23. — *Joachim* u. *Kurpjuweit*: Über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. W. 1904. 49. szám. — *Guilloz* et *L. Spillmann*: Action des rayons x dans un cas de leukaemie splenique. Compt. rend. hebdom. de la societé de biologie. 18. szám. 1904. Ref. Fol. haem. 1904. — *L. C. Grosh* and *W. J. Stone*: Röntgen-ray treatment of leukämia. Report of case with apparent improvement. Death; autopsia. Journ. Amer. med. assoc. 1904. julius 2. Ref. Folia haem. 1904. — *J. A. Capps* and *J. F. Smith*: X-ray therapy in leukaemia. A preliminary report. With special reference to lymphatic leukaemia. Journ. Amer. med. assoc. 1904. szeptember 24 és október 1. Ref. Fol. haem. 1904. — *Aubertin* et *Beaujard*: Modifications immediates du sang leucemique sous l'influence de la radiotherapie. Soc. de biol. Presse méd. 67. sz. Ref. Folia haem. 1904. — *C. Bozzolo*: Sull' azione dei raggi x sugli organi leucopoetici. Giornale della R. accad. di med. di Torino. 67. évf. 7—8. szám. 1904. Ref. Fol. haem. 1904. — *Heinecke*: Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. Münch. med. W. 1904. 18. sz. — *Heinecke*: Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurg. XIV. kötet. 1904. 1—2. szám. — *Milchner* és *Mosse*: Zur Frage der Behandlung der Blutkrankheiten mit Röntgenstrahlen. Berl. klin. W. 1904. 49. sz. — *Meyer* u. *Eisenreich*: Die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Münch. med. W. 1905. 4. sz. — *Winkler*: Zur Technik der Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Ugyanott. — *Wendel*: Zur Röntgenbehandlung der Leukämie. Ugyanott. — *Schieffer*: Weitere Beiträge zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Ugyanott.

Tárcza.

A Syveton-ügy.[1]

Szabadkőművesek mystikus működése, titkos politikai feljelentések s áruló jegyzetek egy nagy nemzeti hadsereg beléletében, egy

[1] *Vámossy Zoltán* dr. egyetemi magántanárt a budapesti orvosi facultás Bene-féle utaztató ösztöndíjjal Párisba küldötte ki törvényszéki toxicologiai tanulmányok tétele czéljából. Munkatársunk *Ogier* és *Bertrand* laboratoriumaiban dolgozik. Az előbbi hirneves toxicologus engedelmével küldötte be nekünk ezen törvényszéki méregtani szempontból rendkivül érdekes eset leirását, mely esettel hetekkel ezelőtt az egész művelt világ napisajtója foglalkozott.

elszánt és az eszközökben nem válogató republicanus ministerium küzdelme a magát nemzeti szinekkel díszítő klerikalis párttal, a sensatiós leleplezések, lopott documentumok piszkos, tajtékzó árja, a ház porondján heteken át tartó s egy ocsmány tettlegességgel megbélyegzett politikai élethalálharczok, egy hatalmas minister bukása: mind méltó befejezést nyertek egy sötét családi tragoediában, a mely a politikai szennyesnek már émelyítő campagneját elmosta, eltörülte a maga sokkal alávalóbb, sokkal undoritóbb voltával.

Syveton Gábor, a nationalista párt izzó lelkü vezére, ki a respublica szeretetében és szolgálatában megőszült hadügyminister a ház nyilt ülésében arczul ütötte, s a kinek ezen cselekedetéért a bíróság előtt kellett volna számot adni: pöre végtárgyalásának napja előtt — a melyen pedig felmentését bizton remélhette és legnagyobb politikai diadalát élvezhette volna — halva találtatott dolgozószobájában.

Leirhatatlan az az izgalom, a mely futótűzként terjedt el erre a hirre az amúgy is túlérzékeny Párisban. A klerikálisok, a nationalisták, kik a holnapi pör ordító diadalától estek el, ökölbe szoritott kézzel emlegették a politikai bérgyilkosságot és zokogva borultak martyrjuk hült tetemére; a republicanusok sikkasztást, benső meghasonlást, önitéletet, öngyilkosságot sugdostak nem kis megelégedéssel; míg az asszonyok nem kicsiny pártja az esetre oly könnyen alkalmazható isteni büntetésről, a legszükségesebb pillanatban lesujtó végzetről beszélt némi hátborzongással.

Az eseményeknek sajátságos összejátszása valóban szinte kényszeritette az embert, hogy ne higyen a véletlenben — a mit Syvetonné igyekezett elhitetni a világgal —, hanem valami mystikus, elrejtett okot kutasson, s ezt mindenki nagyon hajlandó volt a politikában keresni. A martyromság leple azonban hamar foszladozni kezdett, s mig a szakértőkkel a vizsgálóbiró kizárta a véletlen halál lehetőségét, addig a vő ügyvéd-társának jó intentiojú, de elhamarkodott vallomása meghasította a családi tragoedia jól elzárt leplét. Millió kiváncsi szem igyekezett e résen át a bonyodalomba belátni, s mivel még semmit sem tudtak az emberek, beszélték, irták, colportálták azt, a mit gondoltak és combináltak.

És midőn Ménard úrnak, Syveton vejének társához intézett ominosus „petit bleu"-je: „Laissez tranquille le mort; n'en parlez pas!" a sanda gyanút a legközelebb állókra terelte, megindult a mosakodások, bemártások, nyilatkozatok, nyilt levelek áradata és csakhamar minden közelről és távolról érdekelt mellének volt szegezve interview alakjában a nyilvánosság pisztolya, a mi gyakran visszafelé sült el.

A lapok hasábos czikkeket közölnek a Ménard-házaspárnak egy titkos betegség által megzavart mézes heteiről, megható szinekkel ecsetelik a két Spilmacker növérnek, Syvetonné és Ménardné komornáinak martyromságát, bizalmas viszonyukat úrnőikhez, hozzák a Ménardék salonjának a photographiáját, közzéteszik Syvetonnénak és leányának valamennyi arczképét, nem feledkezve meg, mint udvarias franczia hoz illik, a női szépség és elegantia iránt való hódolatról sem. Syvetonné estélyre hivja magához az összes lapok képviselőit és férjének politikai barátjait, hogy előttük férje gazságának bizonyitására s a maga ártatlanságának kimutatására egy szemérmetlen felolvasást tartson, s a politikai barátok elundorodva a jelenet perversitásától másnap odadobják a bérgyilkosság gyanujának és már nyiltan vádolják azt, kit a temetésen még résztvevő lovagiassággal támogattak.

Közben a biztositó társaság nem fizeti ki az asszonynak a biztositott összeget, hanem közjegyzőnek deponálja, s a „Patrie Française" pénztárában egy 98,000 frankos hiányt fedeznek fel, a mit az asszony látszólag nemesen pótol a saját nevére Belgiumban elhelyezett papirokkal.

Végül egy hang emelkedik ki e gyalázatos zűrzavarból, az egyetlen rokonszenves, az egyetlen igaz, a melyre elnémul a vásári lárma, s mindenki kalaplevéve hallgatja: a fiában nem kételkedő, s az őt ért veszteségben megnyugodni nem tudó ősz apának szava, mely igazságért kiált. Az ősz férfiúnak segélyére siet a vő, az a vő, kivel menyének, Syvetonnénak intrikái folytán évek óta feszült viszonyban élt, de a ki megőrizte szivében rokonérzését apósa és sógora iránt, csak az asszony és leánya, e két beteges, nervosus, fényűző és nagyravágyó nő iránt van sötét gyűlölettel eltelve.

„J'accuse les personnes X . . . de l'assassinat de mon fils Gabriel Syveton!" hallatszik az aggastyán dörgő szava, a mi az egész vizsgálatot új mederbe tereli, s a közönség és sajtó izgalmát a legvégső fokig csigázza fel.

Szegény *Boncard*-nak, a vizsgáló birónak ugyancsak melege van. A nationalista sajtó szenvedélyes támadásának állandó czéltáblája, mert nem tudja kisütni a gyilkosságot. A sajtó féktelen dühe nem egyszer szellemes humorba csap át, a min azután egész Páris mulat. Az „*Intransigeant*" egy esti rendkivüli kiadásban azzal a hirrel lepte meg a franczia fővárost, hogy a vizsgálóbiró eljegyezte Syvetonnét és két óra hosszat tárgyaltak zárt ajtók mellett az alapitandó új „ménage"-ról. A valóság az volt, hogy Syvetonné csakugyan 5/4 órai kihallgatáson volt a vizsgálóbirónál és ennek eredményéről a sajtó emberei egy jottát nem tudtak meg a hivatalos titkát jól őrző Boncardtól. De egész Páris hahotázott és az „Intransigeant"-nak 40,000 frank bevétele volt az este, a min felül a rikkancsok még csináltak maguknak ugyanannyit a felemelt árakkal.

A szakértők helyzete is egyre súlyosbodik, mert számuk 3-ról már hamarosan 14-re emelkedett. Van köztük vegyész, orvos, boncznok, toxicologus, épitész, szerelő, kályhás, még kéményseprő is. Persze, hogy nehéz a megegyezés.

A nagy kérdés az volt, hogy lehetséges-e egy embernek magát világitó gázzal megölnie a Syvetonné által adott körülmények között és halmozódhatik-e fel az öngyilkos vérében oly nagy mennyiségü szénoxyd (17 % térfogatú), a mi a halálos dosisnál vagy aránynál jóval magasabb, azt is tekintetbe véve, hogy a világító gáz 5—8 %-nál többet nem tartalmaz? Végül nem szerepelt-e a szénoxydon kivül valami más méreg is a halál előidézésében vagy *az öngyilkosság megkönnyitésében?*

Reátérve most a szakértői vizsgálatok és vélemények leirására kell hogy előre bocsássam, milyen helyzetben, és hogyan találta Syvetonné urát dolgozó szobájában, a hol az állitólag 5/4—1½ órát tartózkodott egyedül. Syveton kandallójában egy fahasábokat utánzó gázkályha volt beállitva, a mely egy kautcsukcső segélyével közlekedett a kandalló oldalán a földtől 25 cm.-nyire magasan álló fix-gázcsappal. Midőn még az asszony a véletlent akarta elhitetni a világgal, úgy adta elő a dolgot, hogy beléptekor a szoba intenziv gázszaggal volt tele, s férje — ki a kandalló mellett levő karosszékben valószinüleg elaludt — arczczal előre bukva feküdt a szönyegen, mellette félig kiszivott pipája. Ő azonnal ablakot nyitott és segélyért kiálltott, s az élesztési kisérleteket egy a házban lakó gyógyszerész, s egy pár perczczel később érkezett orvos végezte. Az odasietők barátok constatálták, hogy a kandalló ernyője és a gázkályha teteje közti rész aznapi friss újságokkal volt *részben* eltömve és ennek alapján azonnal bűnténre gondoltak. Miután azonban a szakértők megállapitották, hogy a kandallónak még igy is oly erős huzata volt, hogy még teljesen nyitott gázcsap mellett sem kerülhetett annyi gáz a szobába, hogy annak szaga érezhető lett volna, annál kevésbé annyi, hogy a szobában tartózkodót megölhette volna, a megrémült asszony bevallotta, hogy nem a valósághoz hiven adta elő a dolgot.

Uj vallomása szerint Syveton a szoba padlózatán elterülve fejét bent a kandallóban elhelyezett gázkályha utánzott fahasábjain nyugtatta és egy nagy újsággal takarta volt be, míg a gázcsap teljesen nyitva volt. Gázszag a szobában alig volt érezhető.

Syveton holttestét még aznap a morgue-ba szállitották és másnap reggel 8 órakor bonczolták. A bonczolás semmi abnormalisat sem derített fel, mindössze megczáfolta az asszony első vallomásában foglalt állitást, mely szerint ura jóizüen megdejeunézett: a gyomor teljesen üres volt. Később e vallomását Syvetonné, zavart emlékezését hozva fel mentségül, oda módositotta, hogy ura csak egy csésze feketekávét ivott. A bonczolók azt is megállapithatónak vélték, hogy a halál előző nap a kora délutáni órákban állhatott be. A szív és a nagy edények vére teljesen folyékony, élénk carminpiros szinü volt, de sem ezeken, sem a tüdőkön, sem a többi bélrészeken a legcsekélyebb gázszag sem volt érezhető. Ez szerintem úgy magyarázható, hogy a világitó gáz büzös alkatrészei és szénhydrátjai részint könnyen oxydálódó természetüek és a szervezetben gyorsan elégnek, részint a vérrel szemben chemiai affinitásuk sokkal csekélyebb, mint a szénoxydé vagy épen semmi, s igy nem köttetnek meg ez által.

A bonczolás alkalmával a szivből vett vérminta a rendőr-prefectura toxicologiai laboratoriumába került, hol október óta magam is aktiv részt veszek a vizsgálatokban és ott azt szeretett főnökünk, Ogier J. dr. úr (a legmodernebb és talán a legkiválóbb toxicologiai chemia szerzője) nagy gonddal meganalyzálta. A vér szinképe typikus volt és intensiv; a szinkép kénammoniával kezelve 12 órán át sem változott, sőt intensitása is ugyanaz maradt, a mi arra engedett következtetni, hogy a vérnek csaknem összes haemoglobinja C O-haemoglobinná alakult át. Az elnyelt gáz quantitativ meghatározása a rendes kénesős-légszivattyú segélyével történt tömény borkősav-oldat jelenlétében 60° meleg mellett 50 cm³ vérben. A kéneső felett felfogott gáz oxygenjét és szénsavát pyrogallussav-oldatal és tiszta kaliumhydroxyddal nyelettük el. A megmaradt gáz, a mi szénoxydból és nitrogenből állhatott, 15 cm³ volt. Ezt egy kevés sósavas rézchlorür-oldattal rázva össze, az a szénoxydot elnyelte s maradt 6·1 cm³ nitrogengáz, a mit levonva a fenti 15-ből, megkapjuk a szénoxyd térfogatát = 8·9 cm³ 50 cm³ vérben. Az elnyeletett szénoxydot újra felszabadítva identifikáltuk. Percentben kifejezve 17·8 térfogat százalék C O találtatott 100 cm³ vérben, a mi elég magas százalék, s az öngyilkosok és elszerencsétlenültek vérleleteinek átlagát jóval meghaladja.

Ez a körülmény és az épitész-szakértők véleménye, mely szerint a kandalló jó huzata miatt még akarva sem mérgezhette volna meg valaki magát a szobában, keltették fel legelőbb a bűn gyanúját. Sőt akadtak hozzáértők, a kik megindokolták ebben való hitüket és azt interview alakjában nyilvánosságra is hozták. Ilyen volt pl. *Pouchet* is, a gyógyszertan tanára, ki határozottan állitotta, hogy ez a százalék igen magas, és nem magyarázható meg másképen, mint, hogy Syveton rendkivül sok gázt légezett be — legalább 200 m³-t! —, a mi pedig az adott körülmények között lehetetlen. Hitetlen volt ő és maradt abban is, hogy egy ember magát ilyen módon tudhassa elpusztitani. Ő szerinte a lelki energiának hallatlan és nem valószinü foka kell ahhoz, hogy valaki ezen, bár önkényt választott veszedelmes helyzetében még akkor is megmaradjon, midőn már fuladozni kezd, daczára annak, hogy módjában áll a menekülés. Hasonló volna ez ahhoz, mint hogyha a jó úszó vizbe tudná ölni magát, csupán azon szilárd elhatározás igénybevételével, hogy egy tempót sem csinál. És ha még a lelki energia ily abnormalisan nagy erejét feltételezzük is, még mindig meghiúsitják az adott helyzetben a sikeres öngyilkosságot a halál előtt beállott rángások, a melyek könnyen hozhatnak létre egy kedvező helyzetváltozást.

Vámossy Zoltán dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A paralysis progressiva syphilises eredete.

Fournier nagyobb szabású előadást tartott a minap az Académie de médecine-ben a paralysis progressiva syphilises eredetéről. Az előadásnak érdekességét fokozta az a körülmény, hogy a rákövetkező két ülésen kiterjedt discussio indult meg, a melyben Párisnak több orvosi kitünősége vett részt. A tárgy actualitása és nagy fontossága indokolttá teszi, hogy *Fournier* ezen előadását, valamint a hozzá fűződő eszmecserét a következőkben röviden ismertessük.

Fournier a syphilis kapcsán fellépő paralysis progressiva kifejlődését, aetiologiai tényezőit magánanyagán vizsgálta. Tanulmányában 112 paralysis-esetről számol be, a melyeknek anamnestikai adatai azt mutatják, hogy a szóban forgó betegség a syphilisnek úgy korai, mint igen késői szakában csak ritkán fordul elő. Az esetek legnagyobb számában (81%) a 6. és 15. év között található post infectionem. *Fournier* a paralysis aetiologiájában nagy súlyt helyez a syphilis előzetes kezelésének mineműségére; ide vonatkozó adatai 79 esetről szólnak. Ezek szerint a paralysises betegek 80%-a semmilyen, vagy csak igen hiányos antilueses kezelést kapott, 15%-ban elégtelen volt a kezelés és csak 4 esetben (5%) volt az kielégítőnek mondható. Hajlamosító okokat — mint a minő az alkoholismus, nemi kicsapongás, terheltség stb. — 112 esetében csak 15-ször tudott kimutatni. Az a körülmény, hogy a paralysis leginkább rosszul kezelt syphilis-esetek nyomán lép fel, arra indítja *Fournier*-t, hogy az erélyes antilueses kezelést minél hosszabbra nyújtja, s e czélból a gyógyításnak következő cyklusos beosztását ajánlja: Erélyes kezelés, mely megfelelő szünetekkel combinálva az első két esztendőt betöltse. Ezután hosszú szünet a kezelésben, melynek letelte után a második kúra az egész 5. évben folyik. Utána ismét nagyobb szünet, melyet csak a 7—8. év táján vált fel a harmadik kúra. *Fournier* ezen újabb kezelési módjának szükségességét azon felvételével óhajtja bizonyitani, hogy az erélyes antilueses kezelés is csak ideiglenesen védi az embert a complicatiók ellen, s azért az az évek folyamán ismétlendő. Az antilueses kezelésnek ezen csak ideiglenes praeventiv hatását összehasonlítja a himlőoltással, melyet az élet folyamán szintén többször kell alkalmazni. E felfogásában szülészek abbeli tapasztalataira is hivatkozik, hogy syphilis esetén a terhességek kedvező vagy kedvezőtlen lefolyásában nagy szerepe jut az időnként megindított antilueses kúráknak, illetőleg azok elmulasztásának.

Tapasztalata alapján azon látszólagos paradoxonra hivja fel a figyelmet, hogy a paralysis progressiva csaknem mindig egy úgynevezett enyhe, jóindulatú syphilis kapcsán fejlődik ki. E tényt úgy magyarázza, hogy míg enyhe esetekben a betegség elhanyagoltatik s ezért a specifikus kezelés vajmi hiányos, addig a gyakran és súlyosan recidiváló syphilisek legtöbbször erőteljes kezelést provokálnak, minek következtében a paralysis progressiva elmarad. Ideges dispositio esetén *Fournier* nagy fontosságúnak tartja, hogy a syphilisnek antilueses kezelésén kivül még az idegrendszer ellenállóképességét is erősitsük általános edzéssel, hydrotherapiával s egyéb hasonló eljárásokkal.

Az Académie de médecine következő ülésén az eszmecserét *Joffroy* nyitotta meg. Kijelenti, hogy a paralysis progressiva és a syphilis cerebralis külön két megbetegedésnek tartandó. A syphilis a paralysis progressivának csakis a talaját képezi, nem pedig a csiráját. E nézetének erősitésére felidézi azon — oly gyakran citált — adatokat, melyek oly országokból származnak, a melyekben a syphilis gyakori és súlyos betegség, a paralysis ellenben igen ritka vagy egyáltalán ismeretlen. A paralysis progressiva syphilises eredete ellen szólnak továbbá azon kivételes esetek is, melyekben paralytikus egyének egyúttal tertiaer syphilises jelenségeket mutatnak, mert míg a specifikus tünetek antilueses kezelésre meggyógyulnak, addig a paralysis megmarad. Ellene szól végül még az a tapasztalata is, hogy a paraly is a syphilis tartamától igen függetlennek látszik; létrejöhet az infectiotól $2^1/_2$ évre, de kifejlődésre juthat 30 év multán is.

Joffroy szerint az antilueses kezelés nem mentesiti az embert a paralysis ellen, s hogy annak utóbbira nézve semmi gyógyító hatása nincsen. Az antilueses kúrák állitólagos hasznáról kiemeli, hogy sohasem tévesztendő szem elől, hogy a paralysis folyamán spontan remissiók, javulások már általános hygienés rendszabályok mellett is gyakoriak, a mi annál is inkább megszivlelendő, mert energikus higanykezelések csak súlyosbithatják a paralysises állapotot.

Raymond hozzászólásában kijelenti, hogy sok tekintetben teljesen *Fournier* álláspontját vallja, s ezt magán és kórházi anyagán tett tapasztalatok alapján mondhatja. Igy megegyező nézeten van a paralysisnek *Fournier* által hangoztatott fellépési ideje tekintetében. Megegyezik vele abban is, hogy a paralysis progressiva jórészt enyhe lefolyású syphilis kapcsán jő létre, és pedig főleg akkor, ha az előzetes antilueses kezelés hiányos volt. A paralysisnek erélyes specifikus kezelését ő is veszélyesnek tartja. Véleménye csak abban különbözik *Fournier*-étől, hogy a paralysis aetiologiájában igen fontos szerepet tulajdonit a hereditásnak; e tekintetben a juvenilis paralysis-esetekre hivatkozik, hol a terheltségen kivül egyéb segitő tényező (alkohol, életmód stb.) nem szerepel. A syphilis maga pedig úgy fogandó fel, hogy az a paralysisnek előkészitett talaját képezi.

A discussio még a rákövetkező ülésen is folytatódott, a melyben elsőnek *Hallopeau* — az ismert dermatologus — szólalt fel. Véleménye szerint a paralysis progressiva leggyakrabban syphilises eredetű, s ezt főleg a fiatal korban fellépő esetekkel bizonyitja. A betegség pathologiáját illetőleg az a felfogása, hogy a syphilises toxinok megfelelő praedispositio mellett secundaer elváltozás alakjában meningoencephalitist produkálnak; ez az elváltozás tehát szerinte „deuteropathiás". *Hallopeau* ezen elnevezéssel egyrészt a syphilises eredetet, másrészt ezen secundaer folyamatnak különös jellegét kivánja jelezni. Elveti ennek értelmében a paralysisnek antilueses kezelését, ellenben felhivja a figyelmet a prophylaxisra. A prophylaxist ő is a syphilisnek helyes kezelésében látja, mely alatt azonban nem az előadó által hirdetett kezelési menetet érti, hanem a legalább is 4 évig tartó energikus kúrát, azt, a melyet épen *Fournier* maga ajánlott hosszú időn keresztül.

A paralysis progressiva syphilises eredetét leghatározottabban *Lancereaux* tagadta. Hivatkozik arra, hogy a paralysises betegek nagy számában nem voltak soha előzetes syphilises tünetek megállapithatók. *Fournier* időbeli meghatározása szerint a paralysis progressiva a syphilis tertiaer időszakának volna a megnyilvánulása, csakhogy míg a specifikus tertiaer jelenségek mindig körülirtak s igen hajlamosak a visszafejlődésre, addig a paralysises elváltozások diffusak, már korán a kis véredényekre szoritkozók s felszivódásra nem hajlandók. Véleménye szerint a paralysis progressiva tehát sem nem syphilises eredetű, sem nem syphilises természetű betegség. (La semaine médicale. 1905. 9—11. szám.)

Guszman József dr.

Könyvismertetés.

F. Jessen: Lungenschwindsucht und Nervensystem. Jena, G. Fischer, 1905.

Noha a tüdővészszel kapcsolatba hozható psychosisokat már az ókorban ismertek: a tüdővész és az idegrendszer közötti összefüggés kérdésével behatóbban csak az utóbbi időben kezdtek foglalkozni, a mely foglalkozás eredményeképen ma már meglehetősen sok adat áll rendelkezésünkre. Ezeket az adatokat foglalja össze az előttünk fekvő, körülbelül 100 lapra terjedő munka, a mely tudtunkkal az első ilynemű monographia, és már ezért is megérdemli a figyelmet.

A munka 5 főfejezetre van osztva. Az I. a tüdőgümőkór és a psyche egymáshoz való viszonyának fejtegetésével foglalkozik, külön alfejezetekben ismertetve a tüdőgümőkórt mint psychikai zavarok okozóját, a psychosisokat mint a tüdőgümőkór okát, a phthisis és a psychosisok együttes előfordulásának gyakoriságát, a phthisis kapcsán jelentkező psychosisok megjelenésalakjait, jelentőségüket a phthisis prognosisa tekintetében és therapiájukat. A II. főfejezet a tüdőgümőkór kapcsán fejlődő neurosisokról (asthma, neurasthenia, hysteria, epilepsia, tetania) szól. A III. fejezet a központi idegrendszer azon organikus megbetegedéseit fejtegeti (meningitis, solitaer gümő stb.), melyeket közvetlenül a gümőkór virusa okoz; természetesen csak olyan terjedelemben tárgyalja szerző ezeket a megbetegedéseket, a mely terjedelem a tüdővészszel való kapcsolatuk feltüntetésére okvetlenül szükséges. A IV. főfejezetben a környéki idegeknek a tüdőgümőkórral többékevésbé kapcsolatba hozható megbetegedései vannak leirva. Az V. főfejezet a phthisis és a sympathicus, vasomotorius, secretorius, valamint trophikus idegek egymásra hatása eredményeinek tárgyalását foglalja magába. A függelék az idegrendszer befolyását a tüdőgümőkór lefolyására teszi megbeszélés tárgyává. Kimerítő irodalomjegyzék fejezi be a munkát.

A mint a tartalom ezen rövid felsorolásából kitetszik, szerző a kérdést minden oldaláról megvilágítani iparkodott és ez egészben jól sikerült. Különben is előadása világos, kellőképen rövid; a munka általában nagyon átnézetesen és gondosan van összeállítva. Ezen tulajdonságai, kapcsolatban a tárgy érdekességével és fontosságával, érdemessé teszik rá, hogy minél tágabb körökben elterjedjen.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Sorisin. Bármennyire elsőrangú fontosságú a tüdőgümőkór kezelésében a hygienés és diaetás therapia, nagyon sokszor van szükségünk gyógyszerekre is. Ezek közül legnagyobb szerepet játszik már hosszú idő óta a kreosot, a melynek azonban több rendbeli kellemetlen mellékhatása van; utóbbiak kiküszöbölése czéljából már nagyon sok kreosotkészitményt állitottak elő, a melyek közül a legfontosabbak a kreosotal, a guajacol, a duotal és a thiocol. Különösen ez utóbbi használata terjedt el erősen, részint poralakban, részint pedig a „sirolin" nevű készitmény alakjában, a mely nem egyéb, mint thiocol 10%-os oldata narancsvirágkivonatot és szörpöt tartalmazó vízben. Hátránya a sirolinnak, hogy nagyon drága. Ezzel szemben a sorisin nevű készitmény, a mely szintén 10% thiocolt tartalmaz, sokkal olcsóbb. Az allandi sanatoriumban kiterjedten használják már egy év óta a sorisint, a mint azt a sanatorium volt alorvosa, *Pollak* irja egy legújabban megjelent közleményében. Az elért eredmények nagyon jók. Különösen kiemelendő a sorisin kedvező hatása az étvágyra, valamint az expectoratióra; olyan esetekben, melyekben más köptető szerek hatástalanok voltak, a sorisin nyákoldóan hatott. A tüdővészesek éjjeli izzadását is kevezően befolyásolta ezen készitmény, a melynek még az is nagyon előnyös oldala, hogy kellemetlen mellékhatásai nincsenek és hogy a betegek még hosszú időn át is nagyon szivesen veszik; egyes esetekben különben a magas hőmérséket is csökkenti. Végül még megjegyzi a szerző, hogy a sorisin mint kitünő stomachicum görvélyes gyermekeknek is jó eredménynyel adható és hogy használata köptető hatása miatt hörghurutban és asthmában szenvedőknél is javalt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 12. szám.)

Fibrolysin elnevezéssel új thiosinaminösszeköttetést ismertet *Mendel*. Ismeretes, hogy a thiosinamint hegszövet felpuhitására már többen jó eredménynyel használták. Daczára ennek a thiosinamin használata nem igen terjed, a minek oka az, hogy vizben nehezen oldódik, az alkoholos oldat befecskendezése pedig nagyon fájdalmas. Az igaz ugyan, hogy meleg viz és glycerin keverékében szintén oldódik, ez az oldat azonban úgy látszik gyorsan bomlik. Szerző ezért egy új thiosinaminösszeköttetést eszelt ki, a mely thiosinamin és natrium salicylicum egymásra hatásakor keletkezik. A fibrolysinnek nevezett ezen új összeköttetés fehér, kristályos por, a mely úgy hideg, mint meleg vizben könnyen oldódik, levegőn azonban könnyen bomlik s azért oldatban, beforrasztott ampullákban jön a kereskedésbe; minden egyes ampulla 2·3 köbcentimeter 15 %-os steril fibrolysinoldatot tartalmaz, a mely mennyiség megfelel 0·2 gramm thiosinaminnak, vagyis az egyszeres adagnak. Intramuscularisan a glutaealis tájékon befecskendezve nagyon gyorsan felszivódik, infiltratumokat vagy egyéb izgalmi tüneteket nem okoz; hasonlóképen jól tűrik a betegek a bőr alá vagy a visszerekbe fecskendezést. A befecskendések 1—3 naponként végzendők. (Therapeutische Monatshefte, 1905. 2. füzet.)

Belgyógyászat.

Az elsődleges gyomortuberculosisról közöl tanulmányt *Ruge*, a bonni kórboncztani intézet segédje. Az irodalomban eddig csak két biztos eset van közölve, a melyekben tüdőgümőkór hiánya mellett a gyomorban tuberculosist találtak. Ruge esete egy 50 éves betegre vonatkozik, a kinek már évek óta voltak gyomorpanaszai; egy év alatt 15 kilót fogyott; a kórházba felvételekor a gyomorban szabad sósav nem volt kimutatható. 1903. márczius végén Heinecke-Mikulicz-féle pyloroplasticát végeztek rajta, nemsokára ezután pedig, minthogy újból előállottak zavarok, Hacker-féle hátsó gastroenterostomiát Murphy-gombbal; ekkor a pylorus tájékán stenotizáló tumort találtak. A következő év elején ismét a klinikára került a beteg, a mikor is kezdetben baloldali, majd jobboldali pleuritist állapitottak meg és ismételten bocsátottak ki a mellüregből savós folyadékot; folyton fokozódó gyengülés mellett még azon év junius havában exitus. A klinikai diagnosis gyomorrákra tétetett számos metastasissal. A kórboncztani diagnosis szintén gyomorrák volt, metastasisokkal a bordákban, a medencze és a lágyéktáják nyirokmirigyeiben, továbbá pleuritis és peritonitis carcinomatosa. Csak a mikroskopi vizsgálat derítette ki, hogy a rákosnak tartott elváltozások tulajdonképen gümőkóros természetűek. A tüdőben, a bronchialis mirigyekben, a tonsillákban és a nyelvgyök nyirokapparatusában gümőkóros elváltozások nem voltak. A gyomorbeli elváltozások rendkivül kiterjedt voltából és az izomrétegre is átterjedéséből arra lehetett következtetni, hogy azok voltak az elsődlegesek. Kiemeli még szerző, hogy a pleurán talált elváltozások rendkivül hasonlitottak a gyöngykóros marhák mellhártyáján található elváltozásokhoz. Lehetséges, sőt valószinű is, hogy ezen esetben a fertőzés gyöngykóros tehén tejével történt. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1905. 3. füzet.)

A Cheyne-Stokes-légzés ismeretéhez szolgáltat adatot *Libensky*. Ismeretes, hogy a Cheyne-Stokes-légzés beálltát a közel halál jelének tekintik. Észleltek azonban eseteket, a melyekben ezen légzés-typus heteken, sőt hónapokon át fennállott. Egy ilyen esetről ad számot Libensky is. Az általános arteriosclerosisban szenvedő 68 éves nőbetegen a klinikán tartózkodása egész idejében a két hónap mulva bekövetkezett halálig Cheyne-Stokes-légzés volt észlelhető; minthogy pedig ez a légzés-typus a klinikára felvétele előtt is már négy hónapon át fennállott, összesen hat hónapig tartott Cheyne-Stokes-légzésről szólhatni. Szerző felemliti, hogy a betegnél a legkülönbözőbb orvosló eljárásokkal tett kisérleteket; megpróbált jeget és meleg vizet külsőleg, használt oxygen- és amylnitrit-belégzéseket, per os vagy subcutan adott strychnint, aether aceticust, adrenalint, oxycamphorát stb. minden eredmény nélkül; ½—1 centigramm morphium bőr alá fecskendezése után azonban egyidőre megszünt a Cheyne-Stokes-légzés. Minthogy mások morphium használata után ezen légzés-typus rosszabbodását észlelték, szerző azt hiszi, hogy a Cheyne-Stokes-légzés pathogenesise nem egységes, a mi mellett különben az amylnitritnek ezen légzés-typusra gyakorolt szintén nagyon eltérő hatása is szól. (Sbornik klinicky, 6. kötet, 2. szám.)

Sebészet.

A phlebitis kezelésekor *Marchais* szerint két dolog az, a mit állandóan szemünk előtt kell tartani: az egyik az embolia veszélye, a másik pedig a végtag hosszas nyugalomba helyezése okozta zavar. Az embolia szempontjából nagyon veszélyes az alsó végtag kinyújtása, mert ilyenkor a vena femoralis meghosszabbodik és ennek következtében mintegy szivó hatás jut kifejezésre az alsó végtag venáiban, a véráramlás gyorsabb lesz bennük. A végtag addig tartandó teljes nyugalomban, a meddig még fenyeget az embolia veszélye; ezt az időpontot azonban nehéz megállapitani, minthogy nagyon sokszor ismétlődik rövid egymásutánban a phlebitises folyamat. Általában mondható, hogy 14 napig tart, míg a thrombus kellő szilárdságot ér el, másrészt azt is tudjuk, hogy a phlebitis megújulása kisebb-nagyobb hőemelkedéssel jár. Ebből a két adatból már most némileg megállapitható az az időpont, a mikor az emboliától már nem kell nagyon félnünk: a végtag addig marad teljes nyugalomban, a míg 14 napon át semmiféle hőemelkedés nem mutatkozott. Ekkor megkezdhetjük az óvatos massage-t, természetesen a beteg területek elkerülésével; egyúttal a lábizületben egyszerű passiv mozgásokat végzünk. Nemsokára azután áttérünk az erélyesebb mobilizáló eljárásokra. (Gazette des hopitaux, 1905. február 2.)

Az átmetszett jobboldali nervus hypoglossust egyesitette *Wölfler* tanár egy 38 éves betegnél, a kinél a sérülés öngyilkosság megkisérlésekor történt. A nyelv kiöltésekor jobbra tért, a szájüregbe visszahúzásakor pedig balra; a nyelv jobb fele sorvadt volt és beszédzavarok is voltak jelen. A műtét körülbelül fél évvel a sérülés után végeztetett. Az ideg átmetszett végei hegtömegbe voltak ágyazva, a melyből csak nehezen voltak izolálhatók; a végek egyesitése az idegállományon áthatoló három öltéssel történt. Hónapok mulva az állapot javult, és ma — 2½ évvel a műtét után — az illető már egyenesen nyújtja ki a nyelvét, a szájüregben azonban még mindig kissé balra tér a nyelv; jobboldalt a villamos ingerlékenység még kissé csökkent, elfajulási reactio azonban nincsen. Ez az első eset, a melyben az átmetszett n. hypoglossust egyesitették. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 12. szám, 322. l. Verein deutscher Aerzte in Prag.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Impetigo ellen *Honcamp* kitünő hatásúnak találta a *crurint* (chinolin-wismut-rhodanat), a melyet a hólyagok vagy pörkök eltávolitása után faspatulával ráhint. Az ilyenkor jelentkező kismérvű, gyorsan muló égető érzésnek elejét lehet venni, a nélkül, hogy a gyógyitó hatás csorbát szenvedne, ha a crurint egyenlő mennyiségű amylummal keverve használjuk. Fedőkötés felesleges. A gyógyulás a képződött pörk alatt hegképződés nélkül 3—4 nap alatt következik be. (Monatshefte für praktische Dermatologie, 39. kötet.)

Influenza okozta álmatlanság ellen *Pfeiffer* az eddig rendelkezésünkre álló hypnoticumok között leghatékonyabbnak a veronalt találta ½—1 grammos adagban. Minthogy ennél nagyobb adagok után a felébredéskor kellemetlen tünetek jelentkezhetnek, figyelmeztet arra, hogy az esetben, ha az emlitett kis adagok után 1—2 óra mulva nem áll be az alvás, ne fokozzuk az adagot, mert tapasztalása szerint az álom sokszor csak később, 3—4 óra mulva következik be. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 51. szám.)

A csecsemők náthája nem egészen közömbös megbetegedés; mert eltekintve attól, hogy a táplálékfelvételt gátolja, hogy a szájon át légzésre kényszerit, a mi több tekintetből káros: könnyen vezet bronchitishez, igy *Ballin* 27 esete közül 12-ben fejlődött bronchitis. Nagyon előnyös volna tehát, ha valami jó eljárásunk volna a csecsemőkori nátha ellen. Emlitett szerző erre a czélra az adrenalint ajánlja, a melynek 1:1000 oldatába mártott vattát kell felváltva minden orrnyilásba helyezni 2—3 perczre; ez naponként 3—4-szer ismétlendő. Minthogy az adrenalinoldat könnyen romlik, újabban „hemisine-tabletták“ elnevezéssel egy új adrenalin-készitmény jött forgalomba; egy tablettát 5 köbcentimeter vizben feloldva, 1:1000 adrenalin-oldatot kapunk. Olyan esetekben, a melyekben a heveny nátha véres-genyes-nyákos váladékot termelő, nagyon makacs rhinitissé alakul át, az adrenalin mellett még argentum nitricum használata javalt: ½—1%-os oldatból 1—1 csepp juttatandó naponként mindegyik orrnyilásba, még pedig az adrenalinos vatta alkalmazása után. (Therapie der Gegenwart, 1905. 2. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. márczius 31.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 11. hetében (1905. márczius 12-től márczius 18.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Elveszületett 530 gyermek, elhalt 320 egyén, a születések tehát 236-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 33·0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18·3, az egy éven felüli lakosságnál: 18·7, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 9, meningitis tuberculosa 9, apoplexia cerebri 4, convulsiones 10, paralysis progress. 3, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 6, morbi org. cordi. 13, morbi myocardii 4, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 3, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 5, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 7, pneumonia 32, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 79, emphysema pulm. 2, pleuritis 1, alii m. org. resp. 5, morbi stomachi 3, enteritis 2 éven aluli 9, 2 éven felüli 1, cholera nostras —, hernia incarcerata 2, alii occl. intestini 1, peritonitis 6, cirrhosis hepatis 3, alii morbi hepatis 2, alii m. org. dig. 1, nephritis 5, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 15, paedatrophia 3, marasmus senilis 7, carcinoma ventric. 1, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 3, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 4, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 5, scarlatina 4, pertussis 1, croup laryngis 0, dipht. faucium 0, influenza 3, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 0, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 4, suicidium 9, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3729 beteg, szaporodás 932, csökkenés 918, maradt e hét végén 3680 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 156 (177), vörheny 68 (76), áln. gége- és roncsoló torok-

lob 32 (34), hökhurut 27 (7), gyermekágyi láz 2 (0), hasi hagymáz 1 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 20 (32), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (5), trachoma 4 (7), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

< **A budapesti orvosi kör országos segély-egylete pénztárába befizettek**: Dirner Gusztáv egyet. m. tanár 100 kor. alapitványt, Pehán László Budapesten 30 kor. adományt. 8—8 kor. tagdijat fizettek: Berényi Ferencz, Dembitz Sándor, Boszkovicz Mór, Gonda Mór, Nusser Lajos, Török Vilmos, Winter Simon, Pataki Ármin, Hoffmann Zsigmond, Scheitz Vilmos, Csillag Gyula, Danninger Ádám. 4—4 koronát: Heller József, Kozma Jenő, Bakcsy Domonkos, Sommer Antal, Huszár Adolf, Gerber Károly, Taufer Jenő, Neumann Jakab, Pollacsek Sándor, Kircz Mór, Feles Adolf, Székács Béla, Mayer Adolf, Stein Ferencz, Gömöri Oszkár, Frommer Ignácz, Ötvös Gerő, Zechinter Gusztáv, Balogh János, Gyenes Antal, Ziegler Károly, Rosenberg Jenő, Perlesz Ede, Mayer Árpád, Reisz Miksa, László Károly, Holländer Dávid, Molnár Ignácz, Tenczer Vilmos, Aaron Sándor, Friedmann Adolf, Varjas Gábor, Liszt Nándor, Androvich Sándor, Kreesméry Cyril, Raisz Aladár, Wagner Dániel, Polgár Károly, Gottlieb Ede, Schwarcz Sándor, Bothár Samu, Jendrássik Ernő, Grósz Menyhért, Berkovics Miklós, Hasenberg Károly, Steiner József, Véber Ignácz, Albecker Károly, Barabás Arnold, Gerő Károly, Gábor Menyhért, Szembey Géza, Wachsmann Oszkár, Strösznер Ödön, Zsiga Mór, Halle Henrik, Fejér Dávid, Kovács Sebestyén, Pozsgay Lajos, Lenkei Vilmos, Nemes Károly, Káldor Bertalan, Kratochwilla János, Körmöczy Zoltán, Platzer Sándor, Hazslinszky Hugó, Donogány Zakariás, Gmellin Ottó, Bernolák József, Steiner József, Tóth Lajos, Steinberger Ármin, Papp Károly, Szentkirályi István, Kanitzer Ignácz, Csapodi István, Angyán Béla, Balkányi Vilmos, Porjesz Ignácz, Nádori Béla, Polgár Emil, Schön Vilmos, Genersich Antal, Fried Samu, Walla Béla, Wirnhardt János, Dolecskó János, Korányi Sándor, Kollarich Jenő, Sulkovszky József, Reitzer Mór, Stahly Ignácz, Schwarcz Nándor, Herczfeld Lajos, Kovács Samu, Braun Sándor, Walkó Rezső, Bruck Lipót, Boytha József, Ötvös József, Fuchs Sándor, Szarvas Félix, Büchler Antal, Szikszai Sándor, Schatelesz Mór, Schrodt Antal, Spitzer Ármin, Geyer József, Wahrmann Simon, Vajdits Lajos, Büchler Lipót, Porgesz Bertalan, Vincze Jenő, Fried Lipót, Nettel Ottó, Salgó Jakab, Földi Adolf, Balogh Jenő, Csengeri Gyula, Deutsch Ignácz, Szathmáry István, Gusbeth Ede, Haftl Dezső, Brauner Samu, Megay Gyula, Jóni Ferencz, Feja Ferencz, Kraemer Lipót, Hámorszky Oszkár, Friedrich Alajos, Kaufer Dávid, Jávor Béla, Skirpin Ambrus, Adler Zsigmond, Doktor Károly, Erényi Béla, Erdey Gyula, Moravcsik Ernő, Szerb Zsigmond, Hermann Miksa, Löwy Zsigmond, Márton Ödön, Szőke Gyula, Lichtmann S., Lucry Gusztáv, Anisfeld Endre, Haas Simon, Porutin Romulus, Kirchner József, Weisz Feodor, Halász Henrik, Udránszky László, Markovich Sándor, Horváth Vilmos, Csép Miklós, Dembitz Mátyás, Lovrich József, Spitz Gyula, Hofbauer Imre, Schmiedt László, Kellner Mór, Fenyves Ignácz, Kovalszky Ferencz, Schwalb Ármin, Hugel József, Kovács Géza, Bodor Fülöp, Üveges László, Sz. Maszák Elemér, Chyzer Béla, Grünwald Adolf, Hörl Péter, Lányi Benedek, Romeshoffer Sándor, Kovács Lajos, Timár Miksa, Engel Sándor, Borsodi Miksa, Kerekes István, Fialovszky Béla, Szporni Mihály, Kiss Gyula, Braun Jakab, Róth Sándor, Jánosi József, Somossi Lajos, Misner Antal, Schwarcz Adolf, Zátonyi József, Láng József, Bugel Ödön, Engel Gusztáv, Grasser József, Grün Jakab, Heinrich Adolf, Weisz Mór, Zeisler Nándor, Kaczander József, Berkes Sándor, Téry Ödön, Schwarcz Márk, Klein Arthur, Moskovitz Miksa, Pécsi János, Unterberg Adolf, Demkó Béla, Kiss Gyula, Janovich Sándor, Feleki Sándor, Pehán László, Halász Lajos, Csillag Ignácz, Róth László, Klein Ármin, Leitner Miksa, Nagy Ármin, Hering Miklós, Görgényi Károly, Ujváry Ignácz, Ungár Adolf, Fillinger Ferencz, Zsigárdy Aladár, Székely Sándor, Schönfeld Mór, Rácz Adolf, Schön Hugó, Geiger Frigyes, Franzl Ottó, Daday Vilmos, Kemény Gyula, Katler Sándor, Brunner Lajos, Molnár Elek, Székely Dezső, Szabó Mihály. Ambró Zoltán 16, Kertész Lipót, Zonker Samu és Nagy Lajos 12—12 kor. tagdíjat fizettek. Jubiláris alapra adakoztak: Hermann Miksa 2, Demjanovich Emil 10, Preisz Hugó 10, Léderer Gyula 10 és Székely Dezső 2 koronát. Budapest, 1905. márczius 21. *Katona József* dr. pénztáros.

— **A jobbkezűség okait** tárgyalja *Merkel*, az ismert göttingai anatomus egy czikkében (Ergebnisse d. Anat. und Entw.-Gesch. XIII. k., 708. l.). Sorra veszi azt a sok elméletet, a melyet felállítottak annak a ténynek a magyarázatára, hogy a legtöbb ember a jobb felső végtagját ügyesebben és nagyobb erőkifejtéssel használja, mint a balt. A megszokásnak nagyobb jelentőséget ez irányban nem tulajdoníthatunk, mert egyformán nevelt testrészek közt is előfordulnak suták (balogok), s a sutaság megjelenésében határozottan kimutatható az átöröklés szereplése (Luedecken). Az eddigi tapasztalatokból határozottan azt a következtetést vonhatjuk, hogy a primaer tényező a bal agyfélteke súlyosabb volta s gyrusainak erősebb fejlettsége. Más szóval: a jobbkezűség oka a bal hemisphaera veleszületett jobb organisatiojában rejlik, a balkezűségé a balében. Megjegyezzük, hogy Menzel, a nemrég elhúnyt hires német festő ambidexter volt: felváltva s egyforma ügyességgel használta munka közben a jobb és bal kezét.

— **A nemzetközi sebésztársaság** első gyülését szeptember 18-dikától 23-dikáig Brüsselben fogja megtartani Kocher tanár elnöklete alatt.

+ **A berlini új Virchow-kórház** orvos-igazgatóivá *Goldscheider* tanárt (belbetegek osztálya) és *Hermes*-t, a Moabit-kórház volt főorvosát (külső bajokban szenvedők osztálya) nevezték ki. Gazdasági igazgató *Ohlmüller* titkos kormánytanácsos, a császári egészségügyi hivatal tagja lett.

⨯ **Kisebb külföldi hirek.** *Schultze* bonni egyetemi tanár április 13.-án üli tanárságának 25 éves jubileumát. — *König* tanár, a hirneves sebész, a ki jelenleg Jenában él nyugalomban, márczius 27.-én ünnepelte 50 éves orvosdoktori jubileumát. — *A. Dietrich* tübingeni magántanár a kórboncztan rendkivüli tanárává neveztetett ki. — *Magnus Levy* berlini belgyógyász-magántanár a tanári czimet kapta. — *Paessler* leipzigi rendkivüli tanárt a dresdeni városi kórház belgyógyászati osztályának főorvosává nevezték ki. — A kölni orvosi akademia kórboncztan-tanárává *Kauffmann* baseli tanár helyett, a ki a meghivást nem fogadta el, *Jores* braunschweigi prosectort nevezték ki.

△ **Uj folyóiratok.** *Engelmann* (Leipzig) kiadásában megindult az „*Internationales Archiv für Schulhygiene*“; szerkesztői *Johanessen* (Christianina) és *Griesbach* (Mülhausen) tanárok. *Vogel* (Leipzig) pedig „*Archiv für sociale Medicin und Hygiene*“ czimmel ad ki uj folyóiratot, melyet *Fürst* és *Jaffé* szerkesztenek.

⨯ **A II. szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét február hóban 92 esetben vették igénybe; a műtétek száma 63 volt.

| **A kolozsvári „Karolina“ országos kórházban** 1904-ben 5097 beteg ápoltatott. Ezek közül teljesen meggyógyult 2404, javult 1376.

† **Elhunyt.** *Menczer Ignácz* dr. volt tiszteletbeli járásorvos márczius 25.-én 83 éves korában Tiszafüreden. — *Simon Pál* dr. 69 éves korában Tótkomlóson.

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

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

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

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

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

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

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (1904. deczember 21-dikén tartott XV. bemutató szakülés.) 241. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi november hó 24-dikén az új szent János-kórház sebészeti osztályán tartott rendes ülés.) 242. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (V. szakülés 1904. október 28-dikán.) 243. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 245. l.

Közkórházi orvostársulat.

(1904. deczember 21-dikén tartott XV. bemutató szakülés.)

Elnök: **Axmann Béla**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Omarthritis tuberculosa sicca.

Pólya Jenő: P. J., 37 éves, földmíves. Három év előtt zsák hátrarántotta a jobb vállát, mely azóta mindig fájdalmas; a fájdalmak öt hó óta oly hevesek, hogy karját nem használhatja. E miatt jelentkezett 1904. novemberben *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályán a következő jelenállapottal: A jobb váll tája erősen besüppedt, a deltoideus atrophiás, a váll minden irányban 5—10°-ra mozgatható, de a mozgatás, valamint az izület tájának megnyomása igen fájdalmas; mozgatásnál az izületben recsegés konstatálható. Diagnosis: Caries sicca humeri. A *Stein* kartárs által a szt. Rókus-kórház Röntgen-laboratoriumában felvett radiogramm tényleg a fejecs nagyfokú destructioját mutatta ki. E miatt november 14-dikén a typikus vállresectiót végezte *Kocher* szerint; az izületben minimális exsudatum; a tokszalag gümősen elváltozott s a gümős folyamat beterjed a biceps hosszú feje inának hüvelyébe is, az inat mintegy 2 cm. hosszban teljesen elpusztítván, úgy hogy resekálni kellett. A fejecset a collum chirurgicum táján lefűrészelve, a scapula izárkát, mely szintén cariosus, csontcsípővel és kanállal tisztítják meg, azután a biceps hosszú fejének inát nehány catgutöltéssel a scapula izárkának felső csúcsához varrván, a sebet, csak vékony draint hagyva benn, teljesen elzárják. Gyógyulás per primam. Jó mozgékonyság. A kiirtott fejecsen a porczboriték csak egyes szigetekben van meg, közbe a rágott felszínű, törmelékeny csontállomány csupaszon fekszik; a fejecs mediális oldalán vérszegény sarjszövettel bevont mély, egyenetlen gödör foglal helyet, melynek alapját a törmelékeny szivacsos csontállomány képezte.

Appendicitis okozta összenövések sérvtömlőben, gyógyulás entero-enteroanastomosis és a processus vermiformis resectioja után.

Pólya Jenő: F. Gy., 21 éves, napszámos. Mióta emlékszik, sérve van, mely folyton nőtt. 8—14 éves korában igen gyakran, körülbelül hetenként voltak hasgörcsei, főleg a has jobb felében, melyek miatt összekuczorodva kellett feküdnie az ágyon; ezen görcsök tartama 5—6 óra volt. 14 éves kora óta görcsei mind ritkábban és enyhébb mértékben jelentkeznek, azonban koronként most is fellépnek, utoljára öt héttel felvétele előtt voltak. Sérve mindig visszajárt, sérvkötőt hordoznia sohasem kellett. Felvételekor *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályára (1904. november 28-dikán) másfél ökölnyi inguinális herniát találtak a jobb oldalon, mely korgás kíséretében visszament. Ama szándékkal, hogy ezt a szabad herniát radikálisan megoperálja, látott *Herczel* tanár szíves megbízásából 1904. november 29-dikén a műtéthez, melyet chloroform-narcosisban végzett. Typikus bemetszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan le a scrotumig; vastag sérvtömlő, mely meglehetősen összenőtt a funiculussal, de jól sikerül róla leválasztani. A tömlőben vékonybelek vannak, melyek erősen összenőttek úgy egymás közt, mint a sérvtömlővel. Ezen összenőtt bélpartie körülbelül 1/2 meter hosszú. A bél mediánfelé szabadon előhúzható, de kifelé az összenövés határát nem látni s azért az előbbi metszés közepéből kiindulólag függőleges metszéssel laparotomiát végez. Most kitünik, hogy a sérvtömlő külső falához rögzített vékonybélrészlet az ileum vége s a sérvkapu felett mintegy 5 cm.-nyivel fekszik a coecum. Az összenőtt vékonybél-conglomeratum a coecum körül foglal helyet. Egyebütt a vékonybelek szabadok. Az összenövések közt megtalálják a proc. vermiformist, mely a coecumtól kifelé fekszik s csúcsával felfelé néz; ezt kiveszik, amputálják; mivel a sérvtömlőhöz a vékonybél oly erősen odanőtt, hogy leválasztása csak a bél resectiojával sikerült volna, a vékonybélresectio pedig ezen esetben a vakbél kivétele nélkül elképzelhető nem volt, elhatározták, hogy a vékonybélen levő sérvtömlőt megkimélik s a beleket visszateszik, de mivel a vékonybeleken kétszeres szöglettörés volt s félni kellett attól, hogy repositiojuk után e miatt passage-zavarok állanak be, a vékonybélnek az összenövések felett lévő szabad részlete s a coecum között *entero-enteroanastomosist* végzett 6 cm. hosszú nyilással, négy sor selyemvarrattal (három sor csomós, egy sor szűcs), gondoskodva arról, hogy a belek az isoperistaltica értelmében feküdjenek össze, miáltal a vékonybél elvezető kacsa az odavezető kacs alá került, s a coecum felfüggesztési helyénél éles szögletben megtörik.

Ezután a sérvtömlő felesleges részéből a mennyit lehetett resekált, a peritoneális defectust T-alakban szűcsvarrattal egyesítette, a ferde és haránt hasizmokon ejtett függőleges sebet catguttal, a fasciát selyemmel egyesítette. Az inguinális herniát Payr szerint főleg a rectussal zárta el (hüvelyének megnyitása után): ezután az ondózsinórt a varratra ráfektette s az aponeurosis alsó szélét a hüvely median széléhez varrta, az aponeurosis felső lebenyét erre reáhúzta. Bőrvarrat.

A kiirtott proc. vermiformis 9 cm. hosszú, vége obliterált, nyákhártyája vastag, több helyen exulcerált.

Lefolyás teljesen zavartalan, szelek másnap spontan elindultak, harmadnapra széke volt. Seb per primam begyógyult, csak a függélyes és ferde metszés találkozási helyén csekély bőrnekrosis, melynek helyén jelenleg is lencsényi sarjfelület van. Beteg teljesen jól érzi magát, görcsei nem jelentkeznek.

Balás Dezső: Pólya esete kapcsán egy esetéről kíván röviden referálni. S. M., 57 é., péksegéd, folyó évi deczember hó 5-dikén incarcerált scrotális hernia diagnosissal küldetett műtét czéljából a Janny tanár által vezetett III. seb. osztályra. Beteg előadja, hogy irreponibilis sérve körülbelül 10—12 év óta áll fenn a nélkül, hogy neki valami kellemetlenséget okozott volna. Felvétele napjának reggelén azonban 8 óra tájban sérvében hirtelen élesen metsző, görcsös fájdalom lépett fel, úgy hogy azonnal ágyba kellett feküdnie. Orvost hivatott s ennek tanácsára sérvét borogatta, de miután állapota nem javult, sőt fájdalmai fokozódtak, csuklani is kezdett és állandó hányingere volt, este körülbelül 9 óra tájban osztályukra vétette fel magát.

A beteget megvizsgálva, közérzetét kielégítőnek találta, pulsusa jó, kissé szapora, perczenként 94, hőmérséke 37·4° C. Időnként csuklik s hányingere van. Jobboldalt körülbelül emberfejnyi nagyságú scrotalis eventeratiót talált, mely felett a scrotum bőre erősen oedemás, de nem lobos. A sérvtartalom tapintásra csak mérsékelten feszes, de nyomásra igen fájdalmas. A külső lágyékgyűrű a sérv felett elcsúsztatható és nem fájdalmas.

Bár a leszorítási gyűrű s a sérvtartalom resistentiája nem szólt incarceratio mellett, tekintettel az anamnesisben elmondottakra s a sérv nagyságára, úgy hogy a sérvtömlőben létrejött incarceratio lehetőségét is fel kellett vennie, azonnali műtét végzésére határozta el magát.

A sérvtömlő megnyitása után kevés, büzös, de nem bélsárszagú, vörhenyes, zavaros sérvvíz ömlött ki. A belek puffadtak, de tonusuk, színük jó, peritonitis nincs jelen. A belek kiterítése közben azonnal szembetünik a körülbelül 12 cm. hosszú, erősen szögletbe tört, teljesen szabadon fekvő processus vermiformis, mely egész hosszában, leszámítva alapján körülbelül 1/2 cm. hosszú darabot, sötét-kékes feketésen elszínesedett, petyhüdt, büzös, de nem perforált. A külső lágyékgyűrű bemetszése után a belek könnyen előhúzhatók, s csak az egyik bélkacson látható inkább a belek puffadása miatt létrejött, de nem kifejezett leszorítási barázda.

Az appendix resectioja után, a midőn különösen ki akarja emelni azt, hogy a mesenteriolum bemetszésre nem vérzett s centrális csonkját csak elővigyázatból kötötte le, a belek repositioja, bár nehezen, sikerült s Mikulicz-tampon behelyezésével radikális herniotomiát végzett.

Az eltávolított appendixet bemutatja.

A betegnek a műtétet követő napon s ezután is többször volt spontan széke és sebe is per primam gyógyult. Ennek daczára a beteg kétoldali bronchopneumonia következtében, mint azt Genersich tanár boncolata is bizonyítja, a műtét utáni 10. napon meghalt.

Arra a kérdésre vonatkozólag, hogy mi idézte elő jelen esetben a processus vermiformis rohamos elhalását, szerény véleménye az, hogy miután az előhúzott beleken a lágyékgyűrű átmetszése után kifejezett strangulatio konstatálható nem volt, tekintettel arra, hogy az elhalás az egész appendixre kiterjedt, hogy az elhalás reggel 8 órától esti 9 óráig terjedő idő alatt, tehát 13 óra alatt fejlődött ki, továbbá számba véve a processus erős megtöretését, mely dispositiót képez, s hogy végül műtét közben az átmetszett mesenteriolum nem vérzett, azt hiszi, hogy nem téved, ha feltételezi, hogy a mesenteriolum, illetőleg appendix arteriájában thrombosis okozta az appendix elhalását és ez magyarázza az imént vázolt kórképet.

A Marmorek-féle gümőkórellenes serum értékéről.

Hochhalt Károly: A kisérlet alá veendő eseteknél, illetve azok kijelölésénél tekintettel volt arra, hogy mindegyiknél a köpet bacillustartalma eleve constatálva legyen, hogy ne legyenek régi fibrosus alakok, s Marmorek tanácsára a betegség tartama egy éven belőli legyen. Ebbe az utóbbi kategoriába tartozó esetek közül szemelt ki olyanokat, melyeknél nyilvánvaló volt a florid jelleg s a folyamat continua és remittáló lázakkal volt kapcsolatos és olyanokat, hol teljes apyrexia mellett a megállapodás időszakát s a gyógyulási tendentia jelenlétét tudták megállapítani. A 18 eset észlelésének eredménye a következőkben foglalható össze:

A continua és remittáló lázakkal szövődött heveny phthisisre vonatkozólag nem tagadható, hogy két esetben a kezelés elején néhány 5—10 cm³ serum befecskendezése után a láz leesett s 2—3 napig tartó láztalan állapot következett be. De azután a láz gyors emelkedésben régi magaslatát nyeri vissza s az injectiók második cyclusa már hatástalannak mutatkozik, sőt a befecskendezés napján rendszerint

néhány tizednyi hőemelkedés állott be. Más négy esetben a seruminjectiók semmi hőleszállító hatást nem gyakoroltak. A gyors szétesés folytatódott egészen a feltartóztathatlan letális kimenetig. A nem febrilis, normális hőmérsékű, megállapodott jellegű tüdővészes eseteket illetőleg azt tapasztalták, hogy itt is, kevés kivétellel, minden injectio után néhány tizednyi hőemelkedés mutatkozott, a mi talán a serumhatásnak, talán a legtöbb esetben elég élénk helyi reactionak volt tulajdonitandó, mely utóbbi miatt az injectiókat napokig nem folytathatták, sőt a betegek ellenszenve folytán beszüntetni voltak kénytelenek.

Annak a kérdésnek nem minden pontjára felelhet teljes positivitással, vajjon van-e Marmorek serumának specifikus hatása s ha igen, ajánlható-e mint fajlagos tüdőgümőkórellenes gyógyszer? Igaz, hogy előhaladottabb esetekben a szer teljesen hatástalan, igaz, hogy a phthisis florida lázai legtöbbször nem befolyásolhatók általa, de viszont két esetben a magas hőmérsék 10 cm³ befecskendezése után úgyszólván teljesen — habár nem tartósan — alászállott. Ez a tény, melyet nem előadó constatál egyedül, hanem az irodalom tanúsága szerint majdnem valamennyi szerző felemlit, okaira nézve még megfejtésre vár. Hogy van-e ily hatása a serumnak általában, tehát a normal — nem specificus lóserumnak is, a még megejtendő vizsgálatok fogják felderiteni. Ha nincsen, akkor a Marmorek-féle serumnak tényleg van valami specifikus, antitoxinos hatása — bár sajnos, nem állandóan —, mint azt a laboratoriumi állatkisérletek bizonyitják s mint azt néhány esetben emberen is tapasztalták. Ez a tényállás menti meg Marmorek találmányának tudományos becsét és e felett még ma napirendre térni nem lehet.

Más kérdés az, lehet-e, czélszerű-e a Marmorek-féle serumkezelést mint gyógyeljárást ajánlani. Erre vonatkozólag határozottan negativ álláspontra kell helyezkednie. A tüdővész idülten lefolyó, fertőző bántalom, ennél néhány serumadaggal, úgy mint az acut lefolyású diphtheritis, tetanus, esetleg sepsis és vörhenyfertőzéseknél, czélt nem érhetünk. Hosszabb alkalmazás ellen pedig a serumokozta helyi és általános reactiók jelentős akadályt gördítenek. A helyi oedemák, erythemák, urticariák, arthralgiák nem ignorálható, kellemetlen tünetek, a melyek sok esetben a beteg ellenszenvét költik fel. A hőemelkedések, melyek elég gyakran, hacsak 12—24 órán át, nyomukban létrejönnek, szintén nem hagyhatók tekintet nélkül, főleg nem a phthisisnél, hol a hőszabályozó centrumok érzékenysége annyira fontos tényező. És jogosítva vagyunk-e különösen a láznélküli, megállapodott tüdővésznél, hol csak a szervezet vitalismusának emelése mellett érhetünk czélt, ilyen zavarólag behatni, a mikor maga Marmorek azt állítja, hogy seruma csak toxinok ellen hat, de az okozatos szövetdestructiókat érintetlenül hagyja.

Kuthy Dezső szintén meg fogja próbálni.

(XI. évzáró közgyülés 1904. évi deczember hó 30 dikán.)

Elnök: **Hochhalt Károly**. Jegyző: **Minich Károly**.

Elnök megnyitójában utal arra a nagyfontosságú szerepre, mely a jövő évtől fogva a közkórházakra vár az orvosképzés terén. Ekkor lép tudniillik életbe az új szigorlati rend, mely szerint a gyakorlatra való jogosítás előtt egy évet kórházban kell tölteniök az orvosjelölteknek. Azt gondolja, hogy az egyetem és közkórházak e symbiosisából az ifjú orvosnemzedékre nagy haszon fog hárulni és a közkórházakat még intensivebb tudományos működésre fogja buzditani.

Minich Károly titkári jelentésében szintén e nagyfontosságú tényre utal. A közkórházi Orvostársulat működését illetőleg felemliti, hogy 36 tagtárs 119 bemutatást és három referáló előadást tartott a tizenöt rendes tudományos ülésen. A tagok száma 400-on felül van.

Laczkovits Elemér pénztáros jelentése szerint bevétel volt 3331 korona 38 fillér. Kiadás 2285 korona, pénztári maradvány 1045 korona 39 fillér.

Új tagokul megválasztattak: Blaskovics László, Csiky József, Fonyó János, Géber János, Guszman József, Kollarits Béla, Koós Aurél, Kosztka Emil, Parassin József, Preisich Kornél, Orsós Ferencz, Stühmer Frigyes, Szinnyei József.

Végül **Haberern J. Pál** tartotta meg előadását: „**A prostatahypertrophia operativ kezelésének újabb módjai**“ czimen.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi november hó 24-dikén az új szent János-kórház sebészeti osztályán tartott rendes ülés.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyzők: **Haberern Pál, Dapsy Viktor**.

(Vége.)

Karószúrás okozta májsérülés gyógyult esete.

Manninger Vilmos: H. S., 10 éves, gépész fia, felvétetett 1904. julius 16-dikán. A felvétel napján fáról leesett, miközben a földön heverő fatuskó gyökere hasába fúródott. Semmi vérzés kifelé. A hasseb kicsiny volta miatt a segitségül hivott orvos nem vetett ügyet a sérülésre és jeges borogatásokat rendelt. Minthogy a gyermek állapota szemlátomást rosszabbodott, más orvost hivattak. A bemutatott gyökérdarab körülbelül 10 centimeterre volt bevérezve (hegybe végződő, körülbelül 3½ centimeter átmérőjü kemény fatuskó). Haladó anaemiát konstatálva, súlyosabb sérülést gyanított és ezért a gyermeket a legközelebbi vonattal kórházunkba küldte.

Felvételkor a gyermek súlyos vérvesztés benyomását kelti. Útközben többször hányt. Hasa puffadt. A köldök körül körülbelül 10 centimeter átmérőjü kerek terület kivételével az egész has felett tompult dobos a kopogtatási hang. A középvonaltól jobbra (2 centimeter) a bordaiv alatt két harántujjnyira egy körülbelül 1½ centimeternyi, kissé czafatosszélü seb, melynek óvatos szétkampózásánál a lélegzőmozgást követő cseplesz látszik. Ugyanakkor a hasüreg felől néhány csepp hig, sötétvörös vér szivárog.

Laparotomia (aether-chloroform). A hasüreg megnyitásakor körülbelül ½—¾ liternyi, részben hig, részben frissen alvadt vér ömlik. A sérülés helyét követve, a máj domború felületén egy körülbelül 5 centimeter hoszú, töredezett szélü sebet találunk, mely tölcsérszerüen szükülve, a felülettel hegyes szögben a máj állományába körülbelül 6 cm. mélységig követhető. A vérzés már alig számottevő (pulsus nem tapintható). Egyéb sérülést nem találunk. Lapos sebkérő a máj alá a mesocolon tövéig. A májseb kitömése jodoformos gaze-zal. A hasüreget meleg physiologiai konyhasó-oldattal töltjük meg. Hasfalzárás egy rétegben. ½ liter konyhasó-oldat bőr alá.

Két napig igen kétséges a gyermek megmaradása. Pulsus 140 körül. Hőmérsék 38·2.

Harmadik naptól kezdve sima lefolyás. Láztalan; a fájdalmak szüntek.

A sebkérő helyéről azonban erős epefolyás indul meg, melyet eleinte — az echinococcus-kiirtás utókezelésének módjára — szoros kitöméssel igyekszünk elállitani. Augusztus 21. Alapos kilapiszolás és szoros kitömés után az epecsurgás eláll. Augusztus 31-dikén jó egészségben, alaposan meghizva hagyja el a kórházat.

Többszörös bélsipoly gyógyult esetei.

Manninger Vilmos: 1. T. I.-né, 36 éves, cseléd, 12 év óta állandóan hasfájásokban szenvedett, úgy hogy több izben ágyban fekvő beteg is volt. Vizelésnél fájdalmak lépnek fel; székrekedés. Ezekkel a panaszokkal 1902. julius 1-én vétetett fel az új János-kórház nőgyógyászati osztályára, a hol a méh jobb sarkával összefüggő, két ökölnyi tömlős daganata miatt szeptember 18-dikán hasmetszést végeztek rajta. Laparotomia a középvonalban: „A j. csipőtányéron kis gyermekfejnyi, kékesen áttetsző fixált tumor, melynek felső sarkán egy bélkacs vonul végig és a mely egyebütt is szorosan össze van nőve a belekkel. Próbaszúrással belőle körülbelül 40 cm³-nyi tiszta savót nyerünk. A tok felhasitása után egy elastikus, kis ökölnyi tumorra akadunk (mintegy magva a nagyobb tumornak), mely retroperitoneálisan székel. A tumort csak nehezen birjuk kifejteni és akkor is csak úgy, hogy kénytelenek vagyunk egyes részeket az erősen adhaeráló bélkacsokon visszahagyni. Végre sikerül a teljes kifejtés és ekkor kitünik, hogy valóban a méh jobb sarkával függ össze. Tubát jobb oldalon nem találunk. A bélkacsokról való lefejtésekor a bél két helyen beszakadt. Ennek zárása háromréteges varrattal. A bélkacsok különben egymás között is szivósan több helyütt összetapadtak. Mikulicz-tampon a daganat fészkébe. Felül hasfalvarrat.“

A kiirtott daganat kórszövettani diagnosisa: Textus fibrosus tuberculosus, tuberculosis chronica peritonei. (Minich dr.)

A további lefolyásból kiemelendő, hogy szeptember 22-dikén fistula stercoralis jő létre, mely kisebbedik ugyan, de egész 1903. márczius 31-dikéig, mikor a beteg a kórházat elhagyja, el nem záródik.

1903. április 1-én jelentkezik újra a beteg kórházunkban, mikor is a bélsársipoly zárása végett a sebészeti osztályra vétetik fel.

Erősen lesoványodott, gyenge asszony. Köldök alatt 3 harántujjnyira csillagos forradás, közepén kétfillérnyi, heges szélü sipolynyilás, melyből hig, sárgásbarna bélsár ürül. A bevezetett kémvessző hegesfalú, a kis medencze jobb oldala felé vezető sipolyba jut, mely 12 centimeter mélységig követhető.

Április 5-dikén morfium-chloroform-bódulatban a sipolynyilást körülvágjuk és két rétegben elzárva, a hasüreget a sipoly megkeresésére megnyitjuk. Szabad hasüregre azonban nem akadunk. Mindenfelé egymással szorosan összenőtt vékonybelekre akadunk, melyek között csak hosszú keresés után sikerül a sipoly mentén a kismedenczébe rögzített vékonybélkacshoz eljutunk, melyen egy nagy babnyi sipolyt találunk. A bél e helyen szögbe tört. Átmérője annyira szükült, hogy a bél üregének helyreállitását nem remélhetjük. Ezért a bél fáradságos kifejtése után körülbelül 10 cm.-nyi darabját resekáljuk. Kétréteges körkörös bélegyesités. A sipoly feltárása, Mikulicz-tampon.

Harmadnapra heves fájdalmak miatt a tampont meglazitjuk, mikor is újra bélsár jelenik meg a tampon mellett. Az ürülő bélsár azonban sötétebb, mint az operatio előtt ürült. A beteget hónapokig ápoljuk az osztályon, sipolya azonban minden megkisérlett eljárással daczolva, nem akart záródni. Augusztus 1-jén a kórház tatarozása miatt átteszszük a régi János-kórházba, honnét újabb operatio végett 1903. október 9-dikén kapjuk vissza.

Status idem. Október 11-dikén laparotomia. A sipolyt előzetesen jodoformos gaze-zal kitömtük, collodiummal teljesen elzártuk. A metszést a sipolytól távol eső helyen, a köldök magasságában ejtjük. Az összes vékonybelek egymással többé-kevésbé laza összenövésekkel vannak egymáshoz tapadva. Egyes hurkok a kismedencze felé vonúlnak, hol egy szinte megoldhatlannak látszó gomolygóba vannak összenöve. A tájékozódás csak az összes vékonybelek felszabadítása után válik lehetségessé, mikor is kitünik, hogy nemcsak az ileum kacsai vannak a kis-

medenczebeli heges tömeghez rögzítve, de a jejunumnak egy kezdeti kacsa is odanőtt. A belek kifejtésekor reáakadunk két bélresectiós helyre; mindkettő kifogástalan.

Az amúgy is nagyon elnyúlt operatio gyors befejezése miatt a már elejétől fogva combinatioba vont bélkirekesztésre határozzuk el magunkat. A hegtömegbe vezető legalsó ileumkacsot kettévágjuk, a vakbél felé eső végét Doyen szerint vakon zárjuk és felső végét a felhágó vastagbélbe varrjuk. (Végoldalas egyesítés.) Hasfalzárás egyréteges varrattal.

Másnap a has puffadt, szelek nem mennek. Pulsus 120. Harmadnapra peritonitises tünetek (száraz nyelv, 140—160 pulsus, teljes szél- és székrekedés). A hassebet megnyitjuk (aetherbódulat), meggyőződünk róla, hogy a varrat rendben van. A belek erősen belöveltek, rajtuk kevés fibrin. Mikuliczтampon. 2×3 mgm. strychninre negyednapra szelek mennek. A sipolyon át csak tiszta, üveges, szagtalan nyálka ömlik. Tamponváltás 8-ad napra; a tampon mögött két evőkanálnyi szagtalan geny. A hassebet sarjadzásra bízzuk.

A sipoly teljes zárása, daczára az igénybe vett edzőszereknek, nem sikerült. De soha bélsár vagy bélsárszagú folyadék nem ürült belőle, mindig csak egy-két csepp tiszta, üvegszerű nyálka. A beteg hízásnak indult. Csak néha panaszkodik a jobb csipőtányérban érzett fájdalmakról. A kórházat 1904. május 19-dikén hagyta el. Azóta munkáját folytathatja, jól van.

2. P. K., 30 éves, szobaleány. Felvétetett 1903. augusztus 26-dikán.

A beteg régebbi anamnesise kivonatosan a következő (Sebészeti módszerek" II. kötet 187. lap): „Hat év óta bal lágyékában egy daganatot vett észre, mely lassan nőtt, jelenleg gyermekfejnyi." — "A hasfallal összenőtt, áttörni készülő csepleszechinococcussal volt dolgunk. A tömlő kiirtása nem járt nehézséggel. Műtét után a betegnek ismét daganatja keletkezett, a melyről kiderült, hogy a flexura coli sinistra körül képződött hegtömeg, a mely ileus-tüneteket okoz. E miatt bélresectiót kellett végeznünk. A beteg gyengesége s szöveteinek, úgy látszik, phthisis pulmonum által előidézett gyenge vitalitása folytán a bélvarrat nem egyesült, hanem bélsársipoly keletkezett". „Tollszárnyira szűkült bélsársipolylyal 1903. február 14-dikén saját kívánságára elhagyta a klinikát. Tüdőbeli állapota folyton súlyosbodott; igen bő, genyes, tuberculosis-bacillust tartalmazó köpetet ürít, esténként lázas."

A beteg állapota a klinika elhagyása után egyre súlyosbodik. A has bal fele megdagadt, fájdalmassá válik, majd a metszés mentén egyik sipoly a másik után keletkezik. Ekkor a régi János-kórházba került, a hol tisztántartással, hizlalókúrával valamelyest helyrehozzák az erőbeli állapotát.

1903. augusztus 26-dikán kerül ismét osztályunkra. A has bal oldalán, a 12. borda közepétől le a tuberculum pubicumig, egymástól 1—2 cm.-nyi heggel elválasztva, tizenegy kisebbnagyobb sipolynyilás van, melyeken híg bélsár bőven ürül. Harmadnaponként hashajtóra van kevés széke. Az összes sipolyokból 10—15 cm.-nyi mélységbe heges szövettel bélelt üregbe jutunk.

Augusztus 28-dikán median laparotomia morphium-chloroform bódultában. A haránt vastagbél heges összenövésekkel a hasfalhoz rögzített. Ép így a flexura sigmoidea is felhúzódott a hasfali forradásba. Úgy a flexura coli sinistrán, mint a flexura sigmoideán két erős bélszorító között kettévágjuk és körkörös kétrétegű varrattal a haránt vastagbél csonkját a Douglas-űrbe visszahúzódó flexura-csonkkal egyesítjük. Tekintettel az operatio hosszú tartamára, a mennyiben a kismedencze mélyén nagy nehézséggel volt egyesíthető a feszülő két bélvég, kétoldalas bélkirekesztést akartunk készíteni. A bél kivarrását nem akarva a medián hasmetszés sebébe eszközölni, a hasfal zárása és a colon elvágott két végének nagy varrott tamponnal való elrekesztése után a sipoly mellett megnyitjuk a tamponnal elrekesztett hasüreget. Ekkor derül ki, hogy nemcsak az oldalsó hasfal alja, hanem a kismedencze kötőszövete, a m. iliacus internus a nagy erekig bélsárral kevert genynyel telt sipolyokkal van átjárva. Minthogy ennek az óriási üregnek kitisztulása csak egyszerű sebviszonyok mellett remélhető, az amúgy is már elvágott lehágó vastagbélnek rögtöni kiirtását határozzuk el. A sipolytól két cm.-nyire két metszéssel körülvágjuk a bőrt és a sipolyokkal együtt kiveszszük a belet. A hasfalak 4—5 harántujjnyira válnak szét, úgy hogy még közelítésükre sem gondolhatunk. A hasüreg felé három nagy lapos Mikulicz-tampon; külön sebkérő a medencze felé. Nyilt sebkezelés. Eleinte bő váladék, de láztalan lefolyás.

Heteken át ragasztó tapaszcsikok segélyével igyekezünk a hasfalak közelítésére, míg deczember 13-dikán secundaer varratot kisértünk meg. A bőr egyesítése sikerülne, de az izomzat feszteleníto metszések daczára sem akar engedni. Ezután még néhány izben megpróbáljuk a secundaer varratot, míg végre 1904. április 3-dikán sikerül a seb alsó részén, a spina magasságáig a hasfal helyreállítása. A varratra a musc. rectus abdominist használjuk fel. A felső részén az egyesítés nem sikerül. A seb egyébként már deczember 20-dikán teljesen behámosodott; az új bőr alatt azonban közvetlenül a bél fekszik, úgy hogy a bélmozgást közvetlenül követhetjük. Ez év októberében sikerült végre a hasi sérvnek végleges elzárása.

Az asszony azóta meghízott, foglalkozása után jár. Tüdőbeli állapota teljesen rendben van.

Otitishez társuló endocraniális complicatio néhány esetét

Török Béla mutatja be.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(V. szakülés 1904. október 28-dikán.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

2. **Jancsó Miklós syringomyelia** esetét mutatja be.

3. **Hevesi Imre** egy 2½ éves fiúgyermeket mutat be, a kinél az *alsó végtagok angolkóros elgörbüléseit véres csontműtétekkel egyenesítette ki.* Az angolkór nyomán beálló elgörbülések a legtöbb esetben semmi beavatkozást sem igényelnek, a növés folyamán kiegyenlítődnek. Néha azonban oly nagyfokúak, mint a bemutatott esetben is, hogy elnövésük nem remélhető. A gyermeket ezelőtt három hónappal vette kezelésbe Brandt tanár klinikáján. Mint a bemutatott *Röntgen-* és fényképfelvételeken látszik, az alsó végtagoknak elgörbülése *genu varum* értelmében oly tetemes volt, hogy a térdizületek közepe a végtagok statikai hossztengelyétől 6 cm.-nyire tért el. A lábakon compenzáló lúdtalp és nagymérvű befelé forgatottság is volt jelen. Julius végén chloroformnarcosisban egyszerre végzett mindkét lábszáron lineáris osteotomiát. A sipcsont diaphysisének felső végén felülről és belülről le- és kifelé rézsutosan véste át a csontot, mire a correctio lehetővé vált, a metszéslapok egymáson eltolódtak. Ezáltal szép sima csontösszeforradás van lehetővé téve, a mi a bemutatott friss Röntgen-képen nagyon jól látszik. A végtag így valamivel hosszabbodott és alakja egészen rendessé vált. Igaz, hogy a csontváz akkor lenne tökéletesen egyenes, ha a czombcsontokon is osteotomia végeztetett volna. Ezt azonban a szülők kívánságára annál inkább mellőzhette, mert az egyszerű beavatkozás is a csontváznak mint egésznek statikai viszonyát majdnem egészen rendessé tette, úgy hogy a többi már bátran a természetre bizható.

A lúdtalpak correctioját megfelelően szerkesztett czipők tartják fenn. A befelé forgatás megszüntetésére *Heusner* spirális sodronyrugókat alkalmazott, a melyek fent a medenczeövre, lent a csipőkre vannak erősítve, a mozgásokat semmiben sem korlátozzák, csak kényszerítik a gyermeket, hogy lábait kifelé forgatva tartsa.

Bemutat még más hasonló esetekről felvett Röntgen- és fényképeket, egyebek között egy három éves kis leányét, a kinél mindkét végtagon többszörös görbület volt jelen, nevezetesen a czombon és a lábszár felső részén a *genu valgum* értelmében, míg a lábszárak a boka fölött erősen befelé görbültek. Ennél négy helyt végzett lineáris osteotomiát, mint a képen látható, tökéletesen helyreállítva a végtagok rendes alakját. Fontosabb volt azonban ez esetben, hogy a gyermek, a ki azelőtt járni sem tudott, két hónapi kezelés után egészen jól járt.

Bemutat egy 10 éves leánykát, a kinél f. év február 14-dik napján *paralysis infantilis* miatt a bal alsó végtagon kiterjedt intransplantatiókat végezett. A gyermeket műtét előtt bemutatta volt a szakülésen, az akkori állapotot fényképek mutatják. Járni nem tudott, bal alsó végtagja élettelen függelék gyanánt lógott le, térdizületét legcsekélyebb mérvben sem tudta mozgatni, itt kisebbfokú contractura állott fenn; bokaizülete lötyögött, a lábfej a hűdéses lúdtalp állását mutatta. Hűdve volt a m. quadriceps femoris, a mm. triceps surae, tibialis posticus, tibialis anticus, tehát azok az izmok, a melyek részéről a legtöbb erőkifejtés igényeltetik. Egy ülésben végezte a műtétet következőképen: extensor hallucis lehágólag az első ékalakú csont mediális oldalára a periostális módszer szerint, felhágólag a rövid ujjfeszítő első inyára. Flexor hallucis longus lehágólag a rövidített tibialis posticusra, felszállólag a vékony flexor dig. comm.-ra. A szárkapocs-izmok inát a sarokcsont mediális oldalára. A térdnél a m. semitendinosus inát selyeminnal kitoldva a sípcsont mellső felületére erősítette meg. E beavatkozások eredménye ma már elég szépen mutatkozik. A gyermek nagyon jól jár, a lábfej talpi és háti hajlítása, borintása és hanyintása egyaránt jó, térdét active hajlítja és feszíti, miközben látni és érezni lehet, hogy feszítésnél az átültetett izom hasa összehúzódik. Mint épen *Davida* tanár megjegyzi, a quadriceps oldalsó részén a vastus externuson is látható összehúzódás. Sokszor van a látszólag teljesen béna és degenerált izomban is ép részlet, mintegy szunnyadó állapotban, mely a transplantatio által létesített kedvező viszonyok között feléled.

A végtag, a mely ezelőtt 9 cm.-rel rövidebb volt a másiknál, kezdi utolérni ezt a növésben, a hosszkülönbség ma már csak 5 cm.

4. **Borbély Samu** (Torda) **a sebészeti pathologia érdekes esetét** mutatja be egy 30 éves, egészséges családból származó férfinak a személyében, a ki betegségét 20 évre vezetheti vissza s 10 éve már, hogy járni nem tud, hanem csak csúszik a földön.

Első tekintetre számos elváltozás tünik fel. A nyakon, mellen, mindkét karon, a jobb inguinális hajlatban, typusos alakú, részben piszkos sarjakkal fedett sebek, ezek a bőrtuberculosis jellegzetes képét adják. Ezek mellett a bal fülön begyógyult kimaródások, a nyak mellső részén kiterjedt hegesedések vannak, a melyek a sternumtól haladnak az alsó állcsont felé, ezek a hegek, mint feszülő húrok érezhetők ki, s okozzák azt, hogy a beteg feje előrehajlott állásban van s hátra nem hajtható.

A jobb térdizületben merevedés és subluxatio van.

A jobb gluteális tájon, úgyszintén mindkét lábszár mellső részén, a térdeken jól kifejezett ichthyosis látható.

A legnagyobb elváltozás nemcsak mindkét lábszárra, melyek alsó harmadukban megvastagodottak, úgy hogy a boka felett jobboldalt 39 cm., baloldalt 36 cm. kerületűek, de főkép mindkét lábfőre szorítkozik, a lábfők enormis, otromba megnagyobbodást mutatnak. Különösen

megnagyobbodott a jobb lábfő: ennek a sarokcsonton át való kerülete 42 cm., a lábfő körül 49 cm., a nyaknál 46 cm. Mint a hogy látni méltóztatnak: a lábujjak jól mozgathatók, karomszerűleg a talp felé hajlitottak s szintén igen nagyok, úgy hogy pl. a nagyujj legnagyobb kerülete 13·5 cm.

A jobb lábfőn gyermektenyérnyi decubitus, a melyből finom lympha szivárog elő.

Ez az eset az *elephantiasis arabum* classikus és ritkán észlelhető példája, műtéttani becsesel alig bir, mert mindkét szár térdizületből enucleatioja volna indikált, azonban ez ellen nemcsak a narcosis veszélye, mert asphyxia esetén a gégéhez jutni nem lehet, szól, de az is, hogy ennek a szegény betegnek a bőrtuberculosisa olyfokú, hogy vele szemben tehetetlenek vagyunk.

5. **Szilágyi György** egy beteget mutat be, a ki **aorta aneurysmában** szenved. A kórisme felállitása nehézségekbe a bemutatott esetben nem ütközik, a mennyiben a nagy bal szív a le- és kihelyezett csúcslökéssel, a sternum markolata feletti tompulat, az e fölé föltett kéztenyérrel homályosan érezhető rhythmikus emelkedés tapinthatósága, kifejezett baloldali recurrens hűdés és a *Röntgen*-átvilágitásnál nyert kép eléggé bizonyitják a kórisme helyességét.

Van azonban az emlitetteken kivül még egy tünet, az úgynevezett *Oliver-Cardarelli*-tünet, a mely nem egyéb, mint a szivműködés szakaszaival egybecső rhythmikus fel- és leszállása a gégefőnek, a mely megtekintésnél is, de főleg tapintásnál igen jól észlelhető. Ezt a tünetet *cardiorhythmikus pulsatio*-nak nevezik.

A tünet keletkezését könnyű megérteni, ha az anatomiai viszonyokat tekintjük. Az arcus aortae a bal bronchus felett áthajlik, azon mintegy lovagol. Ha most az arcus aortaenak aneurysmája van jelen, akkor az a bal bronchust nyomja, s a pulzáló aneurysma fala minden systole alatt a bal bronchust lenyomja és ez a légcsőt és a gégefőt maga után húzza.

Ennek a tünetnek a jelenléte a kórisme felállitásakor olyan esetekben lesz nagy segitségre, a melyekben a többi tünet kevésbbé van kifejezve vagy részben hiányzik.

Ennek a tünetnek az értékesitésével is óvatosnak kell lenni. Igy *Fraenkel* és *Auerbach* figyelmeztetnek, hogy mediastinális tumoroknál is észlelhetni. *Ritoók* 1900-ban két esetet közöl, a melyek egyikében megnagyobbodott sajtos bronchiális mirigy, másikában eltokolt exsudatum pleuriticum mellett volt cardiorhythmikus pulsatio.

6. **Kolosváry Sándor** előadása: **A Ficker-féle reactioról typhus abdominalisnál**" czimmel.

7. **Konrádi Dániel** előadása: **Folytatólagos vizsgálatok a kisérleti veszettség tüneteinek és elhárításának ismeretéhez**".

VI. szakülés 1904. november 25-dikén.

1. **Buday Kálmán** tanár előadása: „**A gangraenás száj- és garatgyuladások pathogenesiséről**" czimmel. Beszámol azon szövettani és bakteriologiai vizsgálatairól, melyeket gangraenás száj- és garatgyuladás öt esetében (ezek között két noma volt) végzett. Ezek eredménye az, hogy ezen gangraenák a bacillus fusiformisnak és a spirillumnak a szövetekben való felszaporodása következtében jönnek létre. (Megjelent az Orvosi Hetilap 1905., 1. stb. számaiban.)

2. **Veszprémi Dezső** magántanár előleges jelentésképen röviden referál azon kisérleteiről, a melyek a **bacillus fusiformissal és spirillummal** végzett állatoltásokra és ezen bakteriumok kitenyésztésére vonatkoznak, bemutatván néhány tenyészetet, kórbonctani készitményt és ezekből származó fedőlemez-készitményt. Megemliti, hogy a sebészeti klinikáról sectiora került súlyos lefolyású felső állkapocsnekrosis esetében — a mely különös érdekessége folytán részletes feldolgozás tárgyát is képezi — áttéti tüdőtályogok és meningitis genyében nagy számmal voltak fusiformis-bacillusok, spirillumok és valamely fonálbakterium. Ebből az anyagból bőr alá oltott házinyulaknál üszkös tályogok fejlődtek, a melyekben a már emlitett bakteriumok voltak jelen. A két állatpassageon átvezetett bakteriumokat aztán sikerült több generatión keresztül is mesterséges táptalajon tenyészteni. A tenyészetekből készült fedőlemezeken *fusiformisok*, *spirillumok*, *fonálbakteriumok* mindig nagy mennyiségben voltak kimutathatók. A tenyészetekkel oltott nyulaknál megint üszkös tályogok keletkeztek, bőr alá vagy intramusculárisan történt fertőzéseknél a penetrans büzű genyben a már emlitett bakteriumok mindig nagy számmal voltak jelen. Kisérleteiről — bár azok már eddig elég nagy számúak — ez alkalommal részletesen még nem számolhat be, mert azok tovább folynak, de eddigi észleletei reményt nyujtanak arra, hogy a fentemlitett bakteriumok élettani és alaktani tulajdonságaira nézve s esetleg az üszkös folyamatokkal való összefüggésük tekintetében is a kisérletek használható, értékesithető felvilágositásokat fognak nyujtani.

3. **Elfer Aladár** a **Giemsa-féle új festő-folyadékkal nyert vérkészitményeket** mutat be.

4. **Konrádi Dániel** dr. előadása: „**Öröklődik-e a veszettség?**" czimmel, a melynek végső eredménye: A veszettség fertőző anyaga átmegy az anyából a magzatba, de e közben mintha meggyengülne. Ilyen kisérleteknél nemcsak házinyúlakat, hanem tengerimalaczokat is kell használni, mert ezek fogékonyabbak a veszettség iránt. Az észlelés idejét a szokásosnál lényegesen meg kell nyújtani, legalább másfél évig.

Hozzászól *Szabó Dénes* tanár.

VII. szakülés 1904. deczember 17-dikén.

1. **Borbély Samu** (Torda) **bemutatása.** Folyó évi október hó 18-dikán éjjel egy 21 éves fiunál primaer bélresectiót végezett, a melyet itt bemutat, a mennyiben a műtéti lelet a mellett szól, hogy esetében a kizárt sérv egy spontan képződött anus praeternaturalissal gyógyult volna.

Ezen a 30 cm. hosszú vékonybélkacson a szorítási barázdáktól számitott legtávolabbi ponton látható egy 20 fillér nagyságú üszkös rész, itt a bélfal alig papirvékonyságú, sőt rajta egy kicsiny czafatos lik is látható, de látható az is, hogy a gangraenaeskált rész környéke körkörösen a sérvtömlőhöz volt nőve, e felett a sérv kötőszövetében fél diónyi genygócz volt s a szövetek itt annyira destruálva voltak már, hogy a bőr átmetszése után az üszkös kacs előttük feküdt.

Bár ritkának kell tartani a kizárt sérvek anus praeternaturalis útján való spontan gyógyulását, mégis nem egyszer előfordul ez is és esetéből kiindulva úgy képzeli létrejöttét, hogy a kizáródáskor a kizárt kacshoz való ütőeres vér odajutása nehezített ugyan, de megvan, később az ütőeres vérrel táplálkozás annyira meg lesz gátolva, hogy a szorítási barázdától legtávolabbi ponton a bélkacs peritoneumának epithelje kopni kezd, erre bakterium-exvasio történik, ennek első következménye adhaesiv gyuladás a még ép peritoneum és a lsérvtömlő körül, de a kijutó mikróbák fertőzik a közvetlen kijutásuk fe etti sérvburkot is, ott egy lokalis perihernialis phlegmonet okoznak, ez szöveti széteséssel jár s az igy létrejött űrbe belé tör a bél s tartalma ide ömlik, még intensivebb destructiókra adva impulsust.

Ez az eset, mig belátást enged a spontan fejlődő anus praeternalisok előállására nézve, addig adalék arra is, hogy dogmatice kimondani azt, hogy a kizárt sérvnél az üszök a szorítási barázdából indul ki, nem lehet.

2. **Konrádi Dániel** jelenti, hogy a városi orvosi hivatal által beküldött tejpróbákban, de különösen ezek egyikében oly bakteriumokat talált, a melyek úgy morphologiailag, mint biologiailag hasonlitanak az Eberth-féle typhus-bacillusokhoz.

Hozzászól *Elfer Aladár*.

3. **Máthé Gábor** bemutatásai: *a)* sajátságos chronikus lefolyású angina és *b)* sajátságos angina, a hol diptheria-bacillusokat lehetett kitenyészteni; mindkettőnél exsudativ erythema lépett fel.

Kánitz Henrik hozzászólásában kiemeli, hogy a torokbeli folyamat és a bőrelváltozások feltétlenül okozati összefüggésben állanak egymással. Pathogenesis szempontjából a bőrelváltozások a torokbeli folyamat metastasisai gyanánt fogandók fel, más szóval haematogen eredetüeknek tartja őket. Hogy maguk a bakteriumok (streptococcusok) vagy azok toxinjai szerepelnek-e a bőrbeli metastasisok létrehozásánál, az jelen esetben el nem dönthető. Utal *Finger*-és mások eseteire, kik a bakteriumoknak a kimetszett erythemák capillarisaiban való kimutatásával minden kétséget kizáró módon bizonyitják a bakteriális metastasisok lehetőségét.

4. **Udránszky László** tanár bemutatja **Hüfner Gusztáv**-nak, a tübingeni egyetemen a physiologiai chemia tanárának és **Reinbold Béla** kolozsvári egyetemi tanársegédnek „**A methaemoglobin és nitrogenoxyd chemiai egyesülésének mennyileges viszonyairól**" czimü dolgozatát. Szerzők részben ló, részben sertés véréből előállitott methaemoglobin vizes oldataival különböző nyomás és hőmérsék mellett, *Emich* eljárása szerint fejlesztett tiszta nitrogenoxydot nyelettek el s kisérleteik eredménye gyanánt azt tapasztalták, hogy 1 gm. methaemoglobin középértékben 2·685 cm.³ nitrogen-oxyddal egyesül. Az 1 gm. methaemoglobinnal egyesülő nitrogenoxyd mennyiségének térfogata tehát csaknem teljes pontossággal kétszerese azon szénoxyd mennyiség térfogatának, a mely korábbi vizsgálatok szerint 1 gm. haemoglobinnal összeköttetésbe tud lépni. Ezen kisérleti eredmény a methaemoglobin chemiai szerkezete földerítésének kérdésére vonatkozólag nagy fontossággal bir.

5. **Góth Lajos** előadása: „**A méhkaparásról méhbéléslobnál.**"

Rövid történeti bevezetés után elmondja, hogy bemutatandó dolgozata elkészitésében egyfelől az a szándék vezette, hogy a kolozsvári nőgyógyászati klinika anyagát és az abból merithető tapasztalatokat azzal a kevésszámú adattal összehasonlitsa, a melylyel 3—4 más klinika a curettezéssel nyert eredményeiről beszámol, másfelől olyan irányban igyekezett kutatni, hogy nem található-e a különböző szövettani formák (endometritis glandularis hypertophica, hyperplastica, interstitialis, diffusa és endometritis decidualis post abortum) és az előzmények, jelenlegi valamint késői tünetek között valamelyes kimutatható szabályszerűség. E végből *Szabó* tanár engedelmével 1898 óta 1904. junius végéig 97 esetet gyüjtött össze, melyeknek szövettani vizsgálatát (mely minden esetben végeztetett) 1903. január 1-ig a kórszövettani intézet adta, azóta saját vizsgálatainak eredményét képezik. A tulajdonképeni impulsust a dolgozathoz azonban *Bondi* (Wiener klin. Wochenschrift 1904. Nr. 4.) czikke adta, ki a curettage utáni első menstruatiót vizsgálva azt találta, hogy az rendesen a typus szerinti napra jön meg épen úgy, mintha beavatkozás nem is történt volna. Esetleg már a műtét után hat nappal is jelentkezhetik, annak lehetőségét az ismert *Werth*-féle experimentummal támogatja. Ezzel szemben előadó 97-ből csak hat esetben látta a menstruationak a várt időre való jelentkezését. 38 esetben utóbbi nem volt megállapitható, 50 esetben késett. Továbbá ellentétben *Bondi*-val csak két esetben látott profus havi vérzést.

A 97 beteg közül OP. volt 13, olyan, ki előzőleg szült, 84. Ennélfogva azok nézetéhez csatlakozik, kik az előrement terhességeknek tulajdonitanak fontosságot az aetiologiában. A mi a szövettani formák megoszlását illeti: endometritis glandularis hypertrophica kétszer olyan gyakran található még nem szülteknél, mint olyanoknál, kik már szültek, ellenben az endometritis glandularis hyperplastica négyszer olyan gyakran található meg utóbbiaknál. Az endometritis decidualis post abortum olyan nőnél, kinél a lobosodáshoz vezető abortust az első terhesség adta volna, nem észlelt. A betegek korát illetőleg azt találta, hogy a megbetegedés — a mint azt általában tartják — a fertilitás éveire esik, azon alul és felül ritkán jön elő. Feltünt, hogy a 20. éven alul öt eset közül négyszer látott endometritis glandularis hypertrophicát.

A 97 eset közül tiszta endometritis volt 73, más bántalmakkal complikált 24. Utóbbiak megoszlása a szövettani formák szerint szabályosságot nem mutat.

Ismerteti az intézetben szokásos utókezelést (mig vérzés tart jodtinct., ha hypersecretio van adstringentia) és elmondja, hogy a végzett edzések minimális száma 1, a maximális 14 volt A kezelések átlagos száma 4—5 (4·41). A különböző szövettani formák nem mutatnak különbséget a szükséges kezelések számát illetőleg.

A 97 eset közül másodszor is kellett (10 hónap—8 év alatt) curettezni hat esetben. Ezek között a szövettani formák majdnem mindenike képviselve van.

A gyógyulás kérdésében vázolja az adatszerzés nehézségeit. Részben vizsgálatra jelentkezett betegekről, részben olyanokról számol be, kik a szétküldött és bemutatott kérdezőlapokra válaszolva juttatták az eredmény ismeretéhez. Gyógyult (32 ismert esetből) 23, javult 5, nem javult 2. A szövettani formák ezek között arányosan oszlanak meg, tehát nem mondható, hogy egyik vagy másik alak makacsabb vagy rosszabb indulatú volna.

Utólagos conceptioról a 32 eset közül 8 betegnél 9 esetben szerzett tudomást. Ebből az értesülés idején fennáll még 4, abortussal végződött 2, rendes szüléssel 3. A szövettani formák megoszlása szabályszerűséget nem mutat.

Végül felhivja a figyelmet azokra a körülményekre, melyeket tévesen nem szoktak számitásba venni olyankor, midőn valamely eljárást követő conceptio kérdésével foglalkoznak („óvakodás“, férj távolléte, impotentia generandija stb.), majd elmondja, hogy a bemutatott előadásban, annak rövidítése és könnyebben követhetővé tétele érdekében csak a lényegesebb adatok felsorolására szoritkozott, a részletes táblázatokat nyomtatásban szintén rendelkezésre fogja bocsátani.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Idült veselob két esetét mutatta be *Gerhardt* az „Ärztlicher Bezirksverein zu Erlangen“ október 31-én tartott ülésén. Az egyik esetben egy 49 éves kereskedőről van szó, a kinek vizeletében 14 év óta van $^1/_2$—$^3/_4$ pro mille fehérje, e mellett kevés hyalin, epithel és vércylinder. A beteg ezen idő alatt nagyon óvatosan élt, kevés húst és alkoholt fogyasztott. Állapota az idült nephritis daczára meglehetősen jó és csak egyes neurastheniás jelenségek miatt áll jelenleg kezelés alatt. A másik beteg 63 éves férfi, a ki $^1/_2$ év óta panaszkodik szívdobogásról és nehézlégzéskor lépcsőn felmenéskor. A tünetek a zsugorvese kifejezett képét adják szivtültengéssel és a vérnyomás tetemes — a normálisnak csaknem kétszeresét kitevő — fokozódásával; ezek mellett delirium cordishoz hasonló szív-arhythmia. Digitalis kezelés mellett, noha a beteg foglalkozását, a mely sok járással (emeletekre is) kapcsolatos, folytatta, a szív- és a májnagyobbodás erősen visszafejlődött, noha a szív-arhythmia megmaradt. Ezen esetek kapcsán előadó kitér a nephritis prognosisára is, kifejtvén, hogy e tekintetben a betegség előzetes lefolyása, a beteg további pontos észlelése és a therapia befolyásának számbavétele nagy fontosságúak. Ha a fehérjekiválasztás sem a tejdiaetáról fokozatosan a vegyes diaetára áttérés, sem az ágyban fekvésből a szobában, majd a szabadban fennjáráshoz, végül a rendes foglalkozáshoz átmenés után nem fokozódik: akkor, daczára a fennálló albuminuriának, mégis kedvező a prognosis.

A gümőkóros tehenek tejének veszélyes voltáról értekezett *Moussu* a párisi „Académie de médecine“ február 14-dikén tartott ülésén. Kiemelte kisérleteit, a melyek arra az eredményre vezettek, hogy ép tőgyön is keresztül juthatnak a gümőbacillusok a tejbe s igy a fertőzés forrásává válhatnak. De még ha ez nem is állana, veszélyes lehet a gümőkóros tehenek teje, mert a tőgytuberculosist kezdetben úgyszólván lehetetlen felismerni. (La semaine medicale, 1905. 7. sz.)

Első Leánykiházasitási Egylet m. sz. Az intézet 42-ik rendes közgyülése f. hó 30-án a tagok élénk és nagyszámú érdeklődése mellett tartatott meg. — Az előterjesztett igazgatósági jelentés és mérleg, melyből kitünik, hogy az intézet az 1904. évben is örvendetesen gyarapodott, és hogy 1.028,053 kor. 94 fillér biztositott töke kifizetése daczára a tartalékok 11.519,464 K. 26 f.-re emelkedtek a mult év 10.520,392 K. 67 fillérjével szemben; továbbá, hogy a kezelési feleslegből, 172,618 K. 36 fillérből az alapszabályszerű javadalmazások levonása után a bizt. tökék felemelésére szánt alaphoz 86,309 K. 18 fillér, a külön tartalékhoz 34,523 K. 67 fillér és hiv. nyugdijalaphoz 5000 korona csatoltatott: néhány tag hozzászólása után tudomásul vétetett és a felmentvény megadatott. — Elnöklő Wittmann Mór dr. válaszadása egyhangulag tudomásul vétetik és Grosz Sándor dr. és Dósa Kálmán szöv. tagok inditványára az igazgatóságnak, Schwarz Ármin elnöknek, Kohn Arnold vezérigazgatónak a felügyelő bizottságnak, a választmánynak és a hivatalnoki karnak köszönetet, bizalmat és elismerést szavazott meg a közgyülés.

PÁLYÁZATOK.

36/1905. igazg. sz.

A vezetésem alatti m. kir. állami kórháznál megüresedett **két másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkivántatik az egyet. orvostudori oklevél.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1000 korona fizetés;
2. lakás, fütés, világitás, első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesiteni.

A kinevezés két évre történik és esetleg két év mulva meghosszabbitható.

A pályázati kérvények a nagyméltóságú belügyministeriumhoz czimzendők és alólirotthoz adandók be, honnan hármas jelöléssel lesznek felterjesztve.

A pályázat lejárati határidejéül **1905. május 1-sö napját** tüzöm ki.

Maros-Vásárhely, 1905. évi márczius hó 29-dikén.

3—1 *Kozma Jenő*, igazgató.

1004/1905. ki. sz.

Csikmegye felcsiki járásához tartozó Szt.-Damokos-Balánbánya, Szt.-Tamás, Jenőfalva, Karczfalva, Dánfalva és Madaras községekből **Csikkarczfalva** székhelylyel alakitott közegészségi körben a **körorvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jött, s arra ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állománssal 2000 korona évi fizetés, 200 korona úti átalány, természetbeni lakás, látleletekért 2 korona. Csik-Jenőfalván és Karczfalván a halottkémlésért pedig a megállapitott dijak járnak; továbbá a látogatási, valamint a kör területén létesitett és létesitendő bánya- és ipartelepek egészségügyi teendőinek ellátásáért járó dijak az orvos és községek illetve telepek között kötendő külön egyezség tárgyát képezendik; figyelemmel az e tekintetben megelőzőleg kelt szabályrendelet és jegyzőkönyvi határozatban foglaltakra.

Köteles ezekkel szemben körorvos saját fuvarán a kör községeit havonként egyszer beutazni, s akkor a bejelentett betegeket ingyen es gyógykezelésben részesiteni az e tekintetben alkotott szabályrendelet követelményeinek mindenekben való betartása mellett.

Felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állomást elnyerni óhajtják, hogy az 1886. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi legalább két évi gyakorlatokat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 15-dikéig** annál bizonyosabban adják be, mert a később beadottakat nem fogom figyelembe venni.

A választás Csikkarczfalván az 1905. évi április hó 17-dikén délelőtt 9 órakor fog megtartatni és a megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik. — Felcsiki főszolgabiró.

Csikszereda, 1905. évi márczius hó 13-dikán

3—3 *Becze Imre*, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg- és belbeteg osztályain egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazások:

az elmebeteg-osztály segédorvosának: 1200 korona készpénzfizetés és 400 korona osztálypótlék,

a belbeteg-osztály segédorvosának: 1000 korona készpénzfizetés, és mindkét állásnál: lakás, fütés, világitás és első osztályú élelmezés.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi április hó 5-dikéig** küldjék be.

Mindkét állás folyó évi április hó 15-dikén foglalandó el.

Gyula, 1905. évi márczius havában.

2—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

743/1905. sz.

Az üresedésben levő **oppovai körorvosi állásnak** végleges betöltése czéljából újból hirdetek pályázatot:

A körorvos javadalmazása:

1. 1800 korona törzsfizetés, mely legutóbb Oppova község képviselőtestületének intézkedése folytán 2300 koronára emeltetett föl és bekövetkezendő törvényhatósági jóváhagyás után ezen utóbbi fizetés képezendi a törzsjavadalmazást.
2. A szabályrendeletben megállapitott látogatási dijak.
3. A hüsszemlélet törvényes dijai.

Fölhivom tehát pályázni szándékozókat, hogy ebbeli szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 20-dikáig** nyujtsák be. A megválasztott köteles a vármegyei orvosi nyugdijegyletbe belépni.

Antalfalva, 1905. évi márczius hó 23-dikán.

3—1 *Lowieser Imre*, főszolgabiró.

1674/1904. szám.

Lemondás folytán üresedésbe jutott **patyi községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Az állás javadalmazása;

Készpénzfizetés 1200 korona, mely összeg előleges havi részletekben fizettetik a községi pénztárból.

400 korona lakbér, mely előleges negyedévi részletekben fizettetik.

Látogatási dij nappal 40, éjjel 80 fillér.

Halottkémlésért esetenként 40 fillér.

Köteles az orvos beigazolt szegényeket ingyen gyógykezelni, a vágóbiztosi teendőket a megállapitott dijazás mellett mindaddig ellátni, mig a községben helybenlakó állatorvos nem lesz, végül köteles kézigyógyszertárt tartani.

A megválasztandó orvosnak kilátása lehet, hogy a ker. betegsegélyző pénztár, úgy mint elődjét, pénztári orvossá kinevezi.

A választást Páty községházához f. évi április hó 19-dikén d. e. 11 órára tüztem ki.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy képesitésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. **évi április hó 18-dikának déli 12 órájáig** adják be.

Bia, 1905. évi márczius hó 29-dikén.

Geréby, főszolgabiró.

1277/1905 k. sz.

Sárosmegye alispáni hivatalának rendeletére **Eperjes** szab kir. város Tanácsa az elhalálozás folytán megüresedett és választás útján élethossziglan betöltendő **varosi főorvosi és kórházigazgatói állásra** pályázatot hirdet.

Felhivatnak mindazok, a kik ezen 1600 korona évi törzsfizetéssel és 400 korona lakbérrel, valamint az 1906. évi január hó 1-jétől kezdve 48 köbm tűzifával javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényeiket az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt okmányokkal felszerelten és figyelembe vételével az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. és következő szakaszaiban foglalt rendelkezéseknek **folyó évi április hó 20-dikáig** bezárólag Eperjes szab. kir. városa képviselőtestületi közgyüléséhez czimezve a városi Tanácsnál nyujtsák be.

Kelt Eperjes szab. kir. város Tanácsának 1905. évi márczius hó 20-dikán tartott üléséből.

Krayzell Aladár, polgármester. *Hoffmann József*, h. főjegyző.

5224/1905. sz.

Schön Vilmos dr. Zemplén vármegye sátoraljaújhelyi közkórházának főorvosa, hivatkozva 41 évi igazgató-főorvosi és 60 éves orvosi működésére, a vármegye közönségéhez intézett beadványában állásától való felmentését kérte. Ennek folytán 2400 korona fizetés és 600 korona lakpénzzel javadalmazott **igazgató-főorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz., valamint az 1876. évi XIV. t.-czikkben előirt képesitettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **1905. évi április hó 10-dikének d. u. 5 órájáig** adják be.

Úgyszintén a fenti állás betöltése folytán esetleg üresedésbe jövő zemplénvármegyei nagymihályi nyilvános közkórház **igazgató-főorvosi állására**, mely 1800 korona fizetés és természetbeni lakással van javadalmazva, szintén pályázatot nyitok s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz., valamint az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előirt képesitésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi április hó 10-dikének d. u. 5 órájáig** adják be.

Az állások 1905. évi május hó 1-jén lesznek elfoglalandók.

Sátoraljaújhely, 1905. évi márczius hó 26-dikán.

Dókus Gyula, alispán.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
ápr. 12.	közs. o.	Nagy-Sáros	1200 korona	Egerer, főszolgabiró
„ 12.	körorv.	Nagyugrócz	1200 k., 200 k. úti átal	Ponoczky Istv., főszb.
„ 15.	kórh. alo.	N.-Tapolcsány	1400 k., teljes ellátás	Markhot, alispán
„ 25.	alorv.	Nyiregyháza	1000 korona, telj. ell.	Szikszay, alispán
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.
„ 9.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 úti átal.	Gyürei gyógyszerész

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

EPILEPTIKUS gyógy- és nevelőintézet **BALF** gyógyfürdőben

A nagym. m. kir. belügyminisztérium 1903. jun. 17-én kelt 56415/1903. sz. rendeletével engedélyezve, száz férfi és női betegre berendezve. Ápolási díj: **I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k., III. oszt. évi 600 k.** Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel napi **1 k. 40 f.** ápolási díj mellett, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által a nagym. m kir. belügyminiszteriumtól és csak ezen engedély alapján vehetők fel mint közköltséges betegek. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendü apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál a nehézkórosok **gyógy- és nevelőintézet igazgatósága Balf (Sopron mellett).** Posta, vasút, telefon helyben.

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

Bioferrin

Kellemes ízű és szagú **szerves vaskészítmény,** melegen ajánlják tekintélyek a vas-therapia terén. **Az összes, vérszegénységen alapuló kóros állapotoknál bevált,** főleg gyermekeknél. Szigorúan tudományos módszer szerint előállítva. **Állandó orvosi felügyelet alatt**

Orexin-Tánnat

Legjobb stomachicum, teljesen ízetlen, gyorsan hat **étvágytalanságnál, hyperemesis gravidarum** és **chloroformnarcosis** utáni **hányásnál.** — **Orexin-tabletták** és **Orexin-csokoládétabletták à 0·25 gm.**

Jodol	Ketol	Bismutose	Crurin

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

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

Dr. BULLING-féle INHALÁCIÓ

orvosok ajánlják a légzőszervek összes betegsége ellen.

Készülék házi használatra **„Thermo-Variator"** minden szakmabeli üzletben kapható. **„Thermiol"** (phenylpropriolsavas natron), kizárólagos gyáros: **Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz,** jól bevált tüdő- és gégefőtuberculosis ellen. Csakis a „Thermo-Variator"-ral lehet a nagyhatású **„Thermiol"**-inhalációkat végezni. Téli inhalatorium: Lussinpiccolo. Felvilágositást nyujt a **Dr. Bulling-Inhalatorium-Syndicat, Wien, IV., Gusshausstrasse 10,** vagy ennek képviseletében **László Frigyes dr., Budapest, VII., Erzsébet-körút 41.**

Hirdetéseket kizárólagosan a „Petőfi" kiadóvállalat (Budapest, III., Zsigmond-u. 70) vesz fel.

Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirda. Prospektus ingyen.

Gyönyörü fekvés, élenydús, teljesen pormentes levegő. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Ujhydro-elektro-mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stilben. Hidegvizkúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus kamrák, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközi székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok és légcső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóan Karlsbad és Marienbadhoz.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 15. szám. *Budapest, 1905. április 9.*

ORVOSI HETILAP.

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

SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Báron Jónás: Féregnyúlványt tartalmazó sérvekről. 247. lap.
Áldor Lajos: A magas bélbeöntések értékéről. 248. lap.
Tóvölgyi Elemér: Az éneklés légzési hibáiról. 250. lap.

Tárcza. Vámossy Zoltán: A Syveton-ügy. 252. lap.
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* A rák aetiologiája. 254. lap. — *Könyvismertetés. Dollinger Gyula:* A budapesti kir. magy. tudomány egyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve az 1903—4. tanitási évről. 256. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Binz:* A nitroglycerinről. 256. lap. — *Belgyógyászat. Buch:* A splanchnikus arteriosclerosis. — *Christens:* Basedow-kór. — *Fink:* Az epekőbetegség balneologiai és operativ kezeléséről. — *Goldscheider:* A szív kopogtatásáról. (Ritoók). 256.—257. lap. — *Sebészet. Ruff:* Coma diabeticum operativ beavatkozások után. — *Mousset* és *Vallas:* Duodenum-átfúródás okozta gyülem a bursa omentalisban. (Pólya). — *Thomson:* Peritonsillaris tályogok tompa megnyitása. — *C. és W. Mayo:* Epekőmütétek eredményei. (Pólya). — *Bőrkórtan. R. Polland:* Jodnatrium adagolása kapcsán fellépő pemphigusszerű kiütés. 257.—258. lap. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rixen:* Neuronal használata epilepsiában. 258. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Schön Vilmos dr. — Országos közegészségi egyesület. — Az új orvosdoktori szigorlati rend. — A budapesti orvosi kör. — Sub auspiciis regis. — A tisztiorvosi vizsgák. — Frank Ödön és Hajós Béla dr.-ok. — Födi Emil dr. — Bókai János emlékalapitvány. — A szegedi kórház. — Nők mint magántanárok. — Orvosi felavatások Németországban. — A gyakorlati orvostan akadémiái. — A bajor ministerium — A porosz egyetemi költségvetés. — Porosz specialista orvosok összeirása. — Bajorországi rákbizottság alakitása. — Kisebb külföldi hirek — Tauffer professor polikinikája. — Szt. Lukács-fürdő. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — A debreczeni közkórház. — Elhunyt. 258. és 259. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. A magyar orvosi könyvkiadó-társulat közgyülése. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Kir. Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Tisztelt Olvasóink!

Hőgyes Endre tanár, az Orvosi Hetilap nagynevü szerkesztője, súlyos és sajnos, vigasztalan prognosisú kórságba esett. Ezen szomorú esemény miatt a lap szerkesztőségében változásnak kellett beállania.

A mikor a mai számmal átveszszük a lap szerkesztését, kötelességünknek ismerjük kifejteni azokat az irányelveket, a melyek szemmeltartásával szándékozunk a lapot tovább vezetni.

Programmunkat nagyon röviden foglalhatjuk össze, mert lényege a régi marad. Hívek akarunk maradni ahhoz a szellemhez, a melyben e lapot immár közel félszáz év előtt Markusovszky alapította és a mely mint tiszteletreméltó hagyomány érvényesült mindezideig e lap vezetésében.

Első feladatunk lesz tehát ezentúl is, hogy teret nyujtsunk a hazai önálló orvosi kutatás értékesebb termékeinek.

További feladatunknak tekintjük, hogy tájékoztassuk olvasóinkat mindenről, a mi akár orvostudományi, akár orvostársadalmi téren hazánkban történik.

Megbizható tudósítók akarunk lenni továbbá mindarról, a mit mint érdemesebbet, maradóbb értékűt az orvostudomány terén a külföld termel.

De ha meg is tartjuk a bevált keretet, némi változtatásnak szükségességét mégis érezzük.

Igy mindenekelőtt szükségesnek tartjuk azt, hogy lapunk hasábjain a gyakorlati iránynak az eddiginél nagyobb teret engedjünk, annyival is inkább, mert csak igy remélhetjük, hogy az a tudományos szellem, a melyet lapunk mindenkor kifejezésre juttatni iparkodott, orvosaink között mind jobban elterjedjen.

A gyakorlati irány fokozását főkép a következő két módon véljük elérhetni.

Az egyik mód az, hogy eredeti közleményeink között hozni fogunk oly czikkeket is, a melyekben nevesebb szerzők egy-egy fontosabb kérdést az orvosi gyakorlat igényeinek megfelelő módon tárgyalnak. Birjuk is már igéretét egyetemünk egyes orvostanárainak, nemkülönben más jónevü szerzőknek is, hogy hasábjainkat ily irányú czikkekkel időnként felkeresik.

A másik mód az, hogy „Lapszemle“ rovatunkat egyrészt tetemesen bővitjük, másrészt pedig különös figyelemmel leszünk arra, hogy az abban közölt ismertetések oly módon legyenek készítve, hogy a bennük foglaltakat a gyakorló orvos azonnal beleilleszthesse tudása és gondolkozása körébe és hogy orvosi müködésében azoknak közvetlenül hasznát vehesse. Ezirányú törekvésünkben gondunk lesz arra is, hogy olvasóinkat a fontosabb dolgokról lehetőleg gyorsan értesitsük.

A közegészségügy nagy fontosságának tudatában az e téren felmerülő haladások ismertetésére is ezentúl nagyobb gondot óhajtunk fordítani.

Mindezek után annak a reménynek adunk kifejezést, hogy az a lap, a mely oly bensően összeforrott a hazai orvostudomány és orvosképzés fejlődésével, ezentúl is részesülni fog egyfelől a munkatársak, másfelől az orvosközönség részéről abban a támogatásban, a melyben eddig is része volt.

Mi magunk teljes erővel azon leszünk, hogy nemcsak megtartsuk e lapot az eddigi színvonalon, hanem hogy a kor haladásának és a felmerülő szükségleteknek megfelelően fejleszszük is; a mit annál nagyobb buzgalommal teszünk, mert szilárd a meggyőződésünk, hogy ezzel nemcsak hazai orvosaink és ezek útján szenvedő embertársaink, hanem hazai kulturánk érdekeit is szolgáljuk.

Székely Ágoston. *Lenhossék Mihály.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Féregnyúlványt tartalmazó sérvekről.

Irta: *Báron Jónás* dr. magántanár, kórházi főorvos.[1]

Mióta a féregnyúlvány a sebészetben fontos szerepet játszik, számos közlemény jelent meg, melyben a sérvtartalmat képező féregnyúlványnak kizáródását és lobját, mint nem ritka kórfolyamatokat, nemcsak kórtani vonatkozásaikban, de a sebészi beavatkozás tekintetében is tárgyalják.

Kórházi gyakorlatom ide tartozó eseteit közölve, ezúttal azon mozzanatra kívánok utalni, hogy sérvműtét javalatának felállításakor arra is tekintettel kell lennünk, hogy a sérvtartalmat kizárt vagy lobos, illetőleg fekélyes, üszkösödött féregnyúlvány is képezheti.

A féregnyúlvány, vagy egymaga, vagy a vakbéllel együtt, főképen jobboldali lágyék- vagy czombsérvnek képezi tartalmát. Köldöksérvbe, baloldali lágyék-, czombsérvbe e bélrészek csak akkor juthatnak, ha a vakbél és a felszálló colon szomszéd része elég hosszú mesenteriummal bir. Ugyanez a feltétele annak, hogy jobboldali lágyék- vagy czombsérvbe a féregnyúlvány csak egymaga jusson.

Kórházi gyakorlatom nehány esetében mint szabad lágyék-, illetőleg czombsérv tartalma a csepleszen kivül egy mozgatható, zsinegalakú képlet volt érezhető, mely hosszban, vastagságban és összeállásban olyan volt, hogy szabad féregnyúlványnak lehetett tartani.

Szabad vagy odanőtt sérv gyökeres műtéte sok esetében mint sérvtartalmat a vakbelet is találtam és vele együtt az ép féregnyúlványt is visszahelyeztem. A következő esetemben azonban a a nyúlványt, mert lobos volt és szomszédságával össze volt növe, csonkoltam.

1904. január 14-dikén egy 32 éves nőt vettem fel osztályomra, ki 6-szor szült, utolsó terhessége óta, 1900 óta, köldöksérve volt, mely ellen sérvkötőt viselt. Egy hó óta a sérvet nem birta visszahelyezni, járásnál gyakran fájt és a betegnek émelygése volt. Találtunk ökölnagyságú, nyomásra kissé fájdalmas köldöksérvet, mely dobos kopogtatási hangot adott. Január 19-dikén műtét narcosisban. A sérvtartalmat a tömlőhöz több helyen odanőtt cseplesz, egy vékonybélkacs és a vakbél képezi, a féregnyúlvány a sérvtömlő falával és egy megvastagodott, keményebb csepleszrészszel össze van növe, körülbelül 7 cm. hosszú distal két harmada lúdtollnál vastagabb, kemény. Az odanőtt csepleszrészeket lekötés után csonkoltam, a többi csepleszt és a vékonybelet visszahelyeztem, a féregnyúlványt lekötés után csonkoltam, 1 cm. hosszú csonkja fölött a vakbél savós hártyáját összevarrtam, a vakbelet visszahelyeztem, a köldök kimetszése után maradt hasfalsebet rétegenként összevarrtam. Az eltávolított féregnyúlvány körülbelül distal két harmada kemény, vastag fallal birt, nyákhártyája duzzadt, bársony külemü és egyes helyeken fekélyes volt. Gyógyulás per primam; február 14-dikén elbocsáttatott.

Olyan eset, melyben a féregnyúlványnak distal része, mint egyedüli sérvtartalom, kizáródott, kettő volt kórházi gyakorlatomban:

Az egyikben, melyet 20 év előtt kezeltem, korosabb férfinak volt kizárt jobboldali lágyéksérve; a másikban, melyet 1890-ben kezeltem, 49 éves nőnek volt kizárt jobboldali czombsérve. Mindkét esetben a sérv fájdalmassága volt a kizáródás egyedüli tünete, hányás és székrekedés hiányzott, a sérvtömlő kevés sérvvizet és a féregnyúlványnak 5, illetőleg 4 cm. hosszú végét tartalmazta, melyet, minthogy a kapu tágítása után életképesnek mutatkozott, visszahelyeztem. A két beteg meggyógyult.

Ha most kerülne ily eset kezelésembe, tekintettel arra, hogy a nyúlvány a kizáródás által szenvedett sérelem következtében, ha nem is üszkösödik, de meglobosodhatik és hogy ezen lob a hasürbe visszahelyezett nyúlványon a benne meggyült lobgerjesztők behatása folytán fennmaradhat és szomszédságára terjedhet, a nyúlványt a záródási vályú felett csonkolnám.

A kizáródással azonos tüneteket mutatott két esetem, melyben üszkös féregnyúlvány képezte a sérvnek egyedüli tartalmát Ily esetben a féregnyúlvány a sérvben kizárva lehetett valamikor; de lehet, hogy a sérvben lobosodott meg, mert a sérvnyilás szélén szögletképzést szenvedett, mely a nyúlvány falában vérkeringési zavart okozott. Lehet az is, hogy a nyúlvány a sérvben meglobosodott és elüszkösödött oly kórokok behatása alatt, melyek a hasürben levő nyúlványon ugyanezen kórfolyamatokat okozzák és fenntartják.

Az egyik beteg, 78 éves férfi, 1901. október 2-dikán este 7 órakor vétetett fel osztályomra 20 év óta kétoldali lágyéksérve volt. A baloldali könnyen volt visszahelyezhető, a jobboldali 1 hó óta fájdalmas volt. 1901 október 2-dikán a fájdalmak a jobboldali sérvben fokozódtak, de hányás nem volt. Délután egy orvos visszahelyezési kisérleteket tett a jobb sérven, melyek nagy fájdalmat okoztak. Találtunk baloldali két ökölnagyságú szabad lágyéksérvet és jobboldali ökölnagyságú lágyéksérvet, mely dobos kopogtatási hangot adott, önkényt és nyomásra is fájdalmas volt. Székrekedés volt, hányás hiányzott, hő és érverés rendes. Műtét este 1/2 8 órakor narcosis nélkül: 12 cm. hosszú metszés a jobb Poupart-szalag felett, vele párhuzamosan. A megvastagodott kemény sérvtömlő megnyitása után körülbelül 50 grammnyi büzös geny és mogyorónagyságú bélkő ürült ki. A sérvtömlő ürének tisztítása után kitünt, hogy falának alsó külső részéhez a feketésbarna, keményebb féregnyúlványnak 6 cm. hosszú distal vége volt odatapadva, mely belső oldalán sima volt, külső oldala felső felében hosszirányú vájulatot mutatott és 2 cm hosszú és vastag cylindrikus bunkóban végződött, míg kisujj vastag centralis folytatása a belső lágyéknyilást elzárta. A nyúlványt 1 1/2 cm.-nyi távolban a hasnyilás alatt lekötöttem, a lekötés alatt lemetszettem. A csonkolt rész külső oldalán, a mélyedés alján babnyi nyilás mutatkozott, vastagabb végében mandolanagyságú zsirtestet tartalmazott. A sérvtömlő ürét gaze-zal töltöttem ki. Műtét után hő és érverés rendesek maradtak. Október 15-dikétől 25-dikéig a seb aljából a belső lágyéknyilásból kevés sárga, nem büzös folyadék ürült ki. November 1-jén jól sarjadzó sebbel bocsáttatott el, mely 2 hét mulva teljesen begyógyult.

Lefolyásában ettől eltérő eset jelenleg kezeltetik osztályomon. A 28 éves nőtlen férfibetegnek folyó évi szeptember 9-dike óta húgycsőkankója van, melynek kezdete után néhány nap mulva kezelő orvosa nála dülmirigylobot és hólyaghurutot talált. E bajok ellen 2 hétig kezelte. Betegsége 14-dik napján jobboldali mellékheregyuladás és ondózsinórlob lépett fel. Szeptember 30-dikán kórházunk belgyógyászati osztályára vétetett fel. Itt borogatást és szürke kenőcsöt alkalmaztak. Midőn október 24-dikén délután osztályomra áttétetett, a jobb lágyéktájon a spina anterior superiortól a symphysis ossium pubisig terjedő, 2 ujj széles, hullámzó duzzanat mutatkozott. Húgycsőfolyás fennállt, a dülmirigy ökölnagyságú és fájdalmas volt. Hő 38·9° C., érverés 110. *Faragó* dr. alorvos 5 cm. hosszú, a Poupart-szalaggal párhuzamos metszéssel a duzzanat domborulatán a bőrt, a bőralatti sejtszövetet és a külső ferde hasizom bőnyéjét átmetszvén, tályogot nyitott meg, melyből 3 deciliter sürü, büzös geny ürült. A tályogür aljáról az ondózsinór teljesen le volt választva. Midőn a metszés fel- és kifelé a spina anterior superiorig meghosszabbittatott, kitünt, hogy a tályog 4 cm.-nyire hát- és felfelé a hasürbe folytatódik. Ezen tasaknak feltárása után a lobos féregnyúlvány tünt elő, mely körülbelül 1 cm. hosszban harántul az ondózsinórhoz volt odanőve. A seb mélyében a légzési mozgásokat követő bél volt látható. Utoljára a felső sebszél belső részétől fel- és befelé körülbelül 5 cm. hosszban elterülő egy tasak bőre metszetett át. A seb tisztítása után ürébe jodoformgaze-csik helyeztetett. Midőn én másnap a beteget láttam, azt találtam, hogy az ondózsinór a rendesnél kissé vastagabb és a lúdtollnál vastagabb, keményebb féregnyúlvány 1 cm. hosszban az ondózsinórhoz és 5 cm. hosszban a genyür külső alsó falához tapadt. Október 27-dikéig láz, esti 39·1 és 39·2 C. hőfokkal. A genyür kisebbedett, a genyedés kevesebb lett. November 10-dikén narcosisban a féregnyúlványt környezetéről tompán leválasztottam, 7 cm. hosszú distal végét lekötöttem, lekötés alatt lemetszettem, az 1 1/2 cm. hosszú csonkot hashártyamanchettel fedtem, ennek végét bevarrtam. A csonkot a hasürbe visszahelyezvén, melléje jodoformgazetampont vezettem. A lemetszett nyúlványrésznek 6 cm. hosszú distal része lobosnak

[1] Előadta a budapesti kir. orvosegylet sebészeti szakosztálya 1904. deczember 13-dikán tartott ülésében.

mutatkozott. A tampont november 16-dikán megújítottam. A nyúlvány csonkolása óta a beteg jól érezte magát, csak november 30-dikától deczember 4-dikéig volt láza esti 37·8—38·5 C. hőfokkal, a mikor a dülmirigy érzékenyebb, a vizelés fájdalmas volt, úgy hogy a láz valószinüleg a hólyaghuruttól és dülmirigylobtól eredt. A beteg jelenleg még osztályomon fekszik, jól érzi magát, a seb szépen gyógyul, úgy hogy nemsokára elbocsáthatjuk. Minthogy a féregnyúlvány a lágyékcsatornában volt, lágyéksérvnek tartalmát kellett képeznie. Hogy sérvtömlőnek része nem találtatott, abból magyarázható, hogy a valószinüleg veleszületett sérvnek vékonyfalú kis tömlője a genyedés behatása alatt üszkös szövetmálladékká vált. Az utóbbi két esettől *Manninger* dr.-nak nemrég közlött gyógyult esete abban különbözik, hogy a 19 napos kis beteg sérvében a lobos féregnyúlványon kivül ki nem zárt bél, és a kettő közt a sérvnyak táján, hol a nyúlvány átfúródott, babnyi tályog találtatott.

Összefoglalva eseteimet, kiemelendőnek tartom, hogy egyikben sem tudtam műtét előtt, hogy féregnyúlvány van a sérvben. Eltekintve az utolsó esettől, melyben különös viszonyok forogtak fenn, műtétre mindannyiszor a helybeli fájdalom indított, mely a sérvtartalom kizáródására vagy lobjára utalt, mely tünet egymaga is követeli a gyors sebészi beavatkozást, mert úgy kizáródás, mint lob esetében hányás és székrekedés lehet jelen, de hiányozhatik az egyik vagy a másik, vagy mindkét tünet, kizáródás esetében különösen akkor, ha bélfal, diverticulum vagy féregnyúlvány záródott ki.

Mint egyik esetem mutatja, megtörténhetik, hogy az orvos taxiskisérletet tesz oly esetben, melyben a kizáródás tüneteit a sérvben levő féregnyúlvány lobja, fekélye vagy üszkösödése okozza. Ez okból is csak helyeselhetni azon sebészek eljárását, kik sérvkizáródás esetében azonnal operálnak és a taxist egyáltalában elvetik. Utóbbi legfeljebb olyan esetekben volna megkisérelhető, a melyekben teljesen biztos, hogy a kizáródás előtt a sérvtömlő üres volt. De ennek meghatározása adott esetben nehéz lehet. A beteg pl. azt állítja, hogy csak néhány óra óta van sérve, és a műtét azt mutatja, hogy a belek és a cseplesz régóta össze vannak nőve egymással és a sérvtömlővel. Sőt egy ily esetemben a vizsgálat és a műtét vízsérvet mutatott, melynek ujjvastag falára régibb-újabb keletü vérrostonyarétegek voltak lerakódva, tartalmát pedig véres, genyes savó képezte.

Ilyen esetek nyomatékkal szólnak a mellett, hogy fájdalmas sérvet minél előbb operálni kell, taxis kisérlete nélkül.

A magas bélbeöntések értékéről.

Közli: *Áldor Lajos* dr. (Karlsbad.)

A következőkben azon vizsgálataim egy részéről óhajtok rövid előzetes közlemény alakjában beszámolni, melyek hivatva vannak a magas beöntések *létjogosultságának* kérdését véglegesen tisztázni. Azt hiszem, hogy ezen utóbbi kifejezés használata teljesen jogosult, mert a magas beöntéseket, a melyek az orvosi közönség széles rétegében ma is igen nagy népszerűségnek örvendenek, az utóbbi időben ugyancsak competens factorok valósággal egyenesen létjogosultságukban támadták meg.

A kérdés nagy gyakorlati hordereje magyarázza a körülményt, hogy ilyen irányú kisérleti vizsgálatokkal még azokból az időkből rendelkezünk, a mikor az emésztőszervek betegségeinek diagnostikája és kórtana messze mögötte állott a mai fejlettségnek; a különböző vizsgálók által alkalmazott különböző eszközök és különböző kisérleti elrendezések pedig megfejtik a vizsgálati eredményekben még ez idő szerint is meglevő nagy ellentéteket.

Én e kérdéssel két év előtt[1] foglalkoztam behatóbban, a mikor is azon felette kedvező eredményekről számoltam be, melyeket a magas beöntések alakjában alkalmazott karlsbadi vízzel az idült vastagbélhurut kezelésében elértem; ezen közleményeimben öt év igen tekintélyes számú tapasztalata alapján arra az álláspontra helyezkedtem, hogy az idült vastagbélhurutnak magas beöntésekkel való kezelésében — úgy a mint azt leirtam — az elsődleges idült vastagbélhurutok causalis gyógyeszközét látom. Az eljárást azóta gyakorlatilag folytonosan alkalmazom, és ma már több száz esetre terjedő tapasztalataim mindazt, a mit két év előtt az eljárás értékéről mondottam, minden tekintetben megerősítették, és így ez a körülmény arra kényszerít, hogy az azóta nem annyira az általam ajánlott gyógyeljárással szemben, hanem a magas beöntésekkel szemben általában ugyancsak competens egyének részéről kifejezett ellenvetésekkel kisérleti alapon foglalkozzam. Közleményem megjelenése óta a magas beöntések kérdésével behatóbban *Boas*,[1] *Schüle*[2] és *Rieder*[3] foglalkoztak és az enyémmel ellentétes álláspontra helyezkedtek; az újabb szerzők közül egyedül *Kuhn*[4] az, a kinek az ő spiralis sondájával (Spiralrohr) egy fogás segélyével a colonba bejutni sikerült, és hogy ez nem véletlen eredménye, azt *Kuhn* e kérdéssel foglalkozó értékes munkáinak egész sorozata bizonyítja.

A régebbi vizsgálatok közül különösen értékeseknek tartom a jeles heidelbergi sebésznek, *G. Simon*-nak[5] élőkön és hullákon tett kisérleteit; élő egyénekben az ő kisujjvastagságú gombos sondájával sikerült neki előbb a bal bordaívig, majd a jobb hypochondriumba jutni; a hullában ellenben az S romanumot nem sikerült túlhaladnia, és így ahhoz az eredményhez jut, hogy a flexura sigm. kedvező helyzete esetén a flexura coli sinistráig fel lehet jutni. *Simon* kisérletei klassikus bizonyságot szolgáltatnak arra, a mit én már két év előtt hangsúlyoztam,[6] hogy e kérdésben hullakisérletek egyáltalán nem bizonyítók, mert a viszonyok a sonda felvezetésére sokkal kedvezőbbek élőben, a hol a bél motilitásánál fogva a bevezetést szinte maga segíti elő, mint hullában.

Boas, *Schüle* és *Rieder*, mint már említettem, a magas bélbeöntésektől minden létjogosultságot elvitatnak, mert szerintük sem *merev*, sem *puha* sondával a colonba bejutni nem lehet; a *merev sonda* egyszer megakad a plicae sigmoideák egyikében, máskor a sphincter tertius vagy a promontorium által lesz a továbbvezetésben fenntartva, avagy pedig forcirozott sondázásnál a sonda a hosszú mesocolonja következtében könnyen mozgatható S romanumot feltolja maga előtt akár a jobb bordaívig is, a mint azt *Simon* hullakisérletei és különösen újabban *Schüle* szép Röntgen-vizsgálatai igen instructiv módon bizonyítják; ugyancsak *Schüle* Röntgen-vizsgálatai azt a másik lehetőséget is tanulságosan szemléltetik, hogy a merev és elastikus sonda az ampullában egyszerüen összegöngyölődik. Ezen autorok épen ilyen kivihetetlennek tartják a *lágy sondának* a felvezetését, és különösen *Boas* szerint ez utóbbinak még inkább megvan a hajlandósága az ampullában összegöngyölődni, mint az elastikus merev sondának.

E kérdésben egészen a legutóbbi időkig tisztán klinikai bizonyítékokra voltunk szorítkozva, és ezek közül kiemelendőnek tartom, hogy a puha sonda bevezetésekor — mert én *csak* puha sondával tartottam mindig lehetségesnek a flexura sigmoideán való keresztüljutást — digitalis vizsgálattal, a mire *Boas* is figyelmessé tesz, meggyőző bizonyságot szerezhetünk az iránt, hogy a sonda összegöngyölödött-e vagy sem. És én épen *Boas* közleménye óta ezt az ellenőrző-vizsgálatot egyetlen egy beöntés előtt sem mulasztom el végezni; oldalfekvésben, úgy, a mint a beöntést alkalmazom, óvatos digitalis vizsgálattal a jól bevezetett sondának görbe lefutását jó magasra tudom követni, és épen úgy a rosszul bevezetett sonda összegöngyölődését a digitalis vizsgálat rögtön elárulja. Ezenkivül a klinikai bizonyítékok közül értékes az, a mire *Ewald*[7] hivta fel a figyelmet: ha meg is eshetik az, hogy a sonda a nyákhártya valamelyik redőjében megakad, és a helyett, hogy továbbhaladna, a bélfalat türi ki, ezt rögtön felismerhetővé teszi az a határozott érzés, a mit a sondának az egyenes irányból való kitérése legott támaszt. Ilyenkor a sonda irányának megváltoztatása csakhamar a jó útra vezet. De a sonda kihúzásakor is ellenőrizhetjük, hogy helyes úton jártunk-e, mert a rosszul bevezetett sondán annak többszörös megtörése és össze-

[1] *Áldor*: Orvosi Hetilap. 1903. 11—12. és 15. szám; Berliner klin. W. 1903. 19. és 26. szám.

[1] Boas: Berliner klin. W. 1903. 22. szám.
[2] Schüle: Archiv für Verdauungskrankh. X. k. 111. l.
[3] Rieder: Münch. med. W. 1904. 35. szám, és Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1905. VIII. k. 3. f.
[4] Kuhn: Wiener klin. Rundschau. 1903.
[5] Simon: Langenbeck's Archiv für klin. Chir. 15. k. 1873.
[6] Áldor: l. c.
[7] Ewald: Klinik der Verdauungskrankh. 1902. III. k.

göngyölödése félreismerhetetlenül észrevehetővé válik: a sonda ugrásszerüen, tengelye körül ismételten fordulva jön ki, ellenkező esetben pedig, a mint minden jelentékenyebb ellenállás nélkül halad a bevezetéskor előre, épen olyan könnyen, szinte magától csúszik ki a kihúzáskor.

Ha ezen tisztán klinikai észleletek még olyan bizonyítók is, absolut biztossággal e kérdés csakis *radiographiai* vizsgálatokkal oldható meg. *Rieder* és különösen *Schüle* már tényleg ezt a módszert használták.

Schüle vizsgálataihoz a B. Kassel frankfurti czég által két év előtt forgalomba hozott csöveket használta, melyek egy sodronybetéttel és végükön $5^1/_2$—8 cm. kerületü gombbal vannak ellátva. Vizsgálatai eredményeként constatálja, hogy e sonda az esetek többségében az ampullában összegöngyölödött és azon néhány esetben, a hol a csővel magasabbra sikerült jutni — a mint azt igen szép radiogrammokkal demonstrálja —, a flexura sigmoideának egy a sonda által létrehozott erős kitágítása és feltolása jött létre.

Schüle radiographikus vizsgálatai tehát kétségtelenné teszik, hogy *merev elastikus* sondával a flexura sigmoideán átjutni nem sikerül.

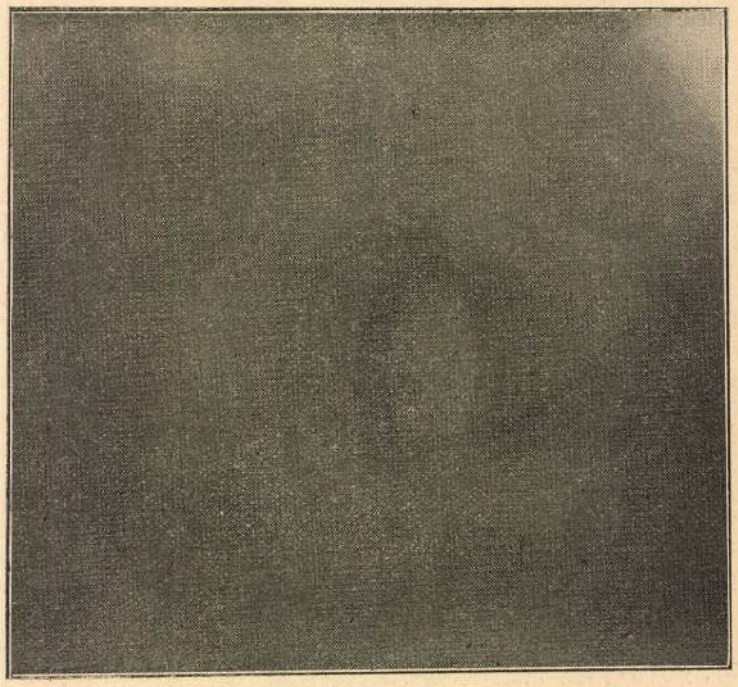
E czél egyedül lágy sondákkal (Nélaton) érhető el, a milyeneket én a magas beöntésekhez a közönséges lágy gyomorsondák alakjában használok. Ez a körülmény egy bizonyos analogiát enged felvenni a húgycsősondázás egyes eseteiben jelenlevő viszonyokkal, a mikor a húgycső merev sondával egyáltalán nem sondálható, ellenben egy Nélaton a görbületi viszonyokhoz való alkalmazkodási képességénél fogva minden nehézség nélkül bevihető a hólyagba.

Természetes, hogy a radiographiai vizsgálatokhoz is ugyanolyan lágy gyomorsondákat alkalmaztam, mint a milyeneket a magas beöntésekhez. Kisérleteimet úgy terveztem, hogy a már bevezetett gyomorsondába egy hajlékony ólommandrint vittem be; csakhamar meggyőződtem azonban, hogy ez a sonda görbületeihez alkalmazkodni képtelen, az első hajlásnál magának a sondának a falába akad, és az ekkor létrejövő jelentékenyebb ellenállás elárulja, hogy a mandrin tovább nem vezethető.

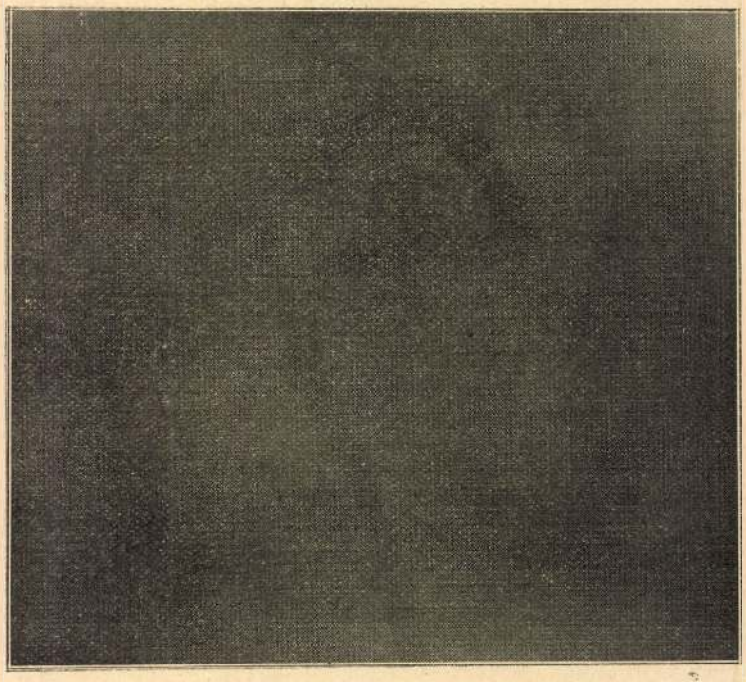
Vizsgálataimban ennélfogva a következő eljárást használtam: Egy 80 cm. hosszú és 9 mm. átmérőjü, legömbölyített végü, két ovalis oldalnyilással biró puha gyomorsondát bismuthum subnitricum, olaj, glycerin és gummi arabicum elegyével béleltem; az ily módon a sonda üregébe bevitt bismuthum subnitricum a sonda falát egyenletesen beborítja és ahhoz odatapad, *a nélkül, hogy ezen müvelet által a sonda elasticitásából és lágyságából a legcsekélyebb mértékben is veszítene.*[1] A vizsgálati egyén — egy 35 éves, jól fejlett férfi — előzetesen tisztítócsőrét kap, mely után a sondát bevezettem. *A bevezetés körülményei itt nem oly kedvezők, mint a magas beöntéskor, mert itt csupán a sondát vezetem fel és nem öntök a bevezetéssel egyidejüleg folyadékot is a bélbe, mely utóbbi körülmény jelentékenyen megkönnyíti a sondának minél magasabbra való felvezetését, egyrészt a bél üregének tágítása, másrészt a bél falának sikamlósabbá tétele által. Épen ezen okból, mihelyt a sondának 30—40 cm. magasra való felvezetése után felvehettem, hogy a flexura sigmoideán már túlhaladtam — mert hiszen ez a kérdés lényege —, a továbbvezetéstől elállottam.* A bevezetést, mely baloldali fekvésben történt, rögtön követte hanyatfekvésben a radiogramm felvétele. (Lásd az ábrákat.)

Az első esetben szándékosan rosszul vezettem be a sondát és látható, hogy az tényleg az ampullában összegöngyölödik; ezzel ellentétben a második kép kétségtelenné teszi, hogy a sonda a flexura sigmoideát túlhaladta. Azt hiszem, hogy vizsgálataim a kérdés végleges tisztázására alkalmasak és eléggé instructiv módon mutatják a jól és rosszul bevezetett sondának az elhelyeződését. Annak az esetleges ellenvetésnek jogosulatlanságával, mely szerint a sonda magasra való felvezetésekor az én vizsgálataimban is a flexura sigmoideának egyszerü előtolása és kitágítása jött épen úgy létre, mint *Schüle* vizsgálataiban, foglalkoznom nem kell, mert az általam használt sondák egyenletes lágysága egy ilyen lehetőséget már a priori is kizár. Egy ilyen lágy sonda helytelen vezetés esetén összegöngyölödhetik az ampullában, de a bél egy pontján való tartós megakadásra és az ily módon létrejövő feltolására a végbélnek képtelen.

A másik nem kevésbé fontos része a kérdésnek az, vajjon a magas beöntésekre az általunk szándékolt czél elérése szempontjából egyáltalán szükségünk van-e, avagy talán teljesen feleslegessé teszi azokat az a körülmény — a mit *Boas* és *Schüle* hangsúlyoznak —, hogy az egyszerü rövid csővel végzett klysmáknak is megvan az az eredményük, hogy a folyadék rövid időn belül a coecumig jut. Ezen utóbbi lehetőség bizonyítására *Boas* a legnyomósabb érv gyanánt azon észleleteit említi, melyeket egy bélsipolyos egyénen tett (colitis ulcerosában az idült vastagbélfekélyedés gyógyítása czéljából végzett temporaer coecostomia), a kinél az egyszerü klysma alakjában bevitt folyadék a sipolyon át csakhamar sugárban jött ki. Hogy ilyen pathologiai viszonyok között levő beleken tett észleletek e kérdésben bizonyító erővel nem birnak, azt én már két év előtt hangsúlyoztam és



I. ábra.



II. ábra.

[1] Előirásom szerint Pollacsek Bertalan budapesti gyógyszerész volt szives a sondákat ily módon igen ügyesen praeparálni.

újabban maga *Schüle* is kétségbe vonja az ilyen észleletek bizonyító erejét, mert egy bélfistulás egyén peristaltikáját abnormis módon befolyásolja a seb az ő összenövéseivel és izgalmával. Minden orvos, a ki a bélbe nagyobb mennyiségű folyadékot egyszerü klysma alakjában bevitt, tapasztalhatta ennek jelentékeny hátrányait, ezek között főleg a nagyfokú tenesmust és a folyadéknak a beteg által való időelőtti kibocsátását.

A mint én azt ismételten hangsúlyoztam, épen a különbség, hogy nagymennyiségü folyadékot miként tür a beteg a szerint, a mint az csőre vagy magas beöntés alakjában lesz alkalmazva, mutatja az utóbbi kétségbevonhatlan jogosultságát ; a csőre alakjában alkalmazott nagyobb mennyiségü folyadék a sphincter tertius alatt fog meggyülni és a rectumnak jelentékeny tágulását is létrehozhatja, a magas beöntés a betegnek a legcsekélyebb tenesmust nem okozza és szinte meglepő tolerantiát tanúsít a beteg a bevitt folyadéknak úgy nagy mennyisége, mint magas hőfoka iránt és így felvehető, hogy a magas beöntés a folyadéknak épen a colon ürében való egyenletesebb elosztódását eszközli és az egyes bélrészletekben nem idéz elő túlságos feszülést. Bizonyos, hogy egyszerü klysma alkalmazásakor, kivált ha élénkebb peristaltica jön létre, a bevitt folyadék egy része eljuthat akár a coecumig, de csakis a *kisebb* része, és arra, hogy a nagyobbik része a folyadéknak a végbélben a sphincter tertius alatt gyülik meg, a klinikai bizonyítékot a betegnek a folyadék visszatartásával szemben tanúsított jelentéktelen tolerantiája szolgáltatja.

Ujabban a kérdés ezen része is tárgyát képezte radiographiai tanulmányoknak. Igy *Rieder*[1] vizsgálatai alapján, melyekben a radiogrammok felvételét bismuth olaj-csőre alkalmazása előzte meg, azt állítja, hogy „feltünő, hogy közönséges hát vagy oldalfekvésben alkalmazott egyszerü klysmákkal a folyadék könynyen eléri a Bauhin-féle billentyüt". Azonban úgy *Rieder*, mint *Schüle*[2] igen szép radiogrammjának behatóbb megtekintése mutatja, hogy a folyadék tényleg felhatolt a colon távolabbi részeibe is, azonban a *folyadék nagyobb részét* itt is a bél alsó részeiben látjuk felgyülemleni, sőt *Schüle kiemeli, hogy egyes esetekben, daczára a béltractus előzetes alapos kiürítésének, az olaj kielégitő behatolása el nem volt érhető, a nélkül, hogy ennek a körülménynek az oka meg lett volna állapitható. Míg tehát ezen vizsgálatok egy részében az egyszerü klysma alakjában alkalmazott folyadék kisebb része eljutott a coecumig, nagyobbik része azonban a rectumban gyült össze, addig egyes esetekben kizárólag a rectumban maradt a klysma alakjában bevitt folyadék és a bél magasabb részleteibe egyáltalán nem hatolt fel.*

Schüle és Rieder-ével *teljesen azonos kisérleti elrendezéssel végeztem ez irányban is radiographiai felvételeket, melyek világosan mutatják, hogy a folyadéknak a colon ürében való egyenletes elosztódását csakis a magas beöntések teszik lehetővé.* Sajnos, eddigi ezen irányú radiogrammjaim a reproductiora alkalmatlanok és e miatt, valamint a kisérleti anyag nehéz beszerezhetősége miatt arra az alkalomra kell fenntartanom ez irányú radiogrammjaim közzétételét, mikor azon sokszor meglepően kedvező eredményekről fogok beszámolni, melyeket az eljárással első közleményeim óta elértem.[3]

[1] Rieder: loco cit.

[2] Schüle: l. c.

[3] *Megjegyzés a correctura végzésekor*: Ezen közlemény kéziratának szedése közben a Deutsche Med. Wochenschrift f. é. márczius 30-dikán megjelent számában *E. Rosenberg* hasonczélú vizsgálatokról számol be. Vizsgálatait *Albu* vezetése alatt végezte és kisérleti berendezése az enyémtől csak annyiban tér el, hogy a bismuthtal bélelt lágy sondákat a *Strauss-Tuttle*-féle rectoromanoskop segélyével vezette be. Daczára a sonda bevezetésére szerintem kedvezőtlen ezen körülménynek — mert én a sonda bevezethetőségére a *bél természetes helyzetét* tartom egyedül kedvezőnek — odaconcludál, hogy a sondának magas bevezetése az S romanum kezdetéig minden esetben, az esetek túlnyomó többségében annak a közepéig, egyes kedvező esetekben a Schiefferdecker-féle pontig lehetséges. És szerinte is a lágy sondának kedvezőbbek a chanceai a felvezetésre, mint minden egyébnek, beleértve a spirál-sondát is. „So weit wäre also eine directe Berieselung der Darmschleimhaut mit medikamentösen Flüssigkeiten, die ganz gewiss bedeutenderen Effect hat als ein medikamentöser Einlauf im gewöhnlichen Sinne, möglich" mondja *Rosenberg*.

Rosenberg ezen vizsgálati eredményei már kétségtelenül jelentékeny közeledést jelentenek az én most már kisérleti beigazolást nyert álláspontomhoz, szemben *Boas* intransigens állásfoglalásával.

Végül kedves kötelességem *Huber Alfréd* dr. barátomnak, ki szíves volt a felvételeket az ő Röntgen- és Finsen intézetében eszközölni, hálás köszönetemet ezen a helyen is kifejezni.

Az énekesek légzési hibáiról.

Irta: *Tóvölgyi Elemér* dr.

(Folytatás.)

A mi a hang erejét és érczes voltát illeti, az a felső mellkasi légzés mellett azért csökken, mert ily légzéskor a resonantia feltételei nagyon rosszak. A mellkas lumenének épen az a része, a mely helyes légzés mellett a resonantia növelésére szolgál, a felső mellkasi légzéskor jelentékeny ingadozásoknak van alávetve. Hol kisebb, hol ismét nagyobb ez az üreg és ezzel arányban a resonantia is jelentékenyen ingadozik. Amaz énekest, ki utólag nagy szorgalommal az alsó mellkasi-hasi légzést gyakorolja be, rendesen igen meglepi az az előnyös változás, mit hangjának erejében és tartósságában tapasztal. És az az énekes, a ki ezelőtt a rossz légzése mellett mindenféle lehetetlen müfogásokhoz nyúlt, csakhogy hangját növelhesse, most mind e kellemetlenségektől megszabadul, nem fárad és így a nézőre sem teszi az erőlködő, hanem épen a könnyedén éneklő benyomását. Mert épen a hang erejének mindenáron való növelése a legtöbb énekesnek a hibája. Pedig semmi sem hátrányosabb, mint helytelen légzés segélyével igyekezni azon, hogy minél nagyobb hangot produkáljunk Ez ássa meg a legtöbb kezdő szép hangjának a korai sirját. Nagyon tévednek pedig amaz énekesek, a kik azt hiszik, hogy minél hangosabbak, annál jobban fognak tetszeni. Nem a hang nagysága, hanem annak melegsége, lágysága és kifejező volta az, a mi az énekest művészszé avatja (J. Faure). Minek kiabálni, mondá egy neves franczia énekmester. A fortét halljuk, de a pianot figyeljük.

Végül szenved a hibás légzés mellett a hang hajlékonysága, értendő ez alatt ama tulajdonság, a melynél fogva az énekes a hangját helyesen vezetni, azt növelni avagy gyengíteni képes, a nélkül, hogy eme müveletek a hallgatóra a döczögősség benyomását tennék. Egyszóval, hogy az énekes hangján teljesen uralkodik. A trilla, a portamento, staccato, messa di voce stb. csak akkor lesz szép, ha simán és lágyan folyik és nem durván, látható erőlködések között jönnek létre az egyes hangváltozatok. A felső mellkasi légzést végezők belégzése rendesen igen hangos. Az opera egy altistanéjánál oly annyira, hogy harmincz meterre is elhallatszik. Ennek oka az, hogy a hibás légzés mód miatt az énekes nem kap elegendő levegőt és épen ezért kénytelen nyitott szájon át gyorsan és nagy erővel belégzeni.

A hasizmok, a rekesz, az alsó bordákat emelő izomcsoport az akaratnak sokkal könnyebben és gyorsabban engedelmeskednek, mint a mellkas felső részének belégző izmai és ennek egyebek között ama nagy előnye is megvan, hogy az énekes levegőjét rendkivül könnyedén és rövid pauzáknál is megújíthatja, a mire a rossz légzési mód mellett teljesen képtelen. Egy nagyobb hirü, külföldön élő énekmester a helyes légzésbe annyira begyakorolta magát, hogy a gyors staccato minden kis szünete alatt képes volt levegőjét megújítani. És tette ezt a nélkül, hogy staccatoja egyszersmind döczögőssé vált volna. Épen ez a döczögősség elkerülése, a hangnak folytonosságában és egyenletességében való megtartása ama mumus, a mely miatt némely énekes még ott sem meri levegőjét megújítani, a hol az már mulhatatlanul szükséges. Ama hibás nézet, a minek elterjedéséről J. Faure panaszkodik, hogy a hang folytonossága és egyenletes volta egyedül a kilégzés hosszaságától függ, csakis onnan származik, mert a hibás légzés mellett, a melynél minden egyes légvétel nem egy prompte, könnyedén végezett, hanem nagyon is észrevehető, aránylag hosszú ideig tartó művelet, a hang folytonosságában és egyenletes voltában minden egyes légvétel alkalmával szenved. Csupán az egyedül helyes alsó mellkasi-hasi légzés mellett lehet Faure követelményének, hogy „on peut pourtant respirer fréquemment et chanter lié et soutenu", megfelelni.

Most pedig, mielőtt a légzési hibákat tovább tárgyalnók, lássuk, hogy miben is áll tulajdonképen az alsó mellkasi-hasi légzés?

Belégzés alkalmával a rekesz leszállása folytán a has előmborodik, a mellkas alsó részét képező bordák pedig azáltal, hogy egymástól kissé távolodnak és emelkednek, a tüdők alsó részletét kitágítják. Kilégzéskor a has beesik, a rekesz és a bordák előbbi nyugalmi helyzetükbe térnek vissza.

A légzés eme fajának fő jellemvonását a hasfalak előmborodása képezi, a mi épen úgy, mint a tüdők alsó részletének a tágulása, nagyobbára a rekesz leszállása által okoztatik. A nagy hiba, mit e fajta légzési typusnál főként a férfinem részéről elkövetnek, a hasfalaknak belégzés alkalmával behúzása, a mivel rendesen együtt jár a mellkas alsó részének a megkivánt fokon túl kitágulása. Azaz röviden nem egyéb ez, mint az úgynevezett oldallégzés, a mely csaknem annyira káros az énekesre nézve, mint a felső mellkasi légzés. De míg ez utóbbi maga egy rossz légzési typus, amaz nem egyéb, mint a jónak elrontása. És ezt hangsúlyozom. Csakis a szerintem egyedül helyes ezen meghatározás alapján egyszerüsíthetjük a légzési typusoknak felosztását olyatén módon, a mint azt én cselekedtem.

A mint azt mindenki magán is tapasztalhatja, e helytelen légzést a helyesből úgy nyerjük, ha vagy a hasfalat belégzés alkalmával erősen behúzzuk, vagy a mellkas alsó oldalsó részét a túlságig tágítjuk. Az eredmény mindkét esetben az úgynevezett oldallégzés leend, miután egyik irányú műveletnek elválaszthatlan társa a második. Eme hibának rendesen azok a férfiénekesek a rabjai, a kik nagyobb hanggal akarnának énekelni, mint nékik adatott, vagy a kik részéről a leénekelendő partie hosszúsága a rendesnél nagyobb levegőquantumot kiván meg; csodálatosképen e művelettel épen az ellenkezőjét érik el annak, a mit czéloznak. Mert habár a tüdők alsó-oldalsó részébe a hasfalak görcsös összehúzódása folytán nagyobb mennyiségü levegö kerül, vagy mondjuk úgy, a tüdők erősebben tágulnak haránt irányban, a rekesz nagyobb mérvü leszállásának elmaradása folytán, azaz miután a tüdők nem szállhatnak egyúttal lefelé is, mégis jóval kevesebb levegöt kapnak, mint a helyes légzés segélyével.

Én azt hiszem, ebbe a hibába azért esnek olyan gyakran az énekesek, mert, a mint azt mindenki magán is jól észlelheti, a csalóka érzés, mi az alsó bordák túlságos kitágulásával jár, tényleg az, mintha a rendesnél sokkal több levegővel rendelkeznénk. Eme nagy nyomásérzetet azonban nem a nagymennyiségü levegö, de a maximumig kiegyenesedett alsó bordák okozzák. Az tény, hogy a légzési typus ilyetén megrontása mellett a tüdőkben foglalt levegöt igen nagy erővel hajthatjuk kifelé, de csak rendkivül rövid ideig. Ehhez teljesen hasonlóan vesz lélegzetet az olyan ember, a ki hirtelen nagyot akar kiáltani. Ezt az erőshangot azonban csakis addig képes az egyén tartani, míg a hasfalak görcsösen összehúzódvák és ha huzamosabban erős hangot akar produkálni, úgy kénytelen lélegzetét még amaz időpont előtt, mielőtt a hasfalak elernyedése megkezdödött volna, megújítani. Kénytelen tehát görcsösen és gyorsan lélegzeni, hasonlatosképen egy szaladóhoz. Könnyen belátható, hogy ily módon egy énekesnek lélegzeni rendes körülmények között nem szabad.

Ebből a hibás légzési fajtából, sokkal fokozottabb mértékben mint a másfajta helytelen légzésekből, az énekesekre még egy igen nagy baj háramlik: a hangnak a legfőbb megrontója, a coupe de glotte, azaz kemény hangütés. A coupe de glotte a kiséröje minden erős kiáltásnak, köhögésnek, szóval mindama müveletnek, hol a tüdőből kiáramló levegő nagy erővel töri át a hangszálagokat. Hasonló ez ahhoz, mint midőn egy túlfeszitett kazánból a gőzt hirtelen kibocsátjuk. Az első pillanatban oly erővel tódul ki, hogy mindenféle salakot magával ránt. Ugy a felső mellkasi, mint minden másfajta helytelen légzésnél eme „coupe de glotte“ főokát az képezi, hogy az illető a hangrést záró izmokat erősen actioba helyezi, azon czélból, hogy a levegöt, melyet a belégző izmokkal a maga teljességében visszatartani képtelen, avagy legalább is túlságosan a terhére esik, a glottis adductorainak a segitségével is fogva tartsa. Az itt elmondottakat tudtommal eddigelé még senki nem részesitette figyelemben. De ebből a tényből következik még egy másik, szintén nem igen hangoztatott tétel, *hogy a kemény hangütés eme fajának úgyszólván egyedüli oka a levegönek a hangrést záró izmokkal való visszatartása, avagy világosabban, egy mély belégzés utáni szünet zárt hangrés mellett.*

A kemény hangütésnek egyebek között igen nagy hátránya, hogy az egyént sokszor köhögésre ingerli. Vajjon ki ne tapasztalta volna ezt már magán egy-egy erősebb kiáltás után? Ennek magyarázata az igen erős nyomás alatt kitóduló levegönek a légcső és garat nyákhártyájára gya-korolt izgató hatásán kivül az is, hogy az esetlegesen mélyebben fekvő váladékot tovasodorja és ezáltal is ingerli a felső légutak nyálkahártyáját. Lassanként kifejlödik egy hurutos állapot, a miben nagy része van a kemény hangütésnek is. Hovatovább ez a hurutos állapot annyira fokozódik, hogy az énekes, valahányszor csak az énekébe kezd, mindannyiszor egy jót köszörül előbb a torkán. Hiába is adjuk neki a tanácsot, hogy ne krákogjon, mert az igen ártalmas; a felelet rendszerint az, ha nem krákogok, úgy nem tudok énekelni, mert fátyolozott a hangom. Ha az ily énekesnek megnézzük a gégéjét, olyan képet fogunk látni, mint a melynek a prototypusát egy nagyobb énekes szinházunk baritonistájánál észleltem. A hangszálagokon apró szürkés színü kis nyáktömegek láthatók, de a melyek hangadásnál soha nem fogják a Musehold által oly szépen és pontosan leirt elrendeződést mutatni, miután a váladék vízszegény, tapadós, kocsonyaszerü. Hangadásnál ez a váladéktömeg a hangszálagokkal együtt rezeg, de helyéről nem távozik. Ha netalán a két hangszálag érintkezési széleire kerül, úgy belégzés alkalmával mint egy vékony hidacska húzódik át egyik oldalról a másikra, annyira kompakt összeállású. A váladék vízszegénységét és a nyákhártya eme kiszáradását az is elősegíti, hogy a legtöbb énekes a hibás légzés mellett még egyúttal nem is az orrán, hanem folyton a száján át vesz lélegzetet. Az e fajta beteges elváltozás úgy az énekesnek, mint az orvosnak is a legtöbb gondot okozza, miután tapasztalásból mondhatom, hogy talán egy hurutos elváltozás sincs, mely a szerelésnek oly makacsul ellentállana, mint épen ez. Az ecsetelés, történjék az bármivel is, nem annyira javit, mint inkább izgat. A belégzések is csak múló könnyebbülést okoznak, sőt mondjuk, ha a beteg a legszigorúbb szabályok szerint pár hónapot tölt teszem azt Reichenhallban és innen látszólag javulva távozik, a mint rendszeres énekgyakorlatait elkezdi, azon mód a bántalom is újból előáll. Csakis a helyes légzésnek pontos elsajátítása és ezzel együtt a kemény hangütés leszokása segithet ilyenkor.

Végeredményben tehát, mindent összefoglalva kimondhatjuk, hogy az énekesnek egyedül az alsó mellkasi-hasi typus szerint szabad lélegzenie, a következő okokból:

1. A resonantia a legteljesebb.
2. A hasizmok és a rekesz az akaratnak a leggyorsabban és egyszersmind a legnagyobb könnyedséggel engedelmeskednek.
3. A légzésnél szereplő többi izom munkája is jelentékenyen könnyebb, annyival is inkább, miután e helyes légzésnél nem annyira a mellkasfal tágulása, mint a rekesz leszállása szerzi meg a szükséges légmennyiséget.
4. A hangszálag adductorai nem lesznek megerőltetve.
5. A kemény hangütést kikerülhetővé teszi.
6. A kiáramló levegő nem durva lökések alakjában, hanem a szükséghez képest meggyengítve, megfinomítva kerül a hangszálagokhoz.
7. A légvételi mellkasmozgások, melyek énekesnél igen csunyák és az erőlködés benyomását teszik, nem láthatók, legalább is nem oly mértékben, mint a felső mellkasi légzésnél. Igy Rubini négy perczig énekelt úgy, hogy daczára az erre erősen figyelő Lablach egyszer sem tudta megállapitani, hogy az énekes mikor vett lélegzetet. Megjegyzem, hogy nálunk első müintézetünknél, az Operánál egy kitünő sopran énekesnön kivül, a többi mind a felső mellkasi légzést végezi, és ez, sajnos, már felületes figyelem mellett is nagyon constatálható. Ugy mozog a mellkasuk, mint a hullámzó tenger vize.

Hogy eme hetedik pontot érthetővé tegyem, Hellat szellemes magyarázatát idézem. Szerző ama müveletet, a melynél fogva a hasizmok a beleken keresztül hatnak a rekeszizomra, a vasúti kocsik ütköző rendszeréhez hasonlitja, azaz más szóval azt akarja ezzel mondani, hogy az akaratnak prompte engedelmeskedő és az esetlegesen aránylag durva hasizomösszehúzódást, a minek egy a hangrés felé durván kitérő légoszlop volna a kifolyása, a közbeneső belek felfogják és megfinomitva adják tova.

És végül a 8. pont, a mely szerint a helyes légzési módnál a légmennyiség, melyet a tüdőbe befogadhatunk, a legnagyobb és még hozzá a hangképzéshez minden része felhasználható. Ez irányban különben eléggé érdekesek vizsgálataim eredményei, a melyek azt mutatják, hogy mindazon énekeseknél, kik légzési hibában szenvednek, a tüdők légfoghatósága szerfelett kicsiny, kisebb, mint más foglalkozást üző egészséges egyéneknél, holott épen megfordítva kellene lenni. A Királyszinház egy baritonjánál 2250 cm^3, a Népszinház egy baritonjánál 1700, egy másiknál 2700, egy szintén oda tartozó tenoristánál 2600, a budai szinkör egy tenor buffojánál 2900, ugyanott egy soprán énekesnőnél 2000, a Népszinház egy volt primadonnájánál 1500 és így tovább, holott rendes viszonyok között 3500–3800 nak kellene lennie, sőt én magam elég könnyedén felviszem 4200-ra is, a nélkül — és ezt hangsúlyozom — hogy gyakorolnám magam e müveletben.

Guttmann szerint az énekművésznél 3500-tól 4500 cm^3-ig kell a tüdők légfoghatóságának terjednie.

Az előbb említett énekesek némelyikénél, a kik ez idő óta nagy szorgalommal elsajátitották a helyes légzést, öt-hatszáz cm^3-rel emelkedett a capacitás. Sajnos, ez irányban még nem rendelkezem elegendő tapasztalattal, miután az énekesekkel nem igen lehet megértetni, hogy mily fontos a helyes lélegzetvétel. A legtöbbnek egyáltalán arról sincsen fogalma, hogy a légzésben egyáltalán hibák is előfordulhatnak, pedig Mandl, a párisi conservatorium docense már 1855-ben constatálta, hogy azok a tanulók szenvedtek leggyakrabban a különféle hangzavarokban, a kik rossz methodus szerint lélegzettek. Azt hiszem, hogyha Mandl napjainkban Budapesten végezne hasonló vizsgálatokat, igen meg lenne akadva, mert a növendékek között ugyan egyet sem találna, a ki helyesen lélegzik. Vannak ugyan nálunk is egyes énektanárok, a kik hallgatóikat arra figyelmeztetik, hogy a hasi légzés a czélszerü, hanem ennél tovább már nem igen mennek. Azt, hogy ez a fajta légzés miben áll és hogyan kell azt elsajátítani, a legtöbben közülök nem tudják, de nem is törődnek vele, azon hiedelemben élve, hogy a hangképzéshez az énekgyakorlaton kivül minden más mellékes. Mindazonáltal én az énektanárokat nem hibáztatom, hanem igenis a rendszert. Az énektanár szerintem sohasem fogja a helyes légzésre megtanítani a növendékeit, mert ehhez physiologiai és anatomiai ismeretek szükségesek.

Csupán curiosumképen, miután nem is tartozik egészen ide, említek egy esetet. Pár év előtt egy általánosan ismert és igen jó hirben álló énektanár hozta el hozzám egyik növendékét. A mint vizsgálat czéljából a gégetükröt a láng fölé helyeztem, így szólt hozzá: „látja, a doktor úr most a tükröt desinficiálja, értek ám én ehhez is“.

Hogy az énektanárok, ha tanítják is növendékeiket a helyes légzési módra, azt hibásan teszik, abban sok minden más mellett nagy része van az ez irányban rendkivül pongyolán megirt szakkönyveknek is. Igy Hellat Sonkinak, egy pétervári orosz énektanárnak a könyvéből idézi a következő sorokat: „A légvételnél az izomműködés a következőkre van hivatva: a légzést erősíteni, a kilégzést meglassítani, fenntartani. Ide tartoznak egyes izmok, a melyeknek hivatása a bordáknak kilégzési helyzetben való rögzítése. Ilyen izom a diaphragma.“ Mutatónak ennyi is elég.

Lehmannn Lili „Meine Gesangskunst“ czimü könyvéből idézem a következő sorokat. Az önönmagának feltett kérdésre, wie athme ich jezt? így felel: A rekeszt alig húzom be (Ich ziehe bewusst kaum ein), a hasat sohasem érzem, a mint a levegővel a tüdőm megtelik és a felső bordák tágulnak. A nélkül, hogy a mellkast emelném, a levegőt mellem felé hajtom és ott erősen fogva tartom. (Ohne die Brust besonders zu heben, treibe ich den Athem gegen die Brust und halte ihn so hier fest.) Egyidejüleg a szájpadot emelem, hogy ezáltal a levegő az orron át el ne illanhasson. A továbbiakat kénytelen vagyok eredeti szövegében idézni. „Das Zwerchfell stemmt sich unten dagegen, und bildet die Bauchpresse. Brust, Zwerchfell, der geschlossene Kehldeckel, und der erhöhte Gaumen bilden eine Vorrathskammer für den Athem.“ Hát ettől nem egy orvos, de egy jól nevelt énektanár is rosszul lesz. Az egész mü, ha ugyan annak lehet nevezni, ily módon folyik tovább. Az ember igazán nem tudja, hogy nevessen-e vagy bosszankodjék? Valósággal a naivságig megy, midőn például a rekedtség ellen szolgál tanácsokkal egy Niemann Albert nevü tenor énekesnek. A párbeszédekbe öltöztetett tanács így hangzik: Niemann. Mit csinálsz, ha rekedt vagy? Lehmann. Ó, én gyakorlom magam, hátha mégis megy. N. És mit gyakorolsz? L. Lassú nagy skálákat. N. És ha még akkor is rekedt maradsz? L. Hja ha énekelni akarok, vagy pedig kell, hát mégis megpróbálom. A szegény Niemann erre azt kérdezi, na hát hogy megy az, mutasd meg. Erre következik egy másik fejezet, eme hangzatos czímmel: „Die grosse Skala, das unfehlbare Mittel“.

Ime ez lesz az énektanárból, ha orvos is akar lenni. Vannak azután olyan szakkönyvek is, a melyek igen röviden, pár szóban említik, hogy mi a helyes légzés, de ezt is helytelenül teszik. Igy például Sieber zenetanár „Katechismus der Gesangskunst“ czimü könyvében: „Belégzésnél a mellnek lassan emelkedni és a bordák segélyével elő- és oldalfelé tágulnia kell, míg a rekesz összehúzódása a levegőnek a tüdőbe való behatolását még jobban elősegíti.“ Krüger Albrecht énektanár szerint pedig éneknél a mély légzés, beszédnél és coloraturánál az oldallégzés a helyes. J. Faure „La voix et le chant“ czimü müvében, a mely pedig az összes hasonlók között nézetem szerint a legjobbnak mondható, megelégszik annak a kimondásával, hogy a hasi légzés előnyben részesitendő a mellkasi felett. (La respiration abdominale, qu'on doit préférer à la respiration thoracique.) Ármin György, a ki a „Stimmbildner“ hangzatos czimet választotta magának, minden más szakembert tönkre silányít, mondván: „Die Irrlehren behaupten, das richtige Athmen bilde den echten Ton, wärend umgekehrt nur das Feststellen des echten Tones allmählich die exakteste Athmung von selbst ergibt.“

Mielőtt e fejezet tárgyalását befejezném, szólanom kell még ama légzési hibákról is, a melyek habár a rossz légzési methodusból következnek, mégis némi tekintetben bizonyos önállóságot mutatnak.

Az énekes sok légzési visszaélése között egyik legszembetünőbb és ezért igen fontos körülmény az, hogy a legtöbb vagy nem képes reá, vagy nem is tudja, hogy énekének melyik részletében és mily mennyiségben újíthatja meg levegőjét. Pedig a nézőre semmi sem tesz kinosabb benyomást, mint egy olyan énekes, a ki éneke közben szemmel láthatólag, hogy úgy mondjam annyira kipumpolja magát, hogy szinte kapkod azután a levegőért.

Következik ez a hiba abból az okból, hogy az illető énekes soha sincsen tisztában a rendelkezésére álló levegő mennyiségével, azt vagy idő előtt már elhasználja, vagy a túlságig fukarkodik vele.

Hol az arra való pausákat nem használja fel légvételekre, hol meg a rövid pausákban tesz mély légvételeket, mit természetesen a rendelkezésére álló idő rövidsége miatt csakis úgy vihet keresztül, hogy nyitott szájjal csak úgy habzsolja befelé a levegőt.

(Folytatása következik.)

Tárcza.

A Syveton-ügy.

(Vége.)

Pouchet és mások ily értelmü nyilatkozatai burkoltan bár, de azt a feltevést erősitették meg a közvéleményben, hogy Syvetont előbb valami bódító méreggel megfosztották szabad elhatározási és mozgási képességétől, s mindenki feketekávéra s morphinra gondolt. Pouchet-t különben a vizsgálóbiró azonnal meghivta a szakértők közé, kiknek száma hasonló módon — politikai affaireről lévén szó — még tovább is gyarapodott.

Ily körülmények között nem csuda, ha az özvegy — kire a gyanú irányult — a családi dráma teljes feltárásával igyekezett megindokolni az öngyilkosságot. Mindnyájan megdöbbenéssel hallottuk e dráma undoritó részleteit, legkivált a nationalisták, kik martyrjuk emlékét látták ebben semmivé foszlani. A gyanun azonban ez sem nem fordított, sem nem könnyített, sőt most már kettőzött erővel fordult az az özvegy és a Ménard-házaspár ellen.

Feszült érdeklődéssel várta mondhatni egész Franczia ország, sőt a külföld is a belrészek vegyi vizsgálatának eredményét, és mi a prefectura laboratoriumában lázasan dolgoztunk.

Az Ogier által vezetett vizsgálatok menetét — bár a rendestől alig eltérő — röviden ismertetem: Fémmérgek keresésekor a kénhydrogennel savanyú oldatból nyert csapadékot két részre osztottuk, s az

egyikben csak az arsent és antimont (Marsch készülékével), a másikban a többi mérges fémet kerestük. Réznyomokat találtunk, mást nem.

Illó mérgek — különösen CNH keresésére — a hullarészek ugyanezen részlete szolgált még az oxydálás előtt, de negativ volt a vizsgálat.

Növényi mérgek keresésekor eljárásunk a következő volt: A hullarészeket borkősavas alkohollal 50° mellett több órán át digeráltuk, kisajtoltuk, a nyert folyadékot megfiltráltuk és vacuumban 50°-ot meg nem haladó hőmérséknél egy nagy lombikban szörpsűrűre bepároltuk. Absolut alkohollal kezelve és megszűrve, ezt az oldatot újra vacuumban pároltuk le, és ismét kevés absolut alkohollal kezeltük, megszűrtük s 100 cm³ vizet adva hozzá, vacuumban az alkoholt elűztük, s a savanyú vizes oldatot szűrés nélkül a rázópalaczkba öntöttük. Eltérés itt az általános szokástól annyiban van, a mennyiben rendesen az alkoholos, de vizet is bőven tartalmazó kivonatát a hullarészeknek a legtöbben az alkohol elűzése után, már a műveletek legelején meg szokták filtrálni a zsírok és gyanták miatt.

Ogier szerint ezzel a vízben rosszul oldódó glycosidoknak, miket a zsír könnyen magában tart, nagy részét elveszítjük. Tudva azt, hogy a zsíroknak és gyantás anyagoknak, festékeknek is legnagyobb része az absolut alkohollal való ismételt kezelés segélyével eltávolítható, tényleg felesleges is ezen veszélynek kitenni magunkat.

A kirázásokat aetherrel végeztük; natrium hydrocarbonattal alkalizáltunk; a morphint amylalkohollal vontuk ki, és ebből ismét 2—3 cm³ híg sósavval ráztuk ki azt, a mit hideg-vacuumban elpárologtattunk és a maradékot vizsgáltuk.

A savanyú rázadék vizsgálata digitalinra úgy chemice, mint physiologice negativ volt.

Az alkalikus rázadék maradéka csaknem teljesen ptomainmentes, J + JK-mal, Hg J + JK-mal alig ad csapadékot, a mi a hulla *igen* friss voltára mutat, mert rendes körülmények között a hullarészek vizsgálata esetén mindig kapunk több-kevesebb ptomain-reactiót.

Megejtettek a következő reactiók:

1. Salétromsav (1·4) (morphin, brucin, colchicin).
2. Alkoholos K OH a salétromsavval beszárított maradékra (atropin).
3. Ammonium-sulfovanadat (strychnin).
4. Natrium-sulfomolybdat (morphin).
5. Ammonium-sulfoselenit (codein, morphin).
6. Ferrum sesquichloratum (morphin).
7. Tömény kénsav (narcotin, veratrin).
8. Tömény kénsav és czukor (veratrin).
9. Jodvíz (narcein).
10. Injectio tengerimalacznál, egérnél, békánál teljesen hatástalan.

A hullarészek harmadik részletében chloroformra vizsgáltunk a következő módon: A péppé vágott hullarészek egy lombikba helyeztettek, s ezen keresztül chloridoktól megtisztított levegőt szívattunk, mialatt a lombikot 60°-on tartottuk. A lombikból eltávolodó gőzök egy vörös izzásig hevített porczellán csövön, s végül egy ezüstnitráttal töltött mosóüvegen haladtak keresztül: ez utóbbi azonban hosszabb idő alatt sem zavarosodott meg, még akkor sem, ha a hullarészekre tömény nátronlúgot öntöttünk, mi által chloral jelenlétét is kizárhattuk.

Sulfonalra, trionalra is külön részletben kutattunk, alkohollal vonván ki azt a hullarészekből, filtrálás, ledestillálás és aetherrel való kirázás után ennek maradékával a mercaptanreactiót igyekeztünk megkapni, cyankalival hevítve, de eredménytelenül.

Ezen bódítókra a bíróság meghagyásából különös figyelemmel kellett lennünk.

Az ezen vizsgálatról szóló szakvéleményt 1904. deczember 17-dikén signálta Ogier, s míg egyfelől teljes határozottsággal leczáfolta annak az itt is, ott is hangoztatott gyanúnak a valószínűségét, a mely szerint Syvetont valami fulminans hatású méreggel, pl. cyannal vagy aconitinnel megölték volna és csak utólag, bűnleplezés czéljából helyezték volna fejét a kandalló gázkályhájára, másfelől őszinte nyiltsággal bevallja, hogy minden igyekezet daczára sem volna képes a belrészekben morphint kimutatni, ha az 0·01—0·02 grammnyi mennyiségben injectio alakjában jutott volna a szervezetbe, sőt még a gyomorba vitel esetén is igen kétes volna a kimutatás lehetősége.

Valóban resteltem, hogy a fentebb említett, cyankalival való gyilkolás gyanújának legfőbb képviselője, feltámasztója és terjesztője egy orvos, tehát egy a publicum szemében a dologhoz értő ember volt: Barnay dr., Syveton sógora. A dolog absurditása nyilvánvaló: hogy halmozódhatott volna fel egyáltalán szénoxyd a vérben, ha az illető már nem élt és nem lélegzett, midőn a gázcsövekre helyezték!? Pedig a Syveton vérében talált 17·8% nem is 5—10 percz alatt — hogy egy halálküzdelem rövid és főleg asphyxia által jellegzett időtartamát említsem —, de legjobb esetben ½—¾ órai alapos belégzés után gyülhetett csak össze, mert hiszen nem tiszta gázt lehelt be és nem a levegő teljes kizárásával. És mégis, daczára neves toxicologusok és szakértők ily értelmű nyilatkozatainak, a közvélemény e tekintetben nem tudott megnyugodni, s akadt chemikus is, a ki a következő reactioval CNH + H₂O = CO + NH₃ segélyére siet Barnaynak, ki makacsul ragaszkodik eszméjéhez, és most már azt állítja, hogy a vérben észlelt szénoxyd a bekebelezett nagymennyiségű cyanhydrogenből származott, és hogy Syvetonné a mérgezett által kilehelt (?!) ammonia miatt szellőzött. Igazán mulatságos, de egyszersmind boszantó volt a sajtó toxicologizálását olvasni napokon és heteken át!

A vizsgálóbiró azonban nem befolyásoltatta magát e találmányok és mesék által, ellenben Pouchet ellenvetéseivel, az öngyilkosság lehetőségének vagy lehetetlenségének kérdésével komolyan foglalkozik, és foglalkoztatja a szakértőket.

1904. deczember 24-dikén Périssé és Debrie épitészmérnökök ez ügyben a következő szakvéleményt adták be a bíróhoz:

1. *Feltevés*: Syveton normalis állapotú, és szabad akaratának, szellemi és testi képességeinek teljes birtokában van.

Ezen esetben nyilván lehetséges, hogy fejét ő maga borította be egy újsággal, sőt ő maga dughatta az újságokat a kandalló felhúzott ernyője és a Fondet-gázkályha horizontalis csöve közé; mindezt a czélból, hogy az öngyilkosság kivitelére kedvezőbb körülményeket teremtsen (bárha ebben csalódott is).

Arra a kérdésre nézve, hogy lehető-e, miszerint Syveton a felesége által leirt helyzetben találtatott (feje a gázkályhán egy újsággal beburkolva) a halál után, a szakértők nem érzik magukat competenseknek a válaszolásra, mert az az élettan és méregtan körébe tartozik.

2. *Feltevés*: Syveton abnormalis állapotban van saját akaratából; védekezési képességétől meg van fosztva valami idegen hatás következtében, vagy akaratereje lényegesen le van csökkentve bizonyos hatékony anyag bekebelezése folytán. Ily állapotban helyezi fejét a gázcsövekre.

A hulla helyzete és az öngyilkosság megkönnyítése megengedhető ez esetben, de Syveton nem tudta volna fejét még egy újsággal is gondosan betakarni, és a kandalló nyilását eltömni. (Ugyan még a bódító anyag bevétele előtt, vagy hatásának beállta előtt mindkét dolgot megcselekedhette, és ily helyzetben várhatta be a bódulatot.)

3. *Feltevés*: Syveton idegen kéz erőszakának áldozata volt, vagy egy tudtán kivül neki beadott méreg teljesen megfosztotta akaratától.

Ezen esetben nyilván nem tudta maga beburkolni a fejét, s nem tudott volna úgy elhelyezkedni, a mint Syvetonné találta: tehát az öngyilkosság ez esetben kizárt, s meg kell engedni a gyilkosság lehetőségét.

A véletlen eshetőség azonban minden körülmény között ki van zárva.

A 3. feltevés volt a közvélemény kedvencze is, és minden körülményt és alkalmat megragadtak a sajtó emberei, hogy ama bizonyos mérget megtalálják, a mivel Syvetont megfosztották szabad rendelkezési képességétől. Igy terelődött a figyelem Syveton dohányára, pipájára, szivarjaira, cigarettáira, sőt még a kandalló sarkán talált félig elégett czigarettára is. Ezeknek analysisein is át kellett esni, természetesen valamennyi negativ volt. A pipában talált félig elégett dohány különös figyelemmel elemeztetett, mert Ménardnál időközben házkutatást tartottak és megtalálták nála egy chemikusnak a levelét, a melyben a cyankáliról és oxalsavról értekezik, mint méregről. Ménard helyzete nagyon kritikus lett a további házkutatások folyamán. Deczember 26-dikán egy üveg cyankálit foglalnak le nála, melynek barnás színe több hónapi bomlásra mutat. Széndioxyddal való neutralizálás után jodoldattal megtitrálva cyantartalma 2·04%-ban állapittatott meg. Deczember 29-dikén megtalálják nála a morphinos üveget, melyben 5 cm³ folyadék van (17 cm³ űrtartalmú). Ennek száraz maradéka fehér, jegeczes, violaszínű lesz natrium sulfomolybdatra, olivzöld ammonium sulfoselenitre, zöldeskék ferrichlorid hozzáadására és a jodsavat redukálja, tehát morphin. 1 cm³ 0·024 gm.-ot tartalmaz.

A sajtó őrjöng örömében, hogy megtalálta a méregkeverőt. Vannak a kik az oxalsav hivei, mások a morphinra gyanakszanak, sőt olyan lap is akad, a mely szerint Ménard mind a három mérget igénybe vette, hogy Syvetont az asszonyokkal egyetértésben elpusztitsa. Az oxalsavnak parázsszal égő szén (pipadohány) jelenlétében való bomlása theoretice szolgáltathatott is szénoxydot

$$\begin{matrix} CO\,.\,OH \\ CO\,.\,OH \end{matrix} + C = 3\,CO + H_2O,$$

de egyrészt Syveton pipájában nem találtatott oxalsav, sem más idegen anyag, másrészt ily irányú kisérleteim azt mutatták, hogy az oxalsav legnagyobb része az égés hőfokánál változatlanul elillan, s annyira kaparta volna a dohányzónak nyelvét, torkát, hogy az feltétlenül észreveszi a turpisságot. Oxalsavba áztatott és megszárított dohány égéstermékei közt nincsen több szénoxyd, mint a mennyit egy rosszul égő pipadohány rendesen szolgáltatni szokott.

Bizony csak ügygyel-bajjal tudott Ménard úr kimenekülni a gyanú vaskarmai közül, azt állitván, hogy a morphint orvosi rendeletre feleségénél szokta néha alkalmazni, míg a cyankálit még st.-étiennei tartózkodása alatt, pár hónapos házas korában vásárolta öngyilkossági szándékból. Mindkét állitását bizonyitani tudta; az utóbbit egy fiókjában talált búcsúzólevél is igazolta.

Szakértői szempontból most már nem maradt egyéb hátra, mint annak eldöntése, hogy a leirt körülmények és helyzet között lehetséges volt-e, hogy Syveton magát önszántából megölje? Pouchet erősen állitotta ennek lehetetlenségét, s azt vélte, hogy Syvetont előbb meg kellett hogy foszszák mozgási képességétől, mert különben nem maradt volna meg veszedelmes helyzetében. Másfelől a szénoxyd igen magas percentjét sem fogadta el máskép lehetségesnek, mint hogy a légző-centrum szénsav iránti érzékenysége valami bódító (morphin) által lecsökkentetett, s a mérgezett igy tovább birta az asphyxiát és hosszabb ideig légzett be szénoxydos levegőt. Sajátságos, hogy a magas percentre nézve analogiát a toxicologiai laboratorium nem tudott felhozni, daczára a Párisban igen gyakori szénoxydmérgezéseknek. Ez oldalról tehát támaszt nem kapván, a vizsgálóbiró analog állatkisérletek végzésére hivta fel a szakértőket. E kisérletek lettek volna hivatva azt bizonyitani, hogy egy morphinozott állat tovább birja a gáz belégzését és igy vérében több szénoxyd halmozódhatik fel, mint egy normális állat vérében. Sajnos, e kisérletek — melyek mind a helyszinén, a Syvetonéval azonos helyzetben ejtettek meg — absolute semmit sem bizonyitottak.

Deczember 26-dikán egy normális kutya (9500 gm.) vérében 55 percznyi belégzés alatt 10·4 térf. %, egy másikéban (10,200 gm.) 55 percz alatt 7 térf. % CO volt kimutatható; míg ugyanekkor egy 6000 gm. súlyú, morphinnal bóditott állat 10 perczig féminhaláló segélyével légezve be a gázt, ez idő lefolyása után már megdöglött és vérében 9·2 térf. % találtatott.

A január 3-dikán megejtett két kisérlet még váratlanabbul ütött ki: egy 21,300 grammos állat a gázkályhára kötözve, erős védelmi mozdulatok, defaecatiók, vizelések közben 19 percz alatt mult ki, s vérében 12·2 térf. % volt. Egy 24,300 grammos kutya 0·03 gm. morphintól teljesen bódult, de azért fejét minduntalan el akarja emelni, s oda kell tartani. Más védelmi mozdulatokat nem tesz, 47 perczig él és vérében csak 7·5 térf. % CO találtatik. Az első állat állandóan igen mély belégzéseket tett, míg ez utóbbi felületesen lélegzett.

Természetesen ez állatkisérletek izgalomban tartották az egész várost, de különösen az állatvédőket, kiknek ez egyszer teljesen igazuk is volt, mert ily óriási hibaforrásokkal csak megközelitő pontosságú kisérleteket sem lehet végezni. Január 2-dikán egy amerikai miss meg is jelent a helyszinén, hogy megakadályozza azok kivitelét, de szerencsétlenségére elhalasztották a kisérleteket másnapra, s addig a miss vállalkozási kedve is lelohadt.

E közben egy pár véletlen és öngyilkossági eset segélyére jött a szakértőknek és a birónak véleményük megalkotására. 1904. deczember 22-dikén Rouenban S . . . kisasszony úgy vetett véget életének, hogy egy rövid gázvezető kaucsukcsövet vett a szájába, a feje alá — hogy ezt elérhesse — egy lábmelegitőt tett, s igy feküdt holtan a konyhában a gázóra mellett, midőn halva találták. A legcsekélyebb convulsio vagy védelmi mozdulat elég lett volna arra, hogy veszedelmes helyzetéből szabaduljon. Vérének analysise ismeretlen. 1905. január 6-dikán Armentièresben V . . . kisasszony gázömlés következtében meghalt, s vérét már mi analyzáltuk s abban nagy diadallal 17·6 térf. %-ot találtunk. Január 7-dikén pedig egy Párisban történt hasonló eset alkalmával Mr. Spantz vérében 12·6% találtatott. Ez utóbbi érdekes véletlen útján járt szerencsétlenül. Gázlámpája és egy nagy kutyája okozták vesztét. Este ágyában hordozható gázlámpája mellett olvasott és elaludt. A lámpa kaucsukcsöve a földön húzódott a gázkályhán alkalmazott tömlőcsapig. Ekkor nagy dogja bejött a szobába és reáfeküdt a kaucsukcsőre, mire a lámpa kialudt. Kis idő mulva a kutya felkelt és kiódalgott a szobából, a biztos halál prédájául hagyván gazdáját.

A szakértők utolsó, nagy rapportjukban, a melyet mindnyájan aláirtak, ezekre az esetekre is hivatkoznak és igy nyilatkoznak: „Kétségtelen, hogy az ily öngyilkossághoz nagy akaraterő kell: ellent kell állani az önkénytelen védelmi mozdulatoknak, sőt még a convulsióknak is. De ezek nem mindig egyenlőek, sőt hiányozhatnak is. Igy a két nem morphinozott kutya közül az egyik hevesen védekezett, a másik alig. Sokszor egy irrespirabilis gáz hirtelen és töményen való belehelése rögtönös bénulást okoz, a mi az egyént megfosztja ellentállásától. Az egyéniséggel is számolni kell: igy pl. figyelemre méltó, hogy Syvetonnál sem defaecatio, sem vizelés nem észleltetett, pedig ez nagyon kivételes eset. Utalnak azután a három említett mérgezési esetre és végül igy nyilatkoznak:

„Ezen kisérletek és észlelések alapján megengedhető az a következtetés, hogy Syveton úr megölhette magát azon körülmények között, a mint azokat Syvetonné asszony leirta."

Pouchet itt is még tiltakozik a nagyon is határozottan nuanceirozott „*lehetőség*" ellen, mig ő előtte az csak hypothetikus charakterűnek tünik fel. Ez azonban már mégis határozott visszavonulás Pouchet részéről, a ki a roueni és az armentièresi esetek folytán elvesztette a talajt a lábai alól.

Mind egyetértenek a szakértők arra nézve, hogy egy hirtelen beálló bénulás nagyban könnyitette volna a mérges gáz belégzését. Ugyanez áll arra az esetre nézve is, ha ő akarattal vagy akarata ellenére is valami narcoticumot vett volna be.

A bíróság felhivására elősorolják azokat a narcoticumokat, a miket bevehetett volna, és a miknek nyomait nem lehetett volna kimutatni, egyrészt mert nincsenek nagyon jellegző reactiók, másrészt mert mélyreható változást szenvednek az organismusban, de a melyeknek medicinalis adagja elegendő lett volna a kivánt bénultság előidézésére.

Ezt a gyanút tehát meghagyták örökösnek a szakértők, s nem oszlatták — de nem is oszlathatták — el azt a kételyt, hogy Syvetont neje vagy hozzátartozói valami bódító épen szükséges adagjával megfosztották önrendelkezési képességétől, és úgy helyezték veszedelmes és halálthozó helyzetébe. Nehéz azonban elképzelni, hogy egy gyenge nő — mert hiszen csak az asszony volt az elhalttal egy fedél alatt aznap — miként tudott volna hatalmas urának akarata ellenére morphin-injectiókat adni, vagy chloroformot vele belégeztetni, valamint azt is észrevette volna Syveton, ha feketekávéjában valami idegen anyag lett volna.

De meg ezenkivül Syvetonnénak egy hatalmas fegyvere is volt, hogy elhárítsa magáról a gyanút: az, hogy indokoltá tudta tenni urának öngyilkosságát moralis okokból. Az eleinte rágalomnak tartott szörnyű dolgokból, fájdalom, sok megtörtént, valóságnak bizonyosodott be úgy a biró, mint a nagy publicum előtt is és Syveton politikai martyromsága ma már csak egy szétfoszlott ködfátyolkép, a mit csak az ultranationalisták látnak. Syveton — orvosi szemekkel nézve — egy rendkivül szenvedélyes, esékeny idegrendszerű, szerencsétlen impressionista volt, a ki mint a hogy a magára és politikai pártjára nézve legrosszabb pillanatban volt képes arczulütni az ősz hadügyminisztert, mert e nélkül még aznap megbukik a Combes-ministerium, épen úgy megtehette azt is, hogy egy lezajlott családi dráma után, a melyből menekvést nem tudott találni, leszámoljon az élettel. Igaz ugyan, hogy másnap legnagyobb politikai diadalát ülte volna, de vajjon nem volt-e tudomása róla, hogy ellenségei épen ezt az alkalmat akarják felhasználni arra, hogy őt családi szennyesének nyilvánosságra hozásával erkölcsileg tönkre tegyék. Ki tudja! Ki ismeri az események igazi fonalát? Iustitia vak vagy!

Vámossy Zoltán dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A rák aetiologiája.

A berlini orvosegyesület legutóbbi néhány ülésének napirendjét a rák aetiologiájának tárgyalása foglalta le. Három neves búvár: *Orth*, *Hansemann* és *Leyden* előadásai kapcsán élénk vita indult meg e tárgyról, a mely vita ha nem is hozott új eszméket felszinre, a nézetek jelen állásának élénk feltüntetése útján mégis hozott hasznot. Nem lesz tehát felesleges, ha a három előadást és a hozzájuk fűződött eszmecserét az alábbiakban lehetőleg röviden megismertetjük.

Orth (előadása egész terjedelemben a Berliner klinische Wochenschrift ez évi 11. és 12. számában jelent meg) végső következtetéseit a következő pontokban foglalja össze:

1. A lényeget minden rákban, legyen az elsődleges vagy másodlagos, a ráksejtek teszik; ráksejtek nélkül nem képződnek rákmetastasisok.

2. A metastasis-képződés magyarázatában nincs szükségünk parasiták felvételére; teljesen megfejthető az fejlődésre képes ráksejtekkel is.

3. A rákmetastasisok nem hozhatók analogiába a metastatikus genyedésekkel, gümőképződéssel avagy egyéb infectiosus granuloma-burjánzásokkal; ennélfogva per analogiam nem vonható következtetés a rák parasitaer keletkezésére.

4. A ráknak más individuumra sikeres átvitele a parasitaelmélet nélkül is megmagyarázható, mint átvitt sejtek útján közvetített metastasis más egyénen.

5. Mindaz, a mit a rák parasitáiról eddig irtak, távol áll attól, hogy tudományos elméletek alapját képezhesse.

Hansemann szerint (előadása egész terjedelemben szintén a Berliner klinische Wochenschrift-ben jelent meg) a rák aetiologiájának kérdése bátran el volna napolható, mert erre vonatkozólag úgyszólván még semmit sem tudunk. De azért mégsem egészen felesleges vele foglalkozni, mert újabban több olyan közlemény jelent meg, mely a ráknak parasiták által létesítését mintegy ténynek állítja oda.

A rák aetiologiájára vonatkozólag felállított hypothesisekben általában három irányzat domborodik ki: a fertőzés, az öröklés és a trauma.

Ujabban legelterjedtebb a fertőzés elmélete. Ennek kezdete még a bakteriumok ismerete előtti időre visszavezethető; már *Arberz*, *Langenbeck* végeztek — ugyan negativ eredménynyel — átoltási kisérleteket. Az átoltási kisérletek, a melyeket a legújabb időkig igen nagy számmal végeztek, jórészt eredménytelenek maradtak; találunk azonban néhány közlést, a mely positiv eredményről számol be. Utánajárva azonban a dolognak, kiderült, hogy ezekben az esetekben sem lehet positiv eredményről szólni. Igy *Jürgens* esetében (embertől származó melanosarkoma átvitele állatra) tulajdonképen lobos tumor képződött, a mely az átültetett daganatdarabból pigmentet vett fel magába. *Dagonet* esetében szintén csak lobos daganatról lehet szó. *Gaylord* számos átoltás-kisérlete közül kettő állítólag eredményes volt. Az egyik állat (kutya) hosszú időn át egészséges maradt és leölése után májában egy kis csomócskát találhatók, ez azonban távolról sem volt rák. A másik állat (tengerimalacz) tüdejében találtak egy kis adenomát; az ilyen adenomák azonban épen tengerimalaczok tüdejében nagyon sokszor találhatók, a mint azt *Ribbert* kimutatta. *Sanfelice* a rák okozói gyanánt bizonyos élesztőgombákat vesz fel; készítményeiben a tüdőben élesztőgombák láthatók lobos szövet közepette és ennek szomszédságában valamelyes epithelburjánzás, a mint ez gümők környezetében is akárhányszor talál-

ható. A mi végül *Kelling* készítményeit illeti, a melyeket a német orvosok és természetvizsgálók legutóbbi vándorgyülésén mutattak volt be, ezek távolról sem mutatták a rák képét; részben lobos daganatok voltak, részben pedig regeneratiós folyamatok az epeutakban, a milyeneket a többi között *Ribbert* is leir.

Eddig tehát nem sikerült rákot emberről állatra átvinni. Mert nem elegendő az, hogy az átoltás eredményeképen valami daganat képződjék, hanem az is szükséges, hogy az állat e képződött daganat és metastasisai következményeképen elpusztuljon.

Másképen áll a dolog az állatról állatra átoltásnál. Carcinomák, sarkomák, endotheliomák már nagyon sokszor vittettek át állatról állatra, az eredmény azonban csak akkor volt positiv, ha hasonló fajta állatra történt az átoltás. Legismertebbek *Jenssen* kisérletei, a melyeket Berlinben *Michaelis* ismételt; ezekben azonban előadó szerint endotheliomákról van szó és azért belőlük a rákra nem vonható következtetés. Vannak azonban olyan esetek is, a melyekben tényleg rákot sikerült a hasonló fajta állatra átvinni; ez azonban nem infectio, mint a hogy *Leyden* felveszi, hanem transplantatio.

A parasita-elmélet támogatására felvették továbbá, hogy a rák egyes helyeken gyakrabban fordul elő és hogy néha házastársaknál is észlelhető (cancer à deux). Előadó megengedi, hogy a rákesetek száma növekedett, ez a növekedés azonban legfeljebb 1—2%-ot tesz és úgy magyarázható, hogy egyéb letalis betegségek számának csökkenése folytán több egyén jut abba a korba, a melyben a rák fejlődni szokott. A „cancer à deux“ eseteket illetőleg, a rák gyakori volta mellett alig csodálkozhatunk azon, hogy az néha véletlenül előfordul házastársaknál is. Hogy a rákesetek számának növekedése csak látszólagos és többek között a diganostika tökéletesedésével magyarázható: erre vonatkozólag felemlíti *De Bovis* összeállítását, a melyből kitünik, hogy csak azok a rákesetek szaporodtak, a melyeket azelőtt nehezen ismertek fel, míg a külső részeken előforduló rákesetek száma nem mutat emelkedést. Minthogy a különböző kórboncztani intézetek statistikái egyértelműen azt mutatják, hogy az összes rákesetek körülbelül 20 %-át csak a hullában ismerik fel, a diagnostika fejlődésével természetesen látszólag növekedni fog a rákesetek száma. A rák állítólagos ritkasága a tropusokban és gyér lakosságú helyeken is úgy magyarázható, hogy ilyen helyeken sokan halnak meg olyanok, a kiket orvos egyáltalában nem lát.

A parasita-elmélet hívei nagy súlyt helyeznek arra, hogy álképletekben néha sikerült bizonyos parasitákat kimutatni. Meri állítani, hogy a többsége azoknak, a kik parasitákat véltek találni, csak nagyon halvány fogalommal bir arról, hogy egyrészt mikép néznek ki az ilyen parasiták, és hogy másrészt mi az a rák. Az, hogy manapság inkább állati parasiták után kutatnak, egyszerűen abban találja magyarázatát, hogy a növényi parasitákat már nagyon is jól ismerjük, míg a protozoákat még bizonyos mystikus homály veszi körül; a protozoák tanulmányozásában gyakorlott búvárok is nagyon sokszor zavarba jönnek, ha egy szövettani metszet elé állítva őket, arra a kérdésre kell felelniök, vajjon a látott képletek protozoák-e avagy sem. De különben is, noha már elég sok olyan betegséget ismerünk, melyet protozoák okoznak, eddig még nem találkozott olyan protozoás (vagy bakteriumos) betegség, a mely a rosszindulatú álképletekhez csak némileg is hasonlított volna.

A gümővel való összehasonlítást már *Orth* visszautasította. De különben is helytelen azt állítani, hogy a gümőkórban is tagadták a bacillus szerepét, míg egy szép napon megtalálták; mert már *Morgagni* ismerte a gümőkór fertőző voltát, *Villemin* és *Cohnheim* pedig már a bacillus felfedezése előtt teljes biztossággal beigazolták a gümőkór átolthatóságát.

A házinyulak coccidium-betegségére is utaltak; az ezen betegségben a májban található képletek azonban nem rosszindulatú daganatok, hanem egyszerűen retentiós cysták papillaris burjánzásokkal. A Bilharzia-betegségre utalás sem állhat meg, mert az ezen betegségben szenvedőknél a húgyhólyagban néha található rákoknak semmi közük a Bilharziához, hanem másodlagos megbetegedések, mint a hogy rák néha észlelhető régi lupusos hegen.

Eddigelé tehát semmi alap sincsen arra, hogy a rákot parasitaer eredésü betegségnek tartsuk.

Ujabban az öröklést is kezdik kiterjedtebben hangoztatni és e nézet támogatására felhozzák *Cohnheim* elméletét az embryonalis csirok elszóródásáról. A rák familiaris előfordulásáról gyakran találunk említést; a közölt esetek azonban a szigorúbb kritikát alig állják ki. Különben, ha a Cohnheim féle elmélet az öröklés megfejtésére felhasználható volna, akkor az öröklésnek különösen a teratoid daganatoknál kellene nyilvánulnia, a melyek Cohnheim elméletével csakugyan megfejthetők, ez az eset azonban nem forog fenn.

A trauma, legyen az chemiai, thermikus vagy mechanikai, előadó szerint a rák okai között csak akkor játszhatik szerepet, ha huzamosan hat. A trauma egymagában azonban nem elegendő rák létrehozására; akárhányszor teljesen védett helyeken (mellékvese, Highmor-üreg) fejlődik rák.

Előadó a rák keletkezését az individualis ingadozásoknak alávetett inger és ingerlékenység kölcsönös befolyásának fogalmából (Virchow) véli legjobban megfejthetőnek. A míg xeroderma pigmentosumban szenvedő egyénben a fény physiologiai hatása elegendő, hogy a xerodermás foltokból rákok képződjenek; addig másokban abnormis chemiai inger szükséges (paraffin, korom, arsen) ahhoz, hogy rák képződjék.

Leyden szerint (előadásátegész terjedelemben szintén a Berliner klinische Wochenschrift közli) a rák keletkezésének problemája nem csupán a kórboncznok szempontjából itélendő meg; ez a körülmény, valamint az, hogy a szóban forgó kérdés tanulmányozásában már évek óta résztvesz, jogositja fel őt, hogy elmondja nézetét.

Már a legrégibb időktől kezdve napjainkig ragadós betegségnek tartotta az orvosok egy jó része a rákot. Sokan magát a rákot tartották parasitának és összehasonlították a fákon található élősködőkkel. Csak az újabb kor szövettani vizsgálatai derítették ki, hogy a rák tulajdonképen a test elemeiből áll.

Bármennyire méltányolja is a kórboncznokok érdemeit: a mikor egy olyan beteget lát, a kit egy egész kicsiny rákos daganat cachexiássá tesz és — eltekintve esetleges műtéti beavatkozástól — elpusztít: mégis csak közelfekvőnek tartja a rák összehasonlítását valami parasitával.

A rák keletkezésére vonatkozólag eddig felvett elméletek közül a Cohnheim-félét Leyden szerint már elhagyták, a trauma pedig legfeljebb alkalmi ok gyanánt szerepelhet. Biztosan megállapitottnak vehető fel, hogy a rák lokálisan keletkezik, még pedig olyan helyeken, a melyek a külvilággal közlekednek; egyéb helyeken csak nagyon ritkán észleltek rákot. Ez a körülmény a külső fertőzés mellett szól.

A rák elterjedtségének viszonyai is támogatják a parasita-elméletet. Főleg emberekben található, az állatok közül pedig a háziállatokban, vagyis azokban, a melyek az emberrel közelebb érintkeznek. Az a körülmény, hogy gyér lakosságú helyeken ritkább a rák, szintén a fertőző eredet mellett szól; továbbá az, hogy Afrikában a négerek között ritka betegség a rák, míg Amerikában a négerek, a kik bensőbben érintkeznek a fehérekkel, gyakran megbetegszenek rákban.

Különben rák-járványokat is már ismételten leirták; igaz ugyan, hogy ezek a közlések pontosabb utánvizsgálat tárgyát nem képezték, de azért mégsem utasíthatók teljesen vissza.

A rák átyihetősége mellett szólnak az olyan esetek is, a mikor például az alsó ajak rákja metastasist okozott a felső ajak megfelelő helyén; vagy a mikor rákműtétek után a szúrcsatornákban recidiva fejlődik. Felemlíti *Hahn* positiv eredményét emberen (sikeres átoltás ugyanazon egyén más testrészére). Igaz, hogy *Virchow* szerint ilyenkor csak transplantatioról lehet beszélni; véleménye szerint azonban ilyenkor elvi különbség a transplantatio és az infectio között nincsen, mert a transplantált daganatdarab által betegség idéztetett elő. *Villemin* is eredményes gümőkór-kisérleteiben nem tiszta virust, hanem szövetdarabkákat vitt át. Elismeri, hogy a rák átvitele eddig csak sejtek átvitelével sikerült; tekintetbe veendő azonban, hogy az ilyen sejtek átvitele után progrediáló betegség keletkezett, a mely az egyén pusztulásához vezetett.

A rák rosszindulatúságáról az eddigi elméletek egyike sem ad felvilágosítást. *Ribbert* elméletét, mely szerint a valami ok folytán kötelékükből kivált epithelsejtek a megváltozott vérrel

ellátás által feltételezett fokozott növekedésenergia következtében burjánozni kezdenek, sohasem tudta megérteni. Nem tudja elképzelni, hogy egy normális sejtből burjánzásakor hirtelen egy ily deletaer hatású sejt képződjék.

A parasita-elmélet támogatására felhozhatók továbbá az állatokra való sikeres átoltások és ezek közül különösen *Jenssen* és *Michaelis* eredményeit emeli ki. Támogatják továbbá az elméletet az állatok között néha észlelhető kisebb járványok, mint a milyent *Michaelis* is leirt.

Végül a ráksejtekben található képleteket is felhozza, a melyeket tekintélyes buvárok egész sora parasitáknak tart. Ezeket a képleteket eddig csakis rákokban találták. Ezenkivül még nehány körülmény szól a mellett, hogy a ráksejt nem lehet egyszerüen normális sejtnek származéka. Igy vegyi vizsgálatok kimutatták, hogy a ráksejtek festőanyagokkal szemben máskép viselkednek, mint egyéb sejtek ; különböznek ez utóbbiaktól albumosetartalmukban, könnyebben elpusztíthatóságukban és abban, hogy bizonyos ferment mutatható ki bennük (*Neuberg* és *Blumenthal*), a mely ferment a szervezetben egyebütt nem található.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Dollinger Gyula: A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve az 1903—4. tanítási évről.

Szép ajándékot adott hallgatóinak, jelenlegi és régebbi műtőnövendékeinek s a sebészet iránt érdeklődő egész magyar orvosi közönségnek *Dollinger* tanár midőn a klinikájának 1903—4. tanévi működését feltüntető jelentést e hatalmas kötet alakjában közrebocsátotta. Immár a harmadik könyv, a mely hazánk eme nagyjelentőségű gyógy- és tanintézetének, melynek az ország leggazdagabb s legváltozatosabb sebészi beteganyaga áll rendelkezésre, működéséről beszámol, s mint az előzők, úgy ez is hü tükre a kórodán folyó, minden tekintetben nagyszabású működésnek, mely teljesen megfelel a feldolgozott anyag szépségének, s a klinika rég fennálló és folyton növekvő kitünő hirének.

A munkálat a részletes sebészet tankönyveinek elfogadott sorrendjében tárgyalja a klinikán megfigyelt és operált eseteket; a nagy gonddal és körültekintéssel megszerkesztett kórtörténetek egyes csoportjait mindig megelőzi az esetekből a diagnostica, pathogenesis, és therapia szempontjából értékesíthető tapasztalatok átnézetes összefoglalása. A mütéti eljárások tekintetében, a menynyiben a rég bevált mütétmodoroktól nem tértek el, a klinika előző évkönyveire történik utalás, míg az új eljárásoknak, fogásoknak, módosításoknak részletes leirását találjuk meg a könyvben. Különösen figyelemre méltók e tekintetben a conservativ orbitalis chirurgiáról, az ondózsinórvarratokról, a Le Dentu-féle lágyéksérvmütétről, a térdcsonkitás utáni művégtagokról mondottak, míg a branchiogen carcinomákról irt fejezet pathologiai és klinikai szempontból bir különös érdekkel. Az általános részből a jodoformplombálás s a különféle narcoticumok körül szerzett tapasztalatok emelendők ki.

De kiragadva egyes pontokat az érdekes és kiváló fontossággal biró észleletek nagy tömegéből, csak igen halvány képét nyujtanók a mü értékének, melynek főérdeme épen a részletek rögzítése, a nagyszámú megfigyelés gondos, szorgalmas összefoglalása, a miáltal számos tudományos és gyakorlati eszmének kiindulási pontot szolgáltató, gazdag forrásmunkát képez.

Mindenesetre hálával tartozik az egész magyar orvosi kar s kiváltképen hálával tartoznak az első sebészeti klinika hallgatói és mütőnövendékei a buzgó mesternek és csüggedést nem ismerő tanítványainak ezen óriási fáradsággal készített munkáért s reméljük, hogy a klinika fényes munkálkodásának eme méltó tanúbizonysága esztendőről esztendőre újra meg újra meg fog jelenni a magyar könyvpiaczon. Vivat sequens! *P.*

Uj könyvek. *Laache:* Die Wechselbeziehungen in der menschlichen Pathologie und Therapie. Stuttgart, F. Enke. — *Schanz:* Fuss und Schuh. Stuttgart, F. Enke. — *Seydel:* Lehrbuch der Kriegschirurgie. Zweite Auflage. Stuttgart, F. Enke. — *Strubell:* Der Aderlass. Berlin, A. Hirschwald. — *Zikel*: Osmologische Diagnostik und Therapie. Berlin, R. Trenkel. — *Zikel:* Neuere Fortschritte der klinisch-osmologischen Heilkunde. Kurze Anleitung für ärztliche Praktiker. Berlin, R. Trenkel. — Vorschriften für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen. Berlin, A. Hirschwald. — *Nietner:* Bericht über die II. Versammlung der Tuberkulose-Aerzte. Komitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke. — *Blumenthal-Dworetzky:* Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin, A. Hirschwald. — *Spitzer* und *Jungmann:* Ergebnisse von 249 operierten Lupusfällen. Wien, J. Safar. — *Riecke:* Hygiene der Haut, Haare und Nägel. Stuttgart, Moritz. — *Steffen:* Die malignen Geschwülste im Kindesalter Stuttgart, F. Enke. — *W. Tebb* and *E. Perry Vollum:* Premature burial and how it may be prevented. Second edition by *W. R. Hadmen.* London, Swan Sonnenschein and Co. — *W. Bennett:* Recurrent effusion into the knee-joint after injury, with especial reference to internal derangement, commonly called slipped cartilage. London, Longmans, Green and Co. — *Adoniram Brown Judson:* The influence of growth on congenital and acquired deformities. New-York, W. Wood and Co.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A nitroglycerinről irt czikket *Binz* tanár a „Therapie der Gegenwart“ ez évi 2. füzetébe. Mindenekelőtt felemliti, hogy nagyon megbizható szerzők jó eredménynyel használták a nitroglycerint Igy Rossbach dicséri zsugorvese eseteiben; Nothnagel véredénymegbetegedések kapcsán fejlődő anginaszerü állapotokban, Curschmann, Noorden, Schott és mások szintén hasonló esetekben nagyon jó eredményeket láttak használatától. Daczára ennek, a gyakorlatban nagyon ritkán veszik igénybe. Ennek az oka egyrészt az, hogy nagyon félnek mérgező hatásától; másrészt pedig az, hogy abban az alakban, a melyben használni szokták, nagyon sokszor hatástalan. A mi a mérgező hatást illeti, Binz újabban végzett állatkisérleteiből azt következteti, hogy a nitroglycerin nem túlságosan mérgező hatású. A mi pedig az alakot illeti: a pastillák, a melyekben nagyon sokszor forgalomba jön, nem jók ; Binz egyenként 1 milligrammot tartalmazó pastillákat vizsgált és 100 ilyen pastilla együttes feldolgozásakor nyomát sem találta a nitroglycerinnek ; egy másik próbadoboz feldolgozásakor már lehetett találni a pastillákban nitroglycerint. Lehetséges, hogy az első esetben véletlenül elfelejtettek a pastamassához nitroglycerint adni ; de az is lehetséges, hogy a nitroglycerin a pastillákból lassanként elpárolog vagy hogy a nitroglycerin a pastillák készitéséhez használt cacaoban lassanként elváltozik, bomlik. Legczélszerübb tehát a nitroglycerint alkoholos oldatban rendelni: Rp. Nitroglycerini 0·5 ; Alcohol absol. 12·0. D. in vitr. patent. fusco. S. Naponként egy cseppet czukron bevenni. Egy csepp körülbelül 1 milligramm nitroglycerint tartalmaz. Az alkoholban oldott nitroglycerin nem robban. A hasonló véredénytágító hatású amylnitrittel és kaliumnitrittel szemben előnye a nitroglycerinnek, hogy hatása nem oly gyorsan muló, mint a nagyon illó amylnitrité, és hogy a gyomrot nem támadja meg, mint a kaliumnitrit.

Belgyógyászat.

A splanchnikus arteriosclerosis egyedül jellegző és állandó tünetét *Buch* szerint a vagy önállóan, vagy stenocardiás rohamok kiséretében rohamokban jelentkező hasfájás képezi ; fellépésére befolyással van a testi megerőltetés és a vízszintes helyzet, míg a táplálékfelvétel semmi összefüggésben sincsen vele. Pathogenesisét illetőleg Buch kimutatni iparkodik, hogy Nothnagel elmélete nem állhat meg és hogy a hasfájás-rohamokat tulajdonképen a sympathicus neuralgiája okozza, a mely oly módon jön létre, hogy az arteriosclerosistól feltételezetten a hasi aorta periarteriitise van jelen és hogy a lobos folyamat az aortáról átterjed a sympathicus plexus aorticusára. A kezelésben nagy szerep jut a diuretinnek, a melynek azonban az a hátránya, hogy drága. Buch tehát úgy jár el, hogy csak kezdetben ad diuretint (naponként 3 grammot) és azután tinctura strophanti-ra tér át, a melyből naponként 3-szor 4—8 cseppet vétet. A diuretin hatása úgy magyarázható, hogy az arteriosclerosisban szenvedők véredényeinek kórosan

fokozott ingerlékenységét csökkenteni képes és így a spasmus képződését megakadályozza. A strophantus hatása pedig valószinüleg a szívműködés erősítése útján beálló megjavulásából a vérkeringésnek magyarázható. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 10. kötet, 6. füzet.)

Basedow-kór ellen *Christens* 18 esetben használt thyreoidectomizált kecskék véréből készített tablettákat, melyek a beszárított és porrá tört vérből kevés gummi arabicum hozzáadásával készülnek. A napi adag két-három 35 centigrammos tabletta. Az eredmények bizhatók voltak: az ideges izgékonyság csökkent, az alvás javult, a reszketés megszünt. A hatás azonban csak tüneti, maga a betegség lényege nem befolyásoltatik; ennek megfelelően a tabletták úgyszólván állandóan használandók. (Hospitalstidende, 1904. 51. szám.)

Az epekőbetegség balneologiai és operativ kezeléséről irt legutóbb czikket *Fink*, a karlsbadi közkórház főorvosa. Kiterjedt tapasztalatai alapján véleményét a következőkben foglalja össze: Ugy a balneologiai, mint az operativ kezelés egyazon czélra törekszik, t. i. a beteg meggyógyítására; a kétféle eljárás nem zárja ki egymást, mint a hogy azt sokan tévesen gondolják, hanem a kettő egymást kölcsönösen kiegészíti. Az esetek nagy többségében a karlsbadi gyógymód egymaga is elegendő; 10 évre vonatkozó statistikai adatai szerint a balneologiai kezelés 73%-ban adott jó eredményt, az 1903. évre eső 221 esetre vonatkozó adatok szerint pedig 87%-ban. A balneologiai kezelésnek azonban vannak határai; így a panas oknak továbbra is fennmaradása, a fertőzés tüneteinek jelentkezése és az idült choledochus-elzáródás operativ beavatkozást tesznek szükségessé. A míg a panaszok továbbra is fennmaradása esetén a beteg tetszésére lehet bizni, vajjon aláveti-e magát a mütétnek avagy sem, addig fertőző cholecystitis és empyema, valamint idült choledochus-elzáródás eseteiben nagy gondot kell fordítani arra, hogy az operativ beavatkozás kedvező időpontját el ne mulaszszuk. Erre vonatkozólag nem érdektelen szerző összeállítása operative kezelt 50 esetéről. 24 esetben az epehólyag és 24 esetben a choledochus részéről állottak fenn a műtéti beavatkozás javalatai, 2 esetben pedig összenövések képezték az operatio indicatioját. Az 50 betegen összesen 56 műtétet végzett, a melyek következőképen oszlottak meg: 6 cystotomia, 18 cystectomia, 1 cholecystenteroanastomosis, 11 choledochotomia, 15 choledochotomia ectomiával, végül 5 beavatkozás colon- és duodenum-sipolyokon. A műtét következtében csak 1 beteg (2%) halt meg, 7 beteg (14%) pedig azért pusztult el, mert a betegség huzamos fennállása miatt egyéb szervek részéről szövődmények voltak jelen. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 11. sz.)

A szív kopogtatásáról. *Goldscheider* a szív tényleges határainak megállapítása végett, melyhez nem elég az absolut szívtompulat kimutatása, Röntgen-vizsgálatokkal ellenőrzi kopogtatási eredményeit. A Röntgen-vizsgálatokhoz az *Immelmann* dr. által módosított *Moritz*-féle eszközt használja. Az orthodiagraphia egyenes, a kopogtatás fekvő testtartásban végeztetett (miután ezen adatok a különböző testtartás daczára minden aggodalom nélkül összehasonlíthatók) a törzs kellő fixálása mellett. Meglepő különbségeket mutat az orthodiagramm a különböző légzési szakokban: legmélyebb belégzéskor a szívárnyék rendkivül hosszú és keskeny, a VII. bordaközbe ér le, a szívcsúcs szabad (a diaphragmát nem érinti). Középlégzési állapotban a diaphragma a VI. bordán van, baloldalt valamivel mélyebben; az edények és szív árnyéka szélesebb, főleg a baloldali határ kitolódása által; a jobb határ alig változik. Legmélyebb kilégzéskor a diaphragma a szívcsúccsal az V. bordáig (a bimbó fölé) emelkedik, az árnyék igen széles úgy a jobb, mint a bal határ kitolódása folytán; a csúcs a bimbóvonalon kivül kerül. Mély belégzéskor a rekeszleszállással a szív tényleg sülyed; egyidejüleg emelkedik és tágul a mellkas, s a szív projectioja megkeskenyedik; kilégzéskor a diaphragma-emelkedéssel tényleg felfelé tolódik a szív, a mellkas sülyed és szükül, s ezzel a szív projectioja még szélesebbnek tünik fel. Ha a szívárnyék lemezre vetittetik, a mellkas emelkedése, tágulása, illetőleg sülyedése, szükülése által okozott hiba elesik, s kiderül, hogy a szív valódi helyzet- s alakváltozása az előbbi formában, de szükebb határok között még mindig jelentékeny, főleg baloldalon; az alsó határ eltolódása egy esetben baloldalt 5·2, jobboldalt 3·2 cm. volt. A szív jobb alsó szöglete mély belégzéskor 2·5, mély kilégzéskor 0·5 cm. rel magasabban áll, mint a bal, természetes, hogy a felső határ, a nagy edények ilyen mérvü elváltozást nem szenvednek. Ezen észleletek alapján a bal határ megállapítására legalkalmasabbnak tartja a mély belégzési állásban való vizsgálatot (Röntgenezés, kopogtatás), mert a szívhatárok nagyobb területen szabadok, a szívcsúcs a rekesztől független, nőknél a bal határ az emlő területéből kikerül, a rekesz-állás legtovább és legbiztosabban marad meg ugyanazon helyen. Az így nyert eredményt középlégzési állásban való kopogtatással lehet ellenőrizni, ha t. i. az utóbbinál nyert határ a mély belégzés által befelé és lefelé tolódik, bizonyos, hogy a helyes határt találtuk meg. A jobb határ felső részének kopogtatására a mély kilégzés, alsó részeére, miután igen mély belégzéskor gyakran teljesen egészséges egyéneknél is a jobb gyomrocs lüktetése a scrobiculus cordisban kimutatható, s így a határ a jobb gyomrocs pulsatiojáig követhető, a mély belégzés a legalkalmasabb. A kopogtatás módjára nézve legjobbnak tartja a lehető leggyengébb kopogtatást, oly gyengét, hogy még épen hallható legyen, s e tekintetben *Turban*-ra és *Rosenbach*-ra is hivatkozik. Ezen általa ügynevezett „*Schwellenwertperkussion*“ segélyével mindenkor az orthodiagrammal egyező eredményeket kapott. Ha a mellkason oldalt a szív felé közeledve ily gyengén történik a kopogtatás, a mint a mélyen fekvő szívhatárokig jutunk, az többé nem hallható, megtompul. Mindig teljes csendben, sagittalis irányban, a szívhez kivülről közeledve kell kopogtatni, pontosan követve a bordaközöket. Emphysemában ugyanezen eljárást követi, a törzs előrehajlításával kiegészítve. Vizsgálatai szerint a középvonaltól való távolság felnőtteknél a bal szívhatárra nézve középlégzéskor 9—10 cm., mély belégzéskor 8—10 cm., mély kilégzéskor 11—12 cm. A jobb határra nézve (ugyanazon sorrendben): 3—5 cm., 2·5—3·5 cm., 3·3—4·5 cm. Végül kiemeli, hogy a nagy edények szélessége (Gefässwurzelbreite, *Moritz*) eljárásával pontosan megállapítható; a kopogtatásra legalkalmasabb a legmélyebb kilégzési szak, melyben a nagy edények a mellkashoz nyomatva, főleg balra szélesbedetteknek látszanak, sőt a vena cava valóban szélesbedett is. (Deutsche med. Wochenschrift. 1905. 9—10. sz.)

Ritoók.

Sebészet.

Coma diabeticum operativ beavatkozások után czímmel közöl tanulmányt *Ruff*. Végső következtetéseit a következőkben foglalja össze: 1. Életmentő, el nem halasztható mütétek diabetesben szenvedőkön okvetlenül és haladéktalanul végzendők. 2. Életmentő, de halasztható mütétek végezhetők, de bizonyos kautelák mellett. 3. Az életet meghosszabbító mütétek csak akkor engedhetők meg, ha a beteg állapota türhetlen. Minden más, az említett három csoportba nem sorolható mütét általában ellenzendő. A 2. és 3. csoport számára megkövetelt kautelák, eltekintve attól, hogy a beteg környezetét a coma veszélyére figyelmeztetni kell, a következők: 1. A beteg óvatos psychikai előkészítése. 2. Diabetesellenes diaeta és sok alkali adása. 3. A vizelet vizsgálata ammoniára; ha a 24 óra alatt kiválasztott ammonia mennyisége a két grammot meghaladja, a műtét végzésétől el kell állani. 4. Az általános narcosis lehetőleg kerülendő; ha arra mégis szükség volna, az aether előnyben részesítendő. 5. Laparotomiáknál a vízelvonás lehető elkerülésére hashajtók és irrigatiók használását kerülni kell. 6. A műtét előtt a táplálékmegvonás csak nagyon rövid ideig tartson, utána a táplálékbevitel lehetőleg jókor megindítandó. Alig kell említeni, hogy a czélhoz vezető mütétek közül az választandó, a mely a legrövidebb időt veszi igénybe és hogy az asepsis kifogástalan legyen. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 10. szám.)

Duodenum-átfúródás okozta gyülem a bursa omentalisban a choledochus összenyomása útján súlyos sárgaságra vezetett *Mousset* és *Vallas* esetében. A peritonealis gyülemnek laparotomia útján való megnyitása és drainezése után teljes gyógyulás következett be. (Lyon médical, 1905. február 5.) *Pólya.*

Peritonsillaris tályogok tompa megnyitását ajánlja *Thomson*, a mibe a beteg is, mint egyszerü „vizsgálat“-ba, hamarább bele-

egyezik s a mely eljárás használatakor az orvos előtt is bizonyára kevésbé fog lebegni a szomszédos nagy erek megsérthetésének rémképe, mint ha a bevett szokás szerint hegyes kusztorával szurkál a tonsillába. Fontos momentumként emeli ki, hogy ezeknél a „tonsillaris“ abscessusoknál a genygyülem soha sincs magában a mandolában, hanem ritkán a külső vagy a belső garatív mentén, az esetek 90%-ában pedig a tonsilla előtt és felett. Azért itt kell behatolnunk s az eszközt hátra- és kifelé tolnunk. Szerző szerint bátran mehetünk 2—3 cm. mélységbe, sőt néhány napos esetekben, a hol a genygyülem még nem tömeges, be is kell ilyen mélységre hatolnunk. Az általa ajánlott eszköz egy Lister féle szivacsfogóhoz hasonló instrumentum vagy térdalakúlag megtört nyéllel biró hosszú tompa fogó. Azonban egy közönséges ércsipesz (pince) vagy tompavégü klemme, azt hiszszük, ép úgy megteszi a kivánt szolgálatot. Ha geny jön, a fogó szárainak széttárása által a tályog tartós és bő nyitvamaradásáról s így teljes kiürüléséről gondoskodhatunk. (British medical journal, 1905. márczius 25.)

Epekőműtétek eredményei. Rövid egymásutánban érték el az amerikai és európai sebészek „epeköspecialistái“ az ezredik epekő miatt végzett laparotomiát s talán nem lesz érdektelen, ha az általuk elért eredményeket egymás mellé állítjuk. *C.* és *W. Mayo* (Rochester) a déli államok sebészeti és gynaekologiai társulatának 1904. deczember 13—15-dikén tartott összejövetelén számoltak be eredményeikről (Ref. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1905. január-február). Ezer operáltjuk közül ötvenet vesztettek el. Az összmortalitás tehát 5% volt. Leggyakrabban a köveknek a hólyagon át való eltávolítása után egyszerű epehólyag-sipolyt képeztek (cholecystectomia), melyet egyszerű esetekben teljesen kielégítőnek tartanak. 673 esetben hajtották végre e műtétet 2·4% mortalitással; recidivát sohasem észleltek. Az epehólyag kiirtását (cholecystectomia) 186 esetben végezték, oly esetekben, midőn az epehólyag igen vastagfalú volt, vagy rosszindulatú elfajulásra volt gyanú. Ezen műtétnél 4·3% volt a halálozás. Choledochusba ékelt kő miatt 137 esetben történt műtét, itt a mortalitás 11%. Főleg a súlyos icterussal és vérzésre hajlammal (purpura) járó esetek végződtek halálosan. Az epeutak rosszindulatú daganatai miatt 40 műtétet végeztek 22·5% mortalitással. Epehólyag-carcinoma miatt gyökeresen műtett két beteg még két év után is élt és teljesen jól érezte magát; rövidebb idő óta észlelt két esetük szintén ilyen kedvező lefolyást látszik venni; a rosszindulatú daganat miatt végzett többi műtét csak múló javulásra vezetett. *Kehr* tanár (Halberstadt) ezredik epekőlaparotomiája alkalmából egy hatalmas kötetben (Technik der Gallensteinoperationen etc. Lehmann, München) foglalta össze tapasztalatait, melyekről, a mennyiben a technikát és a javalatokat illetik, bővebben fogunk még megemlékezni. E helyütt összehasonlításképp közöljük eredményeit. Az 1000 epekőlaparotomia alkalmával összesen 1726 különféle műtét történt. Az összmortalitás 3·2%. Részletezve az eseteket: 275 conservativ műtétre (cystostomia, cystendysis, cysticotomia) esik 5 haláleset (1·8%), 220 cystectomiára 7 haláleset (3·2%), 220 choledochotomiára 10 haláleset (5%), 174 esetre, hol epekőműtét mellett a gyomor, bél, máj, pankreas jóindulatú betegségei miatt is történt művi beavatkozás, esik 30 halálos kimenetel (17%), végül azon 129 eset közül, hol rosszindulatú szövődmények voltak jelen (máj-, epehólyag-, choledochusrák, diffus genyes cholangoitis), 110 végződött halálosan, a mortalitás tehát 85%. Az eredmények az amerikai chirurgusokéival tehát körülbelül megegyezők; az egyetlen nagyobb differentia a *choledochotomiáknál* kiegyenlítődik az által, hogy *Kehr* ezek egy részét „diffus genyes cholangoitis“ czímén az 5. pontba sorolja. Az eperendszer rosszindulatú megbetegedéseinél mutatkozó nagy különbséget az amerikai chirurgusok javára (22·5%—85%) pedig ezen cholangoitisek hozzászámításán kivül legvalószinűbben az magyarázza, hogy *Kehr* előrehaladottabb stadiumban levő ilyen betegeknek műtétébe is belemegy, a mint az az operáltak számának egybevetéséből (40 és 129) is kitünik. A statistikák áttekintéséből folyó tanulság az, hogy az epekőműtét prognosisa igen jó mindaddig, a míg súlyos szövődmények (tartós icterus, kiterjedt cholangoitis, az epehólyag és epeutak rosszindulatú elfajulásai) nem léptek fel, az epeköben szenvedő betegeket tehát ezen szövődmények bekövetkezése előtt, idejekorán kell megoperáltatni. A recidiváknak legalább is igen kivételes volta — úgy *Kehr*, mint *Mayo* absolute tagadják kellő gonddal és körültekintéssel végzett műtétek után ilyenek létrejöttét — mindenesetre feljogosítanak arra, hogy epeköben szenvedő s megfelelő belső kezelésre tartós javulást nem mutató betegeinket a műtétre rábeszéljük. *Pólya.*

Bőrkórtan.

Jodnatrium adagolása kapcsán fellépő pemphigusszerű kiütés egy tanulságos esetét irja le *R. Polland* (Graz). Jodkezelés nyomán fejlődő bőrkiütések igen gyakoriak és meglehetősen változatosak; a gyakoribb acneszerű, pustulosus, erythemás és urticariás elváltozásokon kivül olykor ritkább pemphigusszerű kiütések is észlelhetők. A mi a jodkezelés ezen bőrcomplicatioinak kiváltó okát illeti, a tapasztalat azt mutatja, hogy az nem annyira a jodkezelés mértékében vagy minemüségében, mint inkább a kezelt beteg szervezetében rejlik. Igy az tapasztalható, hogy a jod leginkább oly esetekben okoz súlyos bőrtüneteket, a melyekben a jodkiválasztás megnehezített, tehát első sorban vese- és szívbajokban. *Polland* esetében a beteg uraemiával szövődött nephritis chronicában szenvedett s a pemphigus kiütés előtt tíz napon át naponként 1 gm., összesen tehát 10 gm. natrium jodatumot szedett. Ezen aránylag csekély jodmennyiségre nemsokára kisebb-nagyobb pemphigusos hólyagok léptek fel a test különböző helyein, melyek a bőrnek egyik-másik helyén forintnyi kiterjedést nyertek, véres-savós-genyes tartalmúak voltak és kékes-vörös, sánczszerüen beszürődött széllel birtak. Hasonló elváltozások később az ajkakon, nyelven, szájnyálkahártyán és garatban fejlődtek ki. A halállal végződő eset boncolásakor azon felette ritka leletet is megállapíthatta, hogy a pemphigusos elváltozások a gyomor nyálkahártyáját sem kiméltek meg, a mennyiben azon számos lencsényi—koronányi, sárgás-szürkés, felületes fekély és kocsonyásan beszürődött lencsényi hólyag volt található. Jod a vizeletben postmortalisan is kimutatható volt. Jellemző, hogy az irodalomban feljegyzett egyetlen hasonló esetben (*Neumann*-é) is Bright-kóros volt a beteg. Ez utóbbi körülmény arra indítja *Polland*-ot, hogy különösen figyelmeztet *Neumann* azon követelményére, hogy vesebaj, kiváltképen pedig uraemiás tünetek jelenléte esetén kivétel nélkül elvetendő a jodkezelés. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 12. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Neuronal használata epilepsiában. Berlin városának wuhlgarteni intézetében epilepsiások számára *Rixen* 80 nőbetegen tett kisérleteket neuronallal. Eredményeit a következőkben foglalja össze: epilepsiás izgalmi és zavartsági állapotokban a neuronal nagyon jó megnyugtató és altató szer; többnyire 1—2 gm. elegendő; nagyfokú izgalom és motorius nyugtalanság esetében azonban pro die 3—4 gm. adandó in refracta dosi. Nagyon kedvezően hat a neuronal az epilepsiás rohamok után jelentkező erős fejfájásra, nemkülönben az ideges eredetű menstruatiós zavarokra. Kellemetlen mellékhatások nem mutatkoztak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 48. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. április 7.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 11. hetében (1905. márczius 19-től márczius 25.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Elveszületett 433 gyermek, elhalt 323 egyén, a születések tehát 141-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 26·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·1, az egy éven felüli lakosságnál: 18·2, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 1, apoplexia cerebri 8, convulsiones 5, paralysis progress. 4, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 4, morbi org. cordi. 8, morbi myocardii 2, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 7, pneumonia 10, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 41, emphysema pulm. 2, pleuritis 5, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0,

peritonitis 1, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 3, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 5, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 0, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 0, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 0, scarlatina 4, pertussis 1, croup-diphth. 2, dipht. faucium 0, influenza 2, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 2, suicidium 2, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3680 beteg, szaporodás 933, csökkenés 862, maradt e hét végén 3692 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 166 (156), vörheny 55 (68), álh. gége- és roncsoló torok-lob 26 (32), hökhurut 15 (27), gyermekágyi láz 1 (2), hasi hagymáz 3 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 35 (20), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (2), trachoma 14 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

⊕ **Schön Vilmos** dr., Zemplénmegye közkórházának főorvosa 65 éves orvosi működés után nyugalomba vonult. A megye közgyülése elhatározta, hogy a nyugalomba vonuló főorvos nagy érdemeit jegyzőkönyvben és emléktáblán megörökíti, arczképét az új kórház diszterme számára megfesteti és lépéseket tesz legfelsőbb helyről való kitüntetése tárgyában. Ezenkivül az új kórház tiszteletbeli főorvosi czímét kapta évi 1200 korona tiszteletdijjal.

— **Az országos közegészségi egyesület** 1905. évi április hó 12-dikén (szerdán) d. u. 5½ órakor tartja évi rendes közgyülését a budapesti kir. Orvosegyesület üléstermében (VIII. kerület, Szentkirályi-utcza 21. sz., I. em.). A közgyülés napirendje következő: 1. *Ilosvay Lajos* dr., m. kir. udv. tanácsos, műegyetemi tanár, elnök megnyitója. 2. *Gerlóczy Zsigmond* dr, egyetemi m. tanár, főorvos, főtitkár jelentése az egyesület 1904. évi működéséről. 3. *Elischer Gyula* dr., egyetemi tanár, főorvos, pénztáros jelentése az egyesület vagyoni állapotáról. 4. Az alapitványi bizottság jelentése. 5. Az évi számadásokat és a pénztárt vizsgáló bizottság jelentése. 6. A vidéki osztályok, úgymint a békés-vármegyei, hódmezővásárhelyi, kolozsvári és somogyvármegyei osztályok, valamint az iskolaorvosi és egészségtantanári szakbizottság és az alkohol-bizottság jelentése. 7. Választmányi tagok választása. 8. A választás eredményének bejelentése. 9. Indítványok.

⁄ **Az új orvosdoktori szigorlati rend** szerint a tanfolyam bevégezése után tartandó második és harmadik orvosi szigorlat programmja, melyet a budapesti kir. m. tudomány-egyetem orvoskari tanártestülete megállapított és a vallás- és közoktatásügyi minister helybenhagyott, a napokban elhagyta a sajtót.

— **A budapesti orvosi kör** 1905. április 10-dikén (hétfő) délután ½7 órakor a budapesti kir. orvosegyesület nagytermében egykori alapitói emlékére ünnepélyt rendez, a melyen *Lévai József* tart emlékbeszédet Poor Imre és Dulácska Géza felett.

= **Sub auspiciis regis** orvosdoktorrá avattatott e hó 4-dikén *Királyfi Géza*.

| **A tisztiorvosi vizsgák** Kolozsvárt április hó 16-dikán kezdődnek.

⁂ **Frank Ödön** dr. és **Hajós Béla** dr. közegészségügyi felügyelőknek a király a közegészségügyi főfelügyelői czímet adományozta.

⨯ **Födi Emil** dr.-t a székesfőváros törvényhatósági közgyülése kerületi tisztiorvossá választotta.

⌗ **A Bókai János-emlékalapitványra** f. év márczius hó 14-dikétől folytatólagosan a következő adományok folytak be: ifj. Klug Nándor dr. 10 k., Lichtenberg Kornél dr. 20 k., Zimmermann Károly dr. 10 k., *összesen 40 k.* Hozzáadva ehhez az Orvosi Hetilap 11. számában kimutatott 2901 koronát, befolyt *összesen 2941 kor.* Kelt Budapesten, 1905. április 6-dikán. Poór dr., pénztáros.

⁄ **A szegedi kórház** sebészeti osztályának ideiglenes vezetésével a polgármester *Boros József* dr.-t bizta meg.

+ **Nők mint magántanárok.** A bécsi egyetem bölcsészettudományi fakultása 40 szavazattal 10 ellenében elvileg döntött azon kérdés mellett, hogy nők is habilitálhatók legyenek.

— **Orvosi felavatások Németországban.** A berlini „Reichsanzeiger" kimutatást közöl a német birodalomban az 1903/04. évben felavatott orvosok számáról. Az előző évekhez képest e szám tetemes csökkenést mutat: csak 1056, mig 1902/03-ban 1562 és 1901/02-ben 1431 volt. Tizennyolcz év óta nem volt a szám oly csekély. Maximumát az approbatiók száma 1890/91-ben érte el 1570-nel.

‖ **A münsteri egyetemnek** orvosi fakultással való kiegészitését megkezdték. A város a legmesszebb menő áldozatokat hozza, igy az anatomiai és physiologiai intézeteket is a város létesitette, mi által az első és második évfolyam előadásai kezdetüket vehették. A münsteri egyetem a 10. porosz és a 21. birodalmi német egyetem.

□ **A gyakorlati orvostan akadémiái** ellen a hamburgi, kölni, düsseldorfi és frankfurti orvosok állást foglaltak.

‖ **A bajor ministerium** 1905-ben 16 olyan orvos számára, kik a tisztiorvosi vizsgát már letették s nem laknak egyetemi városokban, egyenként 250 mk. ösztöndijat engedélyezett, hogy az Erlangenben tartandó 10 napos bakteriologiai cursuson részt vehessenek.

⋀ **A porosz egyetemi költségvetés** az 1905-dik évre 15 és fél millió márkát igényel, ebből Berlinre 3½ millió márka esik, Halle, Breslau, Bonn, Göttingen, Königsberg, Kiel átlag 1½ milliót fogyaszt, Greifswald, Marburg kevéssel többet mint egy milliót, Münster *csonka* egyeteme fél milliót. Ez adatokból is eléggé világos, hogy *életképes* harmadik egyetem nálunk is évente körülbelül 1—1½ millió korona kiadást igényelne.

= **Poroszországban összeirták a specialista orvosokat,** ezt szóvá tették a képviselőházban is. A kormány képviselője kijelentette, hogy nincs szándékban külön vizsgálatokat vagy diplomát rendszeresiteni.

+ **Bajorországi rákbizottság** alakítását határozta el a müncheni orvosegylet. A bizottság a Poroszországban, Badenben és Württembergben már működő rákbizottság mintájára lesz szervezendő.

— **Kisebb külföldi hirek.** *F. Blumenthal* és *O. de la Camp* berlini belgyógyászat-magántanárok a tanári czimet kapták. *V. Böttcher* a giesseni sebklinika segéde rendkivüli tanárrá neveztetett ki. *J. Caspary* königsbergi tanár, a bőr- és bujakórtani klinika igazgatója állásából visszavonul.

= **Tauffer professor** szülészeti poliklinikuma 1905. márczius havában 121 esetben nyujtott segélyt 76 műtéttel.

+ **A szt. Lukács-fürdőben** 1905. márczius 1-jétől márczius 26-dikáig összesen 266 egyén lakott.

○ **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** 1905. márczius havában 239, fennállása óta pedig 23,583 esetben működött.

— **A szabadkai önkéntes mentő-egyesület** 1905. márczius havában 89 esetben működött.

☒ **A debreczeni közkórház** 12 év előtt nyilt meg. Hogy mennyit emelkedett ezen idő alatt a már kissé szűknek bizonyuló, teljesen modern kórház, azt a következő számok mutatják: 1892-ben az ápolási napok száma 48,782 volt, mig ma 104,125-öt tesz ki; a betegek száma, a mely 1892-ben 2073 volt, ma megkétszereződött.

† **Elhunyt.** *Pollák Sándor* dr., Csongrádmegye tiszti főorvosa 77 éves korában. — *Grünwald Ignácz* dr. járásorvos Homonnán. — *Steiner Samu* dr. székesfővárosi gyakorló orvos e hó 6-dikán 47 éves korában. — *G. Meissner*, az élettan tanára Göttingenben e hó 1-jén.

Sok tekintetben felülmulja a külföldi hasonló készitményeket a „**Nervinol Barabás**" idegerősitő gyógyszer-különlegesség, mely rendkivül megnyugtató és általános erősitő hatásánál fogva már idáig is széles orvosi körökben kellő méltánylásban részesült. A „**Nervinol Barabás**" nevű mellékletre és hirdetésre felhivjuk olvasó közönségünk szives figyelmét.

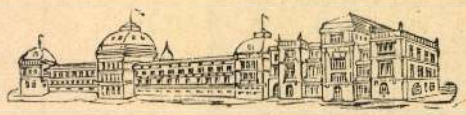
„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

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

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

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

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A magyar orvosi könyvkiadó-társulat 1905. márczius 29-dikén tartott közgyülése. 260. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XII. rendes tudományos ülés 1905. április 1-sején.) 261. l. — Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (118-dik ülés 1905. január 31-dikén.) 263. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 264. l.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat 1905. márczius 29-dikén tartott közgyülése.

1. **Than Károly** alelnök a következő szavakkal nyitotta meg az ülést:

Tisztelt közgyülés!

Szomorú kötelesség teljesitésével kell elnöki teendőimet megkezdeni, midőn egyfelől a társulat elnökének, *Hőgyes Endrének* súlyos betegségét, másfelől pedig alelnöktársamnak és felejthetetlen barátomnak, *Schulek Vilmosnak*, e társulat nagyérdemű másodelnökének halálát jelentem be a t. közgyülésnek.

Nem tartozik feladatomhoz elhúnyt alelnöktársam elévülhetlen nagy érdemeit részletesen fejtegetni, melyeket tisztelt tagtársaink különben is eléggé ismernek és a melyeket más helyeken illetékesebb szaktársaink fognak kellőleg méltányolni. Legyen azonban szabad e helyen is elhunyt tagtársunk kimagasló jelentőségét legalább egy-két vonással kiemelnem. A szemészet és a szemészeti műtevés nagy mestere, alapos és mélyreható szaktudományával mint tanár és klinikus egyik fődisze volt egyetemünknek és különösen az orvostanári testületnek. Tanári kiváló hivatottságánál fogva nemcsak magával ragadta tanitványait, kik határtalan szeretettel és lelkesedéssel vonzódtak hozzá, hanem szaktudományának legmagasabb regióiba emelte fel őket. Fényes bizonyitéka ennek kiváló tanitványainak nagy száma, kik együttvéve egy hatalmas szemészeti iskolát alkottak, a mely elhunyt tagtársunk legértékesebb hagyatékát képezi. E téren való működése alatt nemcsak a tudomány alapját vetette meg nálunk, de szaktudományát a legújabb szinvonalra emelte és annak minden fontosabb haladását gyakorlatilag is érvényesítette. Mint buvár nagyszámú önálló kutatással, sok és kitünő műtéti módszerrel gazdagitotta a szemészetet, ezzel a magyar tudománynak nemcsak hazájában, hanem a külföldön is elismerést és hirnevet szerzett. Ez irányokban való gazdag tevékenysége folytán elhunyt tagtársunkat hazánkban a szemészeti tudomány megalapitójának tekinthetjük. Orvosi működése mint embertársainak jóltevőjét jellemezte minden időben, mialatt számtalan szerencsétlennek legdrágább kincsét, látását varázsolta vissza áldott kezével. Mindnyájan ismerték önök őt mint embert, ki a legrokonszenvesebb barát és a legszeretetreméltóbb kartárs volt. Egész életét eszményi czélok elérésének szentelte és a mi kevés halandónak adatik meg, azoknak jó részét meg is valósitotta. Társulatunk ügyeinek ápolására több cykluson át mint annak másodelnöke szokott lelkiismeretével és buzgóságával különös gondot fordított és minden irányban meleg érdeklődést tanúsitott. Ez által társulatunk körül közvetlenül és közvetve is nagy érdemeket szerzett. Felemelő emlékezete, mint a kötelességtudás eszményképe és tudományosságunk egyik büszkesége, buzdító példaként fog köztünk mindenkor élni.

Inditványozom, hogy nagy érdemeinek elismerése mai közgyülésünk jegyzőkönyvében örökittessék meg és hogy gyászoló családjának a benső részvétet irásban fejezze ki a Társulat.

Ezzel a napirend tárgyaira térünk át.

2. **Koller Gyula** I. titkár mutatja be a közgyülésnek az igazgató tanács jelentését a társulat 1904-dik évi működéséről.

Tisztelt közgyülés! A lefolyt 1904-dik évben társulatunk évi könyvilletménye a következő munkákból állott:

1. **A stomatologia tankönyve és atlasza.** Irta dr. med. et philos. **Preiswerk Gusztáv,** lektor a baseli egyetemen, fordította **Szabó József dr.** 44 szines táblával és 152 ábrával. Budapest 1904. XXIV és 295 lap.

2. A budapesti tudomány egyetemen 1903-ban és 1904 ben tartott **Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások**, ú. m.:

I. rész „**Az elméleti chemia újabb haladásáról**". Tartotta **Than Károly** tanár. Az orvostanártestület és a m. orvosi könyvkiadótársulat közös kiadása. 1904. XI és 206 l., 39 rajzzal.

II. rész. **Az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról.** Tartotta **Klug Nándor** tanár. Az orvostanártestület és a m. orvosi könyvkiadótársulat közös kiadása. 1904. I és 209 lap.

Az első helyen említett *Stomatologiai tankönyv*, melynek szerzője *Preiswerk Gusztáv*, baseli lektor, hézagot pótolt társulatunk könyvtárában, melynek kétségkivül egyik feladata az orvosi tudomány összes ágait felölelni, kiváltképen tekintettel a vidéken s kisebb városokban gyakorló orvosok igényeire. Azonkivül a szóban levő tankönyv nagy előnye az, hogy a szöveg közt nagyszámú és igen sikerült szinezett ábrák foglaltatnak, melyek az egyes tételek és műveletek megértését lényegesen könnyitik.

A mult évi illetmény második részét képezik azon *tudományos előadások*, melyeket az 1903. és 1904. évben a budapesti tud.-egyetemen *Than* és *Klug* tanárok tartottak és melyek eszméjét az 1880. évben a budapesti egyetem 100 éves jubileuma alkalmával *Markusovszky Lajos*, társulatunk alapitója az Orvosi Hetilapban megpendítette. Az ő felszólalása csakhamar visszhangra talált; a fájdalom, kevés nap előtt elhúnyt Schulek Vilmos volt az *első*, ki tetemes összeggel az e czélra szánt *alapra* adakozott, mely néhány év multán annyira szaporodott, hogy azt az orvos-tanártestület saját kezelésébe vette és ismételve saját pénztárából is tetemes összegekkel gyarapitotta. Évek multán, *1892. évi november 2-dikán* tartott ülésében elhatározta a tanártestület, hogy az igy keletkezett alap „*Markusovszky-féle egyetemi jubiláris alap*" nevét viselje.

Az előadásokat először az 1903. évben foganatositotta az orvoskari tanártestület, melynek felkérésére *Than Károly* tanár azokat megkezdette „az elméleti chemia újabb haladásáról" czim alatt és az 1903. évi február és márczius, folytatólag október és november hónapokban, összesen mintegy 17, nagyszabású előadás keretében számos kisérlettel és bemutatással befejezte. 1904. elején *Klug Nándor* tanár tartotta az élettani intézetben az e előadások második cyclusát az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról; ezen előadások gondos összeállitásuk folytán nagy mérvben kötötték le a hallgatók figyelmét.

Ezen kétrendbeli előadások képezik az 1904. évi könyvilletmény második részét és az összes kiadványok 92-dik kötetét.

Az imént tárgyalt könyvilletményen kivül megküldtük tagjainknak a „*Magyar Orvosi Archivum*" V. kötetét 6 füzetben összesen 41 ivnyi terjedelemben, ugymint 654 l., 35 táblán 24 fényképpel és 33 rajzzal, 1 szines könyomatú táblával és 30 a szövegben foglalt ábrával.

Az emlitett 6 füzetben, úgy mint mult évben, ismét 23 önálló vizsgálatokon alapuló értekezés foglaltatik 19 szerzőtől: Alexander Béla (3 czikk), Bakay Lajos, Csillag Jakab, Dollinger Béla, Faludi Géza, Guszman József, Hári Pál, Kentzler Gyula, Kertész József, Keller Kálmán és Királyfi Géza, Korányi Sándor, Kuzmik Pál, Mansfeld Géza (2 czikk), Róth-Schulz Vilmos, Kőrössi Kornél és Lobmayer Géza (2 közlemény), Preisz Hugó, Verebély Tibor (2 közlemény). Tárgy szerint volt: a gyógyszertanból 3, boncztanból 3, élettanból 3, kisérleti kórtanból 3, sebészetből 2, bőrgyógyászatból 1 és gyermekgyógyászatból 1.

Az imént elősorolt műveken kivül, mint tisztelt tagjaink emlékezni fognak, az 1904. évre kilátásba volt helyezve „*Az orrbajok therapiája*" czimű nagyobb munka *Onodi Adolf* budapesti és *Rosenberg Albert* berlini egyetemi tanárok tollából, melynek német szövege Berlinben, a magyar szöveg pedig Budapesten fog megjelenni. Előre nem látott akadályok miatt, melyek főleg a számos ábra előállitásából származtak, a szóbanforgó munka megjelenését a folyó évre kellett elhalasztani, melyben azonban megjelenése teljesen biztositva van.

Ugyszintén jelentettük volt a mult évi közgyülésen, hogy az igazgató tanács bold. *Semmelweis Ignácz* tanár eddig csupán német nyelven megjelent „*Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxe des Kindbettfiebers*" czimű munkájának magyar fordításával, valamint összes hátrahagyott munkái összegyüjtésével és magyar nyelven való kiadásával *Győry Tibor* egyetemi m. tanár urat bizta meg. Ezen a kegyelet által sugalt emlékmű kiadását az igazgatóság a jövő cyclus első évére, t. i. 1906-ra halasztotta el.

A társulat 1904-ben tartott évi nagygyülésen igért *sebészeti tankönyv* szerkesztése sajnálatunkra nem haladt annyira elő, hogy a folyó évi illetménybe beilleszthető volna. Miután pedig a jelen esztendő társulatunk VII-dik hat éves cyclusának *utolsó éve*, nem is volna opportunus ezen utolsó évben egy több kötetre terjedő nagyobb munka kiadását megkezdeni.

Ily körülmények közt az igazgató tanács beható tárgyalás után a folyó évre a következő munkák kiadásában állapodott meg:

1. A fennebb emlitett *orrbajok therapiája* Onodi Adolf és Rosenberg Albert szerzőktől;

2. *Dollinger Gyula* egyet. tanár monographiája a *coxitisről*, mintegy 150-nél több, nagyobbrészt klinikai fénykép felvételek után készült ábrával;

3. *Lejars* párisi tanár *Chirurgie d'urgence* (*sürgős sebészet*) czimű munkája, mely 1900-ban második kiadásban megjelent, 617 ábrával;

4. *Néhai Markusovszky Lajos*-nak, társulatunk alapitójának az 1857-től 1892-ig terjedő években az Orvosi Hetilapban megjelent válogatott dolgozatai Marikovszky György dr. által összegyüjtve.

Az egész gyüjtőmunka 7 csoportban foglalja össze Markusovszky válogatott műveit. Ezen csoportok a következők: 1. Az egyetemre vonatkozó nevezetesebb közlemények. 2. Az orvosegyesületben mondott elnöki beszédek. 3. Az orsz. közegészségi tanács ügyében irt közlemények. 4. A közegészségügyre vonatkozó közlemények. 5. Nőgyógyászat — Semmelweis. 6. Könyvismertetések. 7. Nekrologok elhunyt jelesekről.

Végre jelenti az ig. tanács, hogy kebeléből a folyó év elején bizottságot küldött ki, melynek feladata lesz, társulatunk 1866 előtt szerkesztett alapszabályait, minthogy több tekintetben hiányosaknak bizonyultak, átdolgozására, a jelen kor igényeinek megfelelő módositására nézve javaslatot tenni. Ezen megbizás teljesitése a legközelebbi időben kivánatos, mivel a társulat VIII. folyama a jövő 1906. évvel veszi kezdetét.

A társulat vagyoni állásáról az alapitványi bizottság jelentése fog számot adni.

3. **Jendrássik Ernő** II. titkár olvassa *az alapitványi bizottság jelentését 1904-ről.*

Az alapitványi bizottság az elmult 1904. évről jelenti, hogy az alapitók száma egy újjal ismét szaporodott, ú. m. Lobmayer Géza dr.-

ral, ki 100 korona részletfizetést tett. Azonkivül Zsigmondy Zoltán doktor 200 koronával egészitette alapitványát.

Az összes alapitványok száma ezzel 155-re szaporodott.

A társulat bevételei a mult közgyülés óta a következők: az értékpapirok szelvényei után befolyt 5330 K 70 fill. Készpénz kamatjaiból 262 K 55 fill., alapitványok után 457 K 50 fill., hirdetési bérlet után után 800 K. Rendes tagok díjai után 15,760 K.

A kiadványokra forditott összegek a következők:

Az 1903-dik évről fennmaradt költségek: ú. m. Kézmárszky Tiv. szülészeti tankönyvének átdolgozásáért tiszteletdijként *1000 K*, utólag megrendelt klisék *83 K 72 fill.*, összesen 1083 K 72 fillér.

Az 1904. év összes kiadványaira forditott összeg 17,448 K 01 fillért tesz. A pénztári egyenleg most 19,577 K 76 fill.

A kiadványokra fordított összeg mult évben következőkép oszlott meg: *a) A Magyar Orvosi Archivum* 6 füzetének nyomása, fűzése és szétküldése 3500 K 28 fill., mellékletek és klisék 1560 K 92 fill., segédszerkesztési díj 240 K; összesen 5301 K 20 fill. *b) Preiswerk „Stomatologiája"* bekötve: 8500 K; *c) Markusovszky-féle jubiláris előadások* 1-sö kötete: *Than Károly „Az elméleti chemia újabb haladásáról"* nyomás 979 K 45 fill. II. *Klug Nándor: „Az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról"* nyomás 862 K 94 fill., a kötet bekötése 720 K.

Végre mély megilletődéssel tesz jelentést arról a sok veszteségről, mely a társulatot az utolsó évben oly érzékenyen érte.

Elvesztettük *Schulek Vilmost*, a kiben nagy tudóst, hazájáért és hazájának kulturájáért lelkesülő áldozatkész munkást és mindannyiunk előtt tisztelt férfiút veszitettünk el. Mily szomorú, hogy annyi szellemi tehetséggel megáldott, oly bámulatos operáló ügyességü tagtársunknak még férfikorában letört életereje, elhomályosultak képességei, megbénultak annyi áldást osztott kezei! Társulatunk gyásza kétszeres, emlékének két koszorúval tartozunk, alapitó tagunkat és buzgó alelnökünket veszitettük el benne. Emlékét kegyelettel fogjuk megőrizni.

Azonkivül elvesztettük az alapitó tagok közül *Batizfalvy Sámuelt*, legrégibb tagunk egyikét, továbbá *Rózsa Elemért* Hatvanban. A rendes tagok közül elhunytak *Linsbauer Rezső*, *Hajnal István* (Békés), *Józsa György* (Tasnád), *Lakner Árpád* (Eperjes), *Szabó János* (Gálos), *Csánki Géza* (Kőrös-Ladány), *Barta Márton* (Apostag) és *Szenger Ede*. Az utóbbi társulatunk könyvtárát is gazdagitotta az 1877. évben megjelent *„Mexico felvidéke élet- és kórtani tekintetben"* czimü egy kötetes munkájával.

4. Felolvastatik az alapitványi bizottmány által kiküldött számvizsgálók jelentése a forgalmi kimutatásról:

„Alulirottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlitván, a társulati számadásokat márczius 19-dikétől 1905. márczius 19-dikéig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapirok érintetlenségéről meggyőződvén, a pénztár pontos és rendes vitelét elismertük.

Budapest 1905. márczius hó 28-dikán.

Böke Gyula dr. s. k. *Koller Gyula dr.* s. k.
mint az alapitó-bizottmány által kiküldött számvizsgálók."

5. Bemutatja az elnökség továbbá **Török Sándor** pénztáros összeállitását a társulat forgalmáról 1904. márczius 19-dikétől 1905. márczius 19-dikéig.

A társulat vagyona 148,118 K 78 fillérrel van kimutatva. Ebből a *kamatozásra* elhelyezett betétek *11,654 K 32 f.*, az értékpapirok 132,061 K 40 f., az időközi kamatok 1811 K 30 fill. Hátralékok: alapitók után 350 K, rendes tagok után 1664 K. — A pénztári egyenleg 577 K 76 fillért tesz.

6. Felolvastatik a mult évi közgyülés által a pénzkezelés megvizsgálására kiküldött 3 tagú bizottság (Tóth Lajos, Szontágh Felix és Temesváry Rezső) jelentése, mely szerint a bizottság a társulat pénztárát és a pénztári könyveket, valamint a számlákat és nyugtákat teljesen rendben találta. Ennek folytán javasolja, hogy a pénztáros részére a fölmentvény megadassék és neki buzgó működéséért köszönet nyilvánittassék, a mit a közgyülés elfogad.

7. Pénztárvizsgálókul 1905-re megválasztatnak: *Tóth Lajos* dr., *Szontágh Felix* dr., *Temesváry Rezső* dr.

8. Megejtetett a szabályszerüen kilépő választmányi helyek betöltése. Újból megválasztatott minden kilépett fővárosi és vidéki igazgatótanácsi tag.

9. A jegyzőkönyv hitelesitésére az elnök *Lobmayer Géza* és *Reich Lajos* tagtársakat kéri fel.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1905. április 1-sején.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri *Scheiber Sámuel*, *Benedict Henrik*, *Kétly László* tagtársakat. Jelenti, hogy *Fellner* franzensbadi fürdőorvos mint vendég van jelen. Jelenti, hogy a könyvtár számára beérkezett: „A Budapesti Orvosok Szövetségének évkönyve 1904", *Frank Ödön* és *Dömötör Miksa* dolgozatainak egy példánya. Köszönettel vétetnek.

Syringomyelia esete.

Scheiber Sámuel: K. T., 24 éves hajadon fésülőnő gyermekkorában gyenge és vérszegény volt és sokat szenvedett fejfájásban. Két és fél évvel ezelőtt a bal keze mindinkább gyengébb lett és lesoványodott, később a jobb keze is gyengülni kezdett, úgyannyira, hogy végül a házi teendőket sem birta már végezni és fésülőnő lett, a mihez sok kézi erő nem kell. De az utóbbi időben már ez a munka is nehezen ment. Fájdalmai sem a karjaiban, sem a kezeiben sohasem voltak és most sinesenek.

Folyó évi január 5-dikén kezelésbe jött, a mikor a következő *status praesens* találtatott: Mind a két kéz feltünően lesorvadt, de különösen a baloldali, a hol a spatia interossea behorpadtak, a thenarok és antithenarok sorvadtak. Az ujjakat a beteg nem tudja kiegyenesiteni, sem ab-, sem addukálni. Az al- és felkarok atrophiája még nem feltünő, de szalaggal mérve azok kerülete a bal oldalon 1 cm.-rel kisebb, mint a jobb oldalon. A dynamometert a beteg a bal kézzel csak 6, a jobb kézzel 9—10 kgm.-ig birja összenyomni. Az electromotorius reactio az atrophia foka szerint vagy 0, vagy tetemesen csökkent. A tapintási érzés normális, a hő- és fájdalomérzés a kezekben tökéletesen hiányzik. Az alkarokon érzi még a beteg a meleget és hideget, de a bal oldalon kevésbbé mint a jobb oldalon. A tűszúrást érzi ugyan, de nem okoz neki fájdalmat. Az idegtörzsek nyomásra nem fájnak. Mind a két kéz télen-nyáron nemcsak jéghideg, hanem nagy fokban cyanotikus is. Ezenkivül mind a két kéz dorsális oldalának bőre érdes és kissé megvastagodott.

A diagnosisnál főleg a paralysis muscularis progressiva háromféle typusa jön tekintetbe, tudniilik 1. az *Aran-Duchenne-féle* typus, 2. a polyneuritis, ha ez a felső végtagokban van localizálva és 3. a syringomyelia bizonyos localisatioja.

Az elsőbben emlitett typusnál mindig hiányoznak érzési zavarok és igy ezt esetünkben kizárhatjuk. A polyneuritis hasogató fájdalmakkal kezdődik és jár, valamint hogy az illető idegtörzsek nyomásra fájdalmasak. Mind a két kórtünet a betegnél hiányzik és igy a polyneuritis is kizárható. Végül még tekintetbe jön a syringomyelia bizonyos localisatioja. Ez a betegség a gerinczagy centrális üregképződésében áll, a mely annak egész hosszában felléphet ugyan, de legtöbbnyire a nyaki részben fordul elő. E kórfolyamat által úgy a mellső, mint a hátsó szürke oszlopok nyomásnak vannak kitéve és szöveti elváltozást szenvednek. Ha most véletlenül a canalis centralis kitágulása a nyaki rész legalsóbb segmentumában kezdődik, a hol a kezek kis izmainak mozgató centrumai vannak, akkor az *Aran-Duchenne*-féle paralysis muscularis progressivának kóralakja fog kifejlődni, azon különbséggel, hogy a kezek atrophikus hűdése mellett még sensitiv zavarok az érzések dissociatiojával is előtérbe lépnek, a mely tünetek pedig épen e betegnél oly feltünő módon ki vannak fejlődve. És igy tehát bátran ki lehet mondani, hogy a betegnél syringomyeliával van dolgunk, a mely a gerinczagy nyaki részének a VIII. illetve VII. nyakcsigolyának megfelelő segmentumában van localizálva.

A therapiát illetőleg a beteg galvánárammal, jodkálival és spiritus saponatus bedörzsölésével kezeltetett, a minek megfelelően az utóbbi hetekben több kórtünet tekintetében örvendetes javulás állott be. Igy a beteg maga is mondja, hogy több ereje van a kezeiben, mint azelőtt, hogy már oly tárgyakat vehet a kezébe és vihet az utczán, a minőket azelőtt nem vehetett és nem vihetett. A kezei már nem cyanotikusak, már nem hidegek, hanem oly melegek mint a többi testrészei, hogy már a hideg és meleg közötti különbséget érzi és igy a prognosis is úgy látszik elég kedvező.

Féregnyújtvány által okozott heveny bélelzáródás esete.

Lipscher Móricz (Komárom): A féregnyújtvány lobja chronikus és acut bélobstructio keletkezésére adhat okot. Az előbbi rendszerint csak számos intensiv roham után jöhet létre, a nagy kiterjedésü álhártyás összenövések lassú zsugorodása folytán. A heveny bélelzáródás létrejöttéhez elegendő lehet egyetlen roham is, mely a zsinórszerü álhártyának létrejöttét vagy a féregnyújtvány odanövését eredményezte.

Az utolsó csoportba tartozik az alábbi eset is, mely nemcsak ritkább voltánál fogva érdekes, hanem azon diagnostikai nehézségek miatt is, melyeket okozott.

V. István, nagyigmándi földmüves, 1904. julius 30-dikán vétetett fel a komáromi közkórházba. Öt nap előtt hirtelen igen heves hasfájás lepte meg, még aznap hányt és azóta hányt naponta több izben, néha büzöset, két nap óta sürün csuklik. Beöntésekre több izben volt kevés széke és szelek is mentek gyéren. Felvételkor: a has alsó felében kifejezett meteorismus, a felső rész érintésre mindenütt érzékeny, de legerősebben a vakbél táján. A jobb alsó lumbális tájon négy ujjnyi széles tompulat mutatható ki. Pulsus 134, temp. 36·5. A diagnosis genyedő féregnyújtványlob és bélobstructio között ingadozott. Az utóbbira gondolt a beteg kezelő orvosa *Rukavina* dr., ki szives volt a betegot előadóhoz utasitani. Hirtelen kezdet és a láz hiánya inkább bélelzáródásra vallott, mig a hasnak nagyfokú érzékenysége, a coecum tájon kimutatható tompulat és főleg azon körülmény, hogy a beteg nyolcz év előtt kifejezett, egy hétig tartó perityphlitikus rohama volt, határozottan az utóbbi felé billentette a mérleg serpenyőjét és mégis a mint az a műtétnél kitünt bélobstructio okozta az ileusszerü tüneteket. A szokatlan hosszuságú féregnyújtványnak szabad vége a linea innominata alatt oda volt nőve a kis medencze oldalfalához, a húrszerüleg kifeszitett appendix és a medencze fala közé pedig egy vékony bélkacs szorult, mely a processus leválasztásával kiszabadult. A féregnyújtványt előadó nem irtotta ki, mert az már az öt napos obstructio által bántalmazott peritoneum (a hasüregből mintegy egy liter fibrinosus czafatokkal hevert folyadék ürült) esetleges megfertőzésétől tartott. A beteg meggyógyult, de appendixának eltávolitását eddig nem engedte.

Rekesz alatti és hasüregbeli tályog epeköves betegnél.

Lipscher Móricz: H. Józsefné, felvétetett a komáromi közkórházba 1903. november 29-dikén, 45 éves aranyosi földmüves, tizenkétszer szült, 24 év előtt fél éven át hasmenésben szenvedett. Két év előtt egy napon át igen heves gyomortáji fájdalmai voltak és több izben hányt. Teljesen egészséges volt november 8-dikáig, mikor igen heves fájdalmak lepték meg, melyek a gyomor tájékáról a máj felé sugároztak ki. Néhány nappal rá hasa jobb felében daganatot vett észre, mely lassan növekedett és érintésre igen fájt. Gyakori hidegrázások és magas lázak gyötörték.

Felvételkor a kissé icterikus elesett nő hasában egy a jobb bordaiv alól kiinduló, a köldök alá érő, érintésre fájdalmas, hullámzó daganatot lehetett tapintani. A májtompulat tetemesen megnagyobbodott, 3—4 bordaközzel magasabban kezdődik a rendesnél. Ezen tünetek alapján májtályogra kellett gondolni. A műtét a beteg elesettsége miatt *Schleich*-féle érzéketlenitéssel végeztetett. A hasüreg a jobb egyenes hasizom szélén ejtett metszéssel 12 cm.-nyi hosszban megnyittatott s azonnal mintegy liternyi savanyú szagú, epésen festett geny ürült. Első pillanatra azt hitte előadó, hogy májtályogot nyitott meg, de a geny kiürülése után kitünt, hogy a tályog nem a májban volt, hanem a máj alatt, a belek között teljesen eltokolva. A tályog hátrafelé a gerinczoszlopig ért és a máj kapuja felé egy keskenyebb recessusban végződött. Nyilvánvaló volt, hogy e műtéttel nem oldotta meg a feladatot, mert a májtompulat nagyfokú megnagyobbodásából sokkal nagyobb mennyiségű genyre kellett következtetnünk. Próbapunctiót végzett a hátsó hónaljvonalban a hetedik bordaközben és 3—4 cm.-nyi mélységben epés genyre bukkant. Vajjon ezen tályog a májban vagy a rekesz alatt foglal-e helyet, azt megállapitani nem tudta, de minthogy hozzáférni csak transpleurális úton lehetett, két nappal később *Schleich*-féle érzéketlenités mellett a 8., 9. és 10-dik bordából mintegy 13—15 cm.-nyi darabot resekált és hogy a mellüreget elzárja, az igen vékony pleurát ott, hol a rekeszhez nem volt odatapadva, mintegy 12 cm.-nyi hosszúságban a rekeszhez varrta. Ez által a diaphragmának mintegy 12 cm. hosszú orsóalakú területét teljesen hozzáférhetővé tette. A rekeszizomba bemetszve, egy nagy, a szivburok alá érő, sima falú üregbe jutott, melyből több liternyi büzös, epés színü geny ürült. Mindkét tályogüreg három hónap alatt teljesen kitelődött.

Hogy honnét eredt ezen subphrenikus és hasüregbeli tályog, rejtély volt mindaddig, mig a betegen mintegy öt hónappal a műtét után egy typikus epeköves roham nem észleltetett. Egy év lefolyása alatt a betegnek még egy izben volt hasonló sárgasággal járó rohama, minthogy azonban közben teljesen jól érzi magát és munkaképes, egy újabb műtétről ez idő szerint hallani sem akar.

Gyomorfekély miatt végzett gastroenterostomia esetei.

Lipscher Móricz: Az 1904. év folyamán négy betegen végezte e műtétet. Időszerünek tartja ezen eseteknek bemutatását, mert ezen kérdés most napirenden van, igy néhány hét előtt a bécsi orvosegyesületben is hosszabb discussio tárgyát képezte, vajjon gastrectomiát, vagy gastroenterostomiát végezzünk-e, ha a fekély orvosságos gyógykezelésre meg nem gyógyul. A fekély kiirtása radikálisabb és czélszerűbb eljárásnak látszik a gastroenterostomiánál, de csak azon esetekben végezhető a beteg életének túlságos veszélyeztetése nélkül, a melyekben képesek vagyunk a fekély helyét a gyomor megnyitása nélkül megtalálni, vagyis az úgynevezett átfúró heges gyomorfekély eseteiben. Az általa operált négy beteg egyikénél sem tudta a fekély helyét biztonsággal megállapitani. Három esetben talált ugyan a gyomor savós hártyáján sugaras hegeket, de épen kiterjedt voltuk miatt a fekély helyét kivülről meghatározni nem lehetett; a negyedik betegnél, kinek gyomorbaja még csak egy éves volt, a gyomron semmi rendellenességet nem talált, ámbár az előrement gyomorvérzések ezen esetben is a gyomorfekély diagnosisát kétségtelenné tették. Mind a négy esetben *Hacker*-féle gastroenterostomiát végzett, mely után a gyomorfekély összes tünetei igen hamar megszüntek és mai napig ki nem újultak.

B. J., 42 éves kocsirendező, 1904. január 5-dikén vétetett fel a komáromi kórházba; kilencz év óta szenved igen heves gyomorfájásokban, melyekhez eleinte ritkább, utóbb sürübb időközökben ismétlődő hányás társult. Három év előtt eszméletlenséget okozó gyomorvérzés jelentkezett véres székletéttel. Tejkúra és egyéb gyógykezelések csak muló hatással voltak, három év óta nagyobbrészt munkaképtelen. A nagyfokban lesoványodott beteg gyomra kissé tágult, de pangás jeleit nem mutatja. A köldök feletti gyomortájék kopogtatásra igen fájdalmas és ezen helyen a bőr érzékenysége is nagyobb; kifejezett hyperaciditás. A műtét alkalmával 1904. január 11-dikén a kis curvatura mentén és a gyomor hátsó falán több sugaras lapos heg találtatott, a pylorus átjárható, nem szükült, gastroenterostomia secundum Hacker. A műtét óta teljesen munkaképes, egyszer sem hányt, fájdalmai nincsenek

K. J., 28 éves tatai czipész. Hét év óta szenved igen heves gyomorfájdalmakban, melyek az étkezéssel összefüggésben nem voltak. Három év óta sok izben vért hányt, utoljára három héttel felvétele előtt. Az igen halvány, sovány beteget 1904. április 25-dikén előadó operálta meg chloroform-narcosisban. A gyomor jócskán tágult, a pylorus kemény, de nem szükült, a kis görbületen tömött vonalszerű hegeket lehetett tapintani.

A műtét óta gyomra részéről panasza nincs, válogatás nélkül minden ételt ehetik. Még a kórházban hat kilogrammal meghizott.

M. K., 30 éves nagymegyeri napszámos gyomorbaja egy év előtt kezdődött fájdalmakkal étkezés után, melyekhez már három hét mulva hányás társult. Hányadéka több izben kávéaljszerű volt, rohamosan fogyott 72 kgm.-ról 54-re. Felvételkor, 1904. április 1-sején sovány, beesett szemű beteg, gyomra két ujjal ér a köldök alá, nyomásra a kardnyújtvány alatt igen fájdalmas. A beteg naponként hány, hányadéka igen sok sósavat tartalmaz. Minthogy hat héten át folytatott szigorú tejdiaeta, bismuth-tal és thermophorral való kezelés teljesen eredménytelen volt, gastroenterostomia végeztetett rajta. A műtét alkalmával a gyomron elváltozást nem látott. Műtét után három nappal a beteg egy izben háromnegyed liternyi vizes, feketés folyadékot hányt; de ezen idő óta a hányás nem ismétlődött. Fájdalmai a műtét után csak több héttel szüntek meg, de azóta nem ismétlődtek.

V. A., 24 éves hajadon, gyermekkora óta szenved gyomorfájdalmakban, három év előtt igen heves gyomorvérzést állott ki, utána hat héten át ágyban fekvő beteg volt. Csak ritkán hány. Több izben keresett gyógyulást különböző kórházakban, de állapota csak utólag javult. Felvételkor, 1904. julius 16-dikán az igen halvány nő hasa erősen behúzódott, gyomor nem tágult, nyomásra a köldök és kardnyújtvány közötti területnek közepe táján igen fájdalmas. Kifejezett hyperaciditás. A has megnyitásakor kitünt, hogy a gyomor pylorikus része a gyomor mellső felületével a májhoz és epehólyaghoz erősen, a mellső hasfalhoz pedig lazán odanőtt, a gyomor hátsó falán a serosán lapos inszerü hegek látszottak. Ezen beteg is a gastroenterostomia után megszabadult kínjaitól.

Kétly Károly: A gyomorfekély therapiája acut kérdéssé vált és látjuk, hogy a sebészet fellendülése ártalom nélkül e téren is nagy sikereket ér el; különösen olyan esetekben, melyekben a belorvoslás nem ad oly eredményt, mint kivánatos, például átfúródó gyomorfekélynél.

Csatlakozik bemutató nézetéhez, hogy a fekélynek kimetszése a legradikálisabb eljárás, de ez csak határozottan megállapitott indicatiók alapján történhetik. De tudjuk, hogy a fekélynek localisatioja később majdnem lehetetlen a laparotomia alkalmával és igy nem lehet a fekélyt kimetszeni. A gastroenterostomia által megszerezzük a gyomornak a nyugalmat, ha a gastroenterostomia a fekély előtt történik, mert igy felszabadítjuk a fekélyes heget a mechanikus, thermikus és chemikus izgalmaktól, s igy gyógyulásra viszszük. A bemutatott négy eset is ilyen. Ha nem ilyen kedvező helyen van a fekély, például a pylorus táján, hanem feljebb a cardia közelében, ezen eljárással sem érünk czélt. Azonban a fekélyek legtöbbször lejebb fekszenek és ezen eljárás czélhoz vezethet.

Elnök köszönetet mond előadónak, hogy a szép és tanulságos eseteket a messze távolból az orvosegyesület szine elé hozta.

Periarteriitis nodosa.

Benedict Henrik: Az 1866-ban Kussmaul által először ismertetett periarteriitis nodosa igen ritka betegség. Mindössze 17 eset van az irodalomban felsorolva és valamennyi csak a bonczasztalon volt kórismézhető. Mégis sikerül a meglévő feljegyzésekből az említett kórképnek a vázlatos rekonstruálása. Többnyire fiatal egyénekről van szó, kiknél a betegség hirtelenül jelentkezik, akár csak egy heveny fertőző betegség. A tünetek: végtagfájdalmak izombénulással és sorvadásokkal, szabálytalan lázak, gyönge, szapora pulsus, gyorsan előálló cachexia, néha bő vérzések, kólikaszerű fájdalmak a gyomor és máj táján, sokszor icterus, oedemák, fehérjevizelés, néha cerebrális tünetek. A halál többnyire kimerülés következtében állott be. A betegség progrediáló, néhány hét vagy hónap alatt exitushoz vezető, de van két eset ismertetve, melyben a beteg hanyatlását néhány hóra terjedő javulás szakitotta félbe. Ott, a hol in vivo egyáltalában kórisme felállitására vállalkoztak, az utóbbi a legkimagaslóbb tünetek után igazodott. Igy az esetek trichinosisnak, polyneuritisnek, neuromyositisnek, nephritis haemorrhagicának, agytályognak imponáltak. Természetes, hogy ez ideiglenes kórisme sohasem fedte teljesen a tünetek sokaságát. A betegség igazi természete csak a bonczasztalon tárult az obducens elé. A középnagy és kis üterek csomó- vagy orsóalakú megvastagodásokat mutatnak, melyek vagy solidak, vagy pedig thrombotizált aneurysmáknak felelnek meg. A göbecsék mikroskopikusak, kölesnyiek, néha borsó- és babmekkoraságúak. Előszeretettel az üterek elágazodási helyén foglalnak helyet. Az üterek lumene sok helyen szükült vagy thrombotizált. A leggyakrabban megtámadott ütőerek az arteria coronaria cordis, a mesenterium, a lép és a vesék üterei. Makroskopikus csomók a bőr alatt csak egyszer találtattak.

A csomók szöveti szerkezete vagy sürű periarteritikus beszürődésnek, vagy pedig apró, a tunica media elváltozásából eredő véredénykiöblösödésnek felel meg. Némelyek a folyamat kiindulási pontjául az adventitia, mások az intima lobos elváltozását tekintik. A kórokozó ágens ezek szerint ismeretlen fertőzés, esetleg lues, bár ez utóbbi nézet támogatására alig van valami támpont. Mások szerint a folyamat lényege az aneurysmaképződés, mely a mediának konstitutionális okokból való gyöngülése folytán keletkezik (*Eppinger*, *Paul Meyer*, *Ferrari*).

A véredényelváltozások következményei bélnekrosisok és fekélyek, veseinfarctusok, ritkábban belső vérzések.

Bemutató abban a szerencsés helyzetben van, hogy egy ebben a ritka betegségben szenvedő egyént még intra vitam bemutathasson. A 44 éves tanitónő folyó évi január 2-dikán heves végtagfájdalmakkal és kólikaszerű hasfájdalmakkal betegedett meg. Elgyöngülése rohamos volt. Betegsége negyedik hetében erős szúró fájdalmak közepette hirtelenül egy ökölnyi daganata támadt az ileo-coecális tájon. Ugyanakkor azt vette észre, hogy teste több helyén a bőr alatt gömbölyded, nem fájdalmas, könnyen mozgatható, lencse, kis mogyorómekkoraságú göbcsék támadnak. Orvosa baját appendicitisnek tartotta és őt operatio végett a budapesti I. számú sebészeti klinikára utasitotta, a hol azonban

kitünt, hogy ezen daganat nem egyéb, mint egy intermusculáris haematoma, mely gyors felszívódásnak indult. A hasfájdalmak azonban nem szüntek, sőt könnyű icterus is csatlakozott hozzájuk; majd multiplex tumor metastasisokra kezdtek gondolni. Közelebbi felvilágositás végett kiirtottak egy babnyi göbcsét a mellkas bőre alól, a várt tumorrészletek helyett azonban egy kötőszöveti tokba zárt véralvadékot találtak. Ezen képletről hosszas vizsgálódások után kitünt, hogy nem egyéb, mint egy aneurysma dissecans, melynél a vérzés a media és az adventitia közé történt.

A beteget további észlelés végett az I. sz. belgyógyászati klinikára tették át, a hol a nagyfokú cachexián és az említett szétszórt göbcséken kivül (az egész köztakaró alatt nyolczat lehetett találni) bizonyos elváltozásokat lehetett a sziven és ütőérrendszeren konstatálni.

Tudniillik gyönge balszív hypertrophiát és dilatatiós aorta-elongatiót, kezdődő aorta-elégtelenséget és a környi üterek merev és kanyarulatos voltát. Igy az ütérrendszer elváltozásai léptek az érdeklődés előterébe és lassanként a kórtünetek és az irodalomban lévő kórrajzok összehasonlitásából előadóban azon meggyőződés érlelődött meg, hogy periarteritis nodosa egy esete forog fenn. Amde a dissekáló aneurysma, melynek metszetei kezünkben voltak, nem tartozik ezen betegség attributumaihoz. Hogy a klinikai kórisme a szövettani diagnosis biztonságára emelkedjék, szükséges lett volna vagy a periarteritikus burjánzásnak, vagy egy valóságos aneurysmácskának kimutatása. Egy második kiirtott subcutan göbcse szövettani vizsgálata mindkét elváltozást ritka szépségben tüntette fel. Tehát nincs kétség, hogy periarteriitis nodosa egy esetével állunk szemben, melyben az összes elváltozások a legkezdetlegesebbektől a legelőhaladottabbakig egymás mellett vannak jelen. Az aetiologia ezen eset kapcsán sem volt kideritheto. A therapia fájdalmat csillapitó eljárásokból, langyos fürdőkből, galvanizálásból és jodkalium-adásból állott. Beteg a klinikán állandóan javul, fájdalmai szüntek, a göbcsék kisebbedtek, táplálkozási állapota emelkedett. Csak egy új, kendermagnyi aneurysma képződik a jobboldali temporalison. Előadó vetitésekben mutatja be a bizonyitó kórszövettani metszeteket, melyek részletes megbeszélését a későbbi publicatiónak kivánja fenntartani. Szerinte az eset klinice főképen azért érdekes, mert az első, melyben a betegség intra vitam megdiagnostizálható volt.

Pertik Ottó: A kérdéssel maga is foglalkozik egy újabban észlelt esete alapján s e jogon kér szót. A bemutatott eset klinikailag unicum, mert először lett e baj az élőben megállapitva.

A bántalom histogenesisét illetőleg a szerzők legnagyobb része *(Kussmaul, R. Maier, Graf, Rosenblatt, Müller, Freund)* az adventitia elsődleges (lobos) megbetegedését veszi fel, mely kivülről befelé terjedve támadná meg a mediát. E nézetet vallják *Veszprémi* és *Jancsó* is, a kik a legjobb módszerekkel vizsgált és jelesen irott értekezésben ismertetnek bohatóan ily esetet.

A szerzők egy másik csoportja szerint az intima van elsődlegesen megtámadva, s innen folytatódik a folyamat a mediára *(Chwostek, Weichselbaum, Kahlden, Fletcher)*.

A harmadik felfogás magában a mediában keresi a bántalom kiinduláspontját. Maga *Paul Mayer* (1878), e nézet első képviselője, a media, *Eppinger* az elastica interna veleszületett debilitását illetve primaer szakadását okolja. Legújabban (1903) a *Marchand* tanár ellenőrzése mellett dolgozó *Ferrari* is a legelső és pedig degenerativ jelenségeket a media izomsejtjein konstatálja, mig az adventitia és intima szerinte a folyamatba csak másodlagosan vonatnak be; álláspontjának igazolására *Müller, Rosenblatt* és *Grosz* munkáira, illetve készitményeire is hivatkozik.

A nézetek e három csoportja abban a pontban azonban megegyezik, hogy az aneurysmás tágulások legközelebbi okát a mediában kell keresnünk. Csakhogy, mig a szerzők I. és II. csoportja a mediabeli elváltozásokat következményeseknek tartja (az adventitia illetve intima elsődleges megbetegedése után), addig a III. csoport a mediát elsődlegesen okolja, s pedig vagy veleszületett debilitása *(Mayer, Eppinger)*, vagy elsődleges degeneratioja *(Ferrari)* alapján.

Látható e keretből, hogy a bántalom histogenesise legtávolabbról sincs felderitve. Még inkább áll ez a bántalom előidéző okáról. *Chwostek* és *Weichselbaum*, úgyszintén *Müller* és *Graf* is luesre gondoltak, főleg a histologiai képek alapján. A mióta azonban az utóbbiak bizonyító ereje a *Heubner*-féle felfogásnak *Baumgarten, Köster* és *Friedländer* által történt megingatása folytán tetemesen megcsökkent, a syphilis mint előidéző ok iránti vélekedés sok érvet vesztett. *Veszprémi* és *Jancsó* is esetükben a luest alapos érveléssel zárják ki. Ujabban *Kahlden* és *Fletcher* összhangban azon álláspontjukkal, hogy a bántalom az intimából indul ki, felveszik, hogy friss infectio forog fenn, mi ek eredményeként a vérben keringő bakterium-toxinok támadják meg az intimát. Tetszetős hypothesis, mi mellett — feltéve, hogy tényleg az intima az elsődleges laesio székhelye — egyelőre semmi positiv érv sem hozható fel.

Legyen szabad azonban a pathologia egynémely más analog adatára is utalni. Az itt szóban forgó bajban a kicsiny és igen kicsiny arteriákon zsákalakú aneurysmákkal találkozunk. Nagy ütőereken a kapuval biró aneur. sacciforme az esetek nagy számában nem endoarteriitis által van okozva, mely azon esetekben, hol mesarteriitissé fajul, inkább orsós vagy hengeres tágulatokat okoz, s ez alakok tényleg inkább idős, elfajult üterű egyéneken mutatkoznak. A zsákalakúak ellenben fiatalabb, sőt aránylag ifjú egyéneken (25—45 év). Ma a *Recklinghausen* s tanitványa *Helmstedter* (1873) által kifejtett nézet, hogy utóbbi esetekben primaer mediaszakadás az ok, s pedig a media veleszületett debilitása, rugalmassági coëfficiensének veleszületett fogyatékos volta miatt, tagadásba már alig vétetik. Hasonlóképen vannak adatok és pedig szövettaniak is, melyek a mellett szólanak, hogy az emphysema alv.-ra való hajlam a tüdő rugalmas elemeinek veleszületett debilitásán alapul. (Kettészakadt rugalmas rostok a szakadási végek dobverőszerű felkunkorodásával.) E tapasztalati tények az itt szóban forgó homályos, s eddigelé épenséggel fel nem derített bántalom értelmezésénél a jövőben talán még értékesithetők lesznek. Hiszen *Ferrari* szerint, a ki *Marchand* vezetése alatt dolgozott, a legelső és pedig degenerativ jelenségek a media izomsejtjein mutatkoznak, a mikor az adventitia és intima még épek. A supponált toxin (hasonlóan az amyloidosist okozó toxinokhoz, melyek szintén a media izomelemein érvényesülnek legelőbb) nem fogja-e könnyebben megtámadni az oly egyén mediáját, mely már eredetileg debilis volt? És az izomsejt-magfestés elmaradása által, továbbá az izomsejtek duzzadása által jellemzett ezen elsődleges elváltozás *(Ferrari)* nem fogja-e némileg a caput mortuumhoz hasonlóan az adventitia, esetleg az intima reactiv másodlagos gömbsejtes beszűrődését előidézni? Az itt feltett kérdésekre további vizsgálatok lesznek hivatva feletet adni.

A myastheniás nyúltvelőbénulásról

Kétly László tart előadást, melyet más helyen egész terjedelemben fogunk közölni.

Jendrássik Ernő: Az érdekes és kimeritő előadáshoz nem kiván bővebben hozzászólani, bár nyolcz esetet észlelt. Az irodalomba bevette valaki szólónak egy régebbi esetét, melyet 21 év előtt mutatott be az Orvosegyesületben, egy *Basedow*-kór volt ophthalmoplegia exteriorral társulva. Ez az eset nem tartozik a myastheniás bénulások közé. Most is él és most sem myastheniás.

A myasthenia lefolyása néha csodálatos. A prognosisáról nem lehet nyilatkozni. Nyolcz esete közül kettő meghalt.

Szólónak klinikáján most is fekszik egy myastheniás, kinek állapota válságos, de azért még jobbra fordulhat sorsa és elhagyhatja a klinikát. Van egy másik ilyen betege, ki 15 év óta jelentkezik rendesen.

Az egyes esetek nagyon eltérnek egymástól úgy, hogy időszerű volt a kérdéssel foglalkozni, ezért szóló a concis összeállitásnak nagy értéket tulajdonit.

Kétly László: *Oppenheim* könyvében van felemlitve a *Jendrássik* esete, de ő sem tartja myastheniának.

Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya.

(118-dik ülés 1905. január 31-dikén.)

1. Tézner Ernő: A nyál chemiai összetételének élettani ingadozásai czimen tart előadást.

Kivonatosan már közöltük a Magyar tudományos akadémia ülés-tudósitásai között.

2. Picker Rezső „A gonococcus biologiájához és rendszertani állásához" czimen tart előadást. Dolgozatának kiindulási pontját Thalmann azon közlése adta, hogy serum hozzáadása nélkül sikerül phenolphthalein-indicator segitségével Na OH-val $^2/_3$-ra neutralizált agaron a gonococcust a váladékból kitenyészteni, valamint Urbahn és Wildbolz azon tapasztalata, hogy a gonococcust, melyet ők serumos táptalajokon tenyésztettek ki, az esetek igen nagy számában előbb-utóbb sikerül serummentes talajokon, glycerines és közönséges agaron tenyészteni és továbbvinni. A gonococcusok ezen tulajdonsága azonban igen változó, hol a második generatio már nő serummentes táptalajon, de néha még a 40-dik, sőt 60-dik serumos táptalajon továbboltott generatio sem nőtt serum nélkül.

Előadó a gonococcus kitenyésztésére nem használt serumos táptalajt, hanem a váladékból ezen bakteriumot Thalmann-féle agaron tenyésztette ki és a tiszta tenyészetet egyrészt ezen culturmediumon vitte egyenesen tovább, másrészt ezen talajról oltotta át közönséges agarra. Vizsgálatai 33 személyre terjednek ki, kik közül 3-nak újból lett egészen friss kankója. Teljesen negativ volt 3 eset, a többiben, ha kevert telepben is, gonococcusok a Gram-féle festési eljárás és a culturák górcsövi vizsgálata által mindig kimutathatók voltak. Fertőzések közül előfordult: 5 esetben pseudodiphtheriabacillus, 2 szer pneumococcus, 2-szer staphylococcus. Jól, illetve nagyon jól volt kitenyészthető és továbboltható a Thalmann-féle agaron 21 törzs, ezek közül közönséges agaron 13; Thalmann-f agaron kitenyésztve, tovább oltható nem volt 12 törzs, de ezen utóbbiak között is technikai hibák (nem kellő higitás, az átoltások elmulasztása stb.) okai annak, hogy a kisérő telepek között a gonococcust nem sikerült tisztán kiválasztani. Néhány esetben pedig a továbboltás közönséges agaron meg sem kisértetett.

Mig eleinte az átoltásoknak 2—3 naponként kell történnie, később 8—10—14 nap mulva, egyes esetekben 1—$1^1/_2$—2 hónap mulva is sikerült a kiszáradás ellen kellőképen megvédett culturákat továbboltani, sőt egy esetben 6 hónap mulva is életképesnek találtatott egy tenyészet. A serummentes talajon, különösen a Thalmann-féle agaron nőtt telepek teljesen ugyanazon tulajdonságokat mutatják, minőket a serumos talajokon nőtt gonococcusokra jellegzeteseknek ismerünk. Előadó kétféle növési alakot különböztet meg. Nagyobb mennyiségű, nem finoman elkent culturanyagból az úgynevezett nagyobb typusú telepeket látta fejlődni, melyek közepe szemcsés. A telep maga élesszélű, világos, sötét sugarakkal ellátott, szélei lebenykések, egy keskeny, egészen világos udvarba benyúlók. Jellemző továbbá ezen telepekre az, hogy magasak,

plateau-alakúak, szélük egy igen jól kivehető fényes sáv alakját mutató határból meglehetősen meredeken ereszkedik alá a fent leirt világos udvarba. Ezen telepek világossárgák, fényesek és teljesen átlátszók; az előbbi részletek néha szabad szemmel is már kivehetők. Ritkán átlátszatlan fehérek vagy sárgák. Az úgynevezett kis typusú telepek a culturanyag igen finom eloszlásakor származnak, teljesen világosak, igen finoman chagrinirozottak, kúpalakúak, éles szélűek és fiatal korukban a pneumococcus és streptococcus telepeihez igen hasonlók. Később, ha a talaj eléggé jó, rajtuk is központi szemcsézettség és sugaras szerkezet tünik fel. Közönséges agaron a telepek rendesen fehérebbek, kevésbbé átlátszók, mint Th. agaron Jellegzetes az is, hogy hónapokon át közönséges agaron továbbitott és itt igen jól fejlődő gonococcusok, midőn parallel oltás történt Th.-agarra is, ezen utóbbin mindig jobban és a teljesen typusos alakban nőnek, a telepek magasabbak, fényesebbek, számuk is nagyobb szokott lenni.

Újabb vizsgálókkal együtt előadó a gonococcus ellentálló képességét alacsony és magas hőfok ellenében szintén nagyobbnak találta, mint a milyennek a bakteriologiai tankönyvek leirják. 24 óráig szobahőmérsékleten állott tenyészetek igen gyakran átolthatók voltak és több izben, midőn a thermostat szabályozója el volt rontva, 39—40°-ra emelkedett hőfok sem tette tönkre a tenyészetek átolthatóságát; az ezen idő alatt átoltott culturák azonban rendesen csak igen gyengén fogamzottak meg.

A mi a gonococcus anatomiáját illeti, előadó a tenyészetekben talált tokos alakokat, melyek egyébként csak az élő szervezetben fordulnak elő, továbbá Löffler-féle methylenkékkel pirosra festődő szemcséket némely igen jól nőtt tenyészetben, valamint szabálytalan oszlási alakokat. A gonococcus egy diplococcus, az oszlás azonban mindig csak *egy* síkban történik s pedig a legrövidebben és csak azon körülmény, hogy a két-két oszlott egyed egymással egy ideig együtt marad, tünteti fel ezen oszlási folyamatot olybá, mint ha két, egymásra merőleges síkban menne végbe. Egészen fiatal telepekből (20—24 óra) vett „klatsch" praeparatumok szintén a 4-es alakokat mutatják túlsúlyban, nagyobb egyesüléseket nem láthatni; a miből az látszik kitünni, hogy ezután a további kapocs megszünik és az oszlás az egyszerű párból folyik tovább.

Előadó vizsgálatai tehát szintén megdöntik azon dogmatikus tételt, hogy a gonococcus serummentes táptalajon nem nő, és egyszersmint ezen bakterium rendszertani állását is annyiban megingatják, hogy azon bakteriumok osztályából, melyek tenyészése emberi fehérjék jelenlétéhez van kötve (paratroph bakteriumok), azokéba mutat sok tekintetben átmenetet, melyek a peptonban megtalálják a szükségelt fehérjét (metatroph bakteriumok).

(119-dik ülés 1905. február 21-dikén.)

Lenhossék Mihály „Az emberi embryo első fejlődési mozzanatairól s a pete megtapadásáról" czímű előadásában ismerteti az újabb vizsgálatokat emberi és emlős embryók azon korai stadiumairól, melyek a barázdálódás után következnek.

A haladás e téren néhány igen fiatal emberi embryo (Peters, Merttens, Spee stb. embryói), másfelől az emberhez közelebb álló emlős embryók (majmok, félmajmok) feldolgozásának köszönhetők, a miben főként Hubrecht, Selenka és Kollmann szereztek kiváló érdemeket.

Az előadó elsőbb is a csiralemezek képződését a blastulából ismerteti; részletesen tárgyalja az entoderma fejlődésében mutatkozó eltéréseket. Emberben bizonyos, hogy az entoderma nem, mint pl. a házinyúlban és a kutyában, a trophoblast belső felszinén való tovanövés útján fejlődik, hanem úgy, miként a sündisznónál és tarsiusnál, az embryocsomóban hasadékképzés módjára.

Ezután az előadó a fedőréteg fejlődésében nyilvánuló különlegességek áttekintését nyujtja. A fedőréteg csökevényes pl. a házinyúlon, erősebb fejlődését észleljük pl. disznóban, őzben.

Legerősebb fejlődését éri el azon emlősöknél, a hol az úgynevezett „entypia" tüneményét észleljük, pl. egérnél és tengerimalacznál. Ez utóbbi kiváló érdekességét épen abban leli, hogy mindenekszerint az emberben is entypia van jelen.

Az entoderma képződése az emlősöknél, egybevetve azt a többi gerinczesek gastrulatiojával, nem azonosítható az előadó nézete szerint az amphioxus entodermájáéval, hanem az emlősök entodermája szerinte a sauropsidák telodermájának felel meg, a mely viszont párvonalba hozható az entoderma azon különös fejlődési módjával, a melyet pl. salamandrán észlelünk. (Grönroos).

E bevezetés után előadó az eddig feldolgozott legfiatalabbik emberi embryót, Peters embryoját ismerteti, a melyen az embryo-telep mindössze 0·19 mm. átmérőjű.

Ezen korai embryo viszonyai az összehasonlítható adatok folytán teljes megvilágitásban állnak előttünk.

Az emberi embryo sziktömlője eleitől fogva igen kicsiny. Úgy fejlődik miként a sündisznónál, de nem nagyobbodik meg annyira, mint ezen állatban, hanem kicsiny marad.

Igen érdekes, hogy az ember amnionja nem ránczképződés útján fejlődik, mint az összes sauropsidáknál és a legtöbb emlősnél, hanem olyan módon, mint pl. a denevérnél és az entypiával fejlődő emlősöknél (pl. tengerimalacznál), azaz hasadékképződés útján az embryocsomóban, hol a hasadék felett felemelkedő lemez direkt átalakul amnionhámmá, a hasadékból pedig a cavum amnioticum, vagy helyesebben cavum myeloamnioticum lesz.

Az amnion leválását a chorion belső felszinéről és az ú. n. hasnyél képződését, mely az emberre és az anthropoid majmokra jellemző, az előadó Spee 2 mm. hosszú embryoján magyarázza meg.

Az előadás második részében előadó a petének a méhben való megtapadására vonatkozó újabb nézeteket sorolja fel, összehasonlító adatokkal támogatva azt a felfogást, hogy az emberi pete megtapadása ú. n. interstitialis módon történik, mint pl. a tengeri malacznál, melynél a pete az endometrium hámjának egy kis folytonossághiányán át a nyálkahártya kötőszövetének felszines tömöttebb rétegébe jut, s abba mintegy befészkeli magát.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Hosszú időn át a szervezetben tartózkodott kaucsuk-drainről tett említést *Schnitzler* főorvos a „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien" február 17-dikén tartott ülésén. Senilis gangraena miatt végzett czombamputatio alkalmával találta meg a draint, a mely 16 cm. hosszú és 8 mm. átmérőjű volt, a czomb háti felszinén a fascia és az izomzat között. Kérdezősködésre kiderült, hogy a beteg 12 év előtt phlegmonében szenvedett, a mikor is bemetszéseket végeztek nála. A gyógyulás akkor két hónap alatt következett be s az illető mostani bajáig teljesen jól használta ezt a végtagját. Az eset több tekintetben érdekes. Ismeretes, hogy már ismételten történtek kisérletek drainező tárgyaknak a szervezetben hagyásával és általában csak a fémből készült, illetve az aranyozott draineket tartották alkalmasoknak ezen czélra; a jelen esetben pedig kaucsuk-drain gyógyult be és maradt átjárható. Másfelől általában felveszik, hogy idegen testek csak a legszigorúbb asepsis mellett gyógyulhatnak be, mig a jelen esetben a meglehetős nagyságú drain begyógyulása egy phlegmone lefolyásában következett be. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 8. sz.)

A Foncière Pesti Biztosító Intézet ez idei közgyülése április 12-én lesz. Az 1904-ik üzletév zárószámadása a következő. A mult évi díjbevétel az elemi és balesetbiztositási ágazatokban 8.566,304 korona 70 fillért és az életbiztositási ágazatban 3.138,452 korona 13 fillér, összesen tehát 11.704,816 korona 83 fillért tett ki, mig az elmult években esedékes tüz- és baleset ágazatbeli díjkötelezvények és díjváltók összege 22.685,749 korona 30 fillér volt. Az életbiztositási összállomány az elmult üzleti évben 74.224,208 korona 90 fillér tőke- és 22,274 korona 64 fillér járadékösszegre emelkedett. A nyereségtartalékalap újabbi javadalmazása 215,079 korona 81 fillérre szaporodott, mig az értékpapirárfolyam-különbözet alap 169,203 korona 61 fillért tesz ki. Az 1904. üzletévre kimutatott 211,847 korona 43 fillérnyi nyereségből részvényenként 12 korona osztalékot fognak fizetni.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó-intézet Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Folyó év márczius havában 1.321,900 k. értékű biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.134,200 k. értékű új biztositási kötvény állíttatott ki. Biztositott összegek fejében 48,000 k. 91 f. fizettetett ki és 2.953,003 k. értékű új biztositási kötvény állíttatott ki. — Biztositott összegek fejében 174,690 k. 04 f. fizettetett ki.

PÁLYÁZATOK.

787/1905. sz.

Gömör vármegyében a tornallyai járásban lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely Harkács, gyógyszertár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés 1200 korona,
2. lakbér 200 korona,
3. utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.
4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fillér, éjjel 1 korona, a beteg lakásán bármely községben nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 25-dikén d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községházánál április hó 27-dikén d. e. 10 órakor fog megejtetni.

A megválasztott körorvos állását május 1-én tartozik elfoglalni.

Tornallya, 1905. évi április hó 1-én.

3—1 *Szentmiklósy*, főszolgabiró.

Az „Általános Munkás-Betegsegélyző Pénztár"-nál Csepelen pénztári orvosi állás van üresedésben. A feltételek a pénztár helyiségében (Dob-utcza 75. fsz. 3) a főorvosi hivatalban tudhatók meg minden nap d. e. 10—11 óra között.

Rauchmaul Károly, elnök.

1324/1905. sz.

A lemondás folytán megüresedett és Nyitra vármegye vágsellyei járásához tartozó **m.-soóki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázni szándékozókat felhivom, hogy törvényes minősitésüket és eddigi működésüket igazoló felszerelt kérvényüket hozzám f. **hó 26-dikáig** terjeszszék be annál is inkább, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos székhelye M.-Soók község, működési köre M.-Soók, Szelőcze Tomón, Vágvecse és Hosszúfalu községekre terjed ki, mely községeket havonta legalább kétszer, előre meghatározandó napokon meglátogatni köteles.

A körorvosi javadalom évi 1200 korona készpénzfizetés.

A látogatási díjak nappal 80 fill., éjjel 1 kor. 60 fill. összegben vannak megállapitva. A szegények gyógykezelése ingyen teljesitendő.

A választás napja iránt később fogok intézkedni.

Tomón, 1905. évi április hó 6-án.

Langhammer, főszolgabiró.

840—1905. szám.

A **nagykállói** m. kir. állami elmegyógyintézetben a **másodorvosi állás** megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, **2 évi időtartamra** szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, I-ső osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fűtés és világítással díjazott **másodorvosi állásra** a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister úrnak folyó évi 28,037—905. számú magas rendelete értelmében pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister úrhoz intézett folyamodványokat a nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához **folyó évi április hó 30-dikáig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodnék, az állás kivételesen és ideiglenesen szigorló orvos által is be fog töltetni, a kinek azonban a helyi pótlékra igénye nem lehet.

Nagykálló, 1905. évi április hó 1-jén.

Borosnyóy L. Béla, igazgató.

Debreczen sz. kir. város közkórházánál **egy segédorvosi állás** üresedett meg, a mely főispáni kinevezés útján töltetik be.

Az állás 900 korona évi fizetéssel, bentlakással és teljes ellátással van egybekötve, azonban az ideiglenes és így nyugdijjogosultság vele nem jár.

Magángyakorlat, a mennyiben a kórházi teendők megengedik, üzhető.

Azok, a kik ezen állásra pályázni kívánnak, orvosi oklevéllel, valamint az eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi április hó 20. napjáig** nyujtsák be.

Debreczen, 1905. évi márczius hó 27-dikén.

2—1 *Kovács József*, polgármester.

152/1905. E.

Dobsina r. t. város a nyugdijazás folytán megürült **tisztiorvosi állásra** pályázatot nyit.

A tiszti orvosnak javadalma évi 1200 korona készpénz, 180 kor. lakbér, 24 köbm. puha és 16 köbm. kemény tűzifa a házhoz szállitva.

Az 1886. évi XXII. t.-cz. 74. §-ában és a vonatkozó ministeri rendeletekben megkivánt minősitést, valamint a pályázó egészségi állapotát igazoló pályázati kérvények **1905. évi április 25-dikéig** bezárólag alulirott polgármesteri hivatalnál benyujtandók.

Dobsina, 1905. április 1-én.

Szontagh Béla, polgármester.

2274. eln. szám.

A **nagyszebeni állami elmegyógyintézetnél** megüresedett **igazgatói állásra**, a mely 4000 korona fizetés, 1400 korona személyi pótlék és 400 korona fuvarátalány, lakás és fűtés élvezetével jár: ezennel pályázat hirdettetik.

Az állásra pályázóknak az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a II. bekezdése értelmében egyetemes orvostudori oklevéllel avagy ennek megfelelő akadémiai fokokra vonatkozó külön oklevelekkel, ezenfelül megfelelő szakképzettséggel s legalább két évi szakgyakorlattal kell birniok.

A pályázók kellően bélyegzett s eredeti okmányokkal vagy közjegyzőileg hitelesitett másolatokkal felszerelt kérvényüket **e hir etmény harmadszori közzétételetől számitandó négy hét alatt**, még pedig közhivatalban főnökük útján, a ministeriumnál nyujthatják be.

A jelzett határidőn túl beérkező folyamodványok figyelmen kivül fognak hagyatni.

Budapesten, 1905. évi márczius hó 29-dikén.

M. kir. belügyministerium.

1317/1905.

A szegedi magyar kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása: 1200 korona fizetés, szabad lakás és élelmezés.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy a kellőképen felszerelt pályázati kérvények a Nagyméltóságú Belügyminister Úrhoz czimezve, nálam 1905. április hó 20-dikáig nyujtandók be.

Szeged, 1905. évi április hó 5-dikén.

Turcsányi Imre dr., igazgató-főorvos.

743/1905. sz.

Az üresedésben levő **oppovai körorvosi állásnak** végleges betöltése czéljából újból hirdetek pályázatot:

A körorvos javadalmazása:

1. 1800 korona törzsfizetés, mely legutóbb Oppova község képviselőtestületének intézkedése folytán 2300 koronára emeltetett föl és bekövetkezendő törvényhatósági jóváhagyás után ezen utóbbi fizetés képezendi a törzsjavadalmazást.
2. A szabályrendeletben megállapitott látogatási dijak.
3. A hüsszemlélet törvényes dijai.

Fölhivom tehát pályázni szándékozókat, hogy ebbeli szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 20-dikáig** nyujtsák be. A megválasztott köteles a vármegyei orvosi nyugdijegyletbe belépni.

Antalfalva 1905. évi márczius hó 23-dikán.

3—2 *Lowieser Imre*, főszolgabiró.

36/1905. igazg. sz.

A vezetésem alatti m. kir. állami kórháznál megüresedett **két másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkivántatik az egyet. orvostudori oklevél.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1000 korona fizetés;
2. lakás, fűtés, világitás, első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesiteni.

A kinevezés két évre történik és esetleg két év mulva meghosszabbitható.

A pályázati kérvények a nagyméltóságú belügyministeriumhoz czimzendők és alólirotthoz adandók be, honnan hármas jelöléssel lesznek felterjesztve.

A pályázat lejárati határidejéül **1905. május 1-ső napját** tüzöm ki.

Maros-Vásárhely, 1905. évi márczius hó 29-dikén.

3—2 *Kozma Jenő*, igazgató.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
ápr. 12.	közs. o.	Nagy-Sáros	1200 korona	Egerer, fszb. Eperjes
„ 12.	körorv.	Nagyugrócz	1200 k., 200 k. úti átal	Ponoczky fszb. Oszlány
„ 15.	körorv.	Cs.-Karczfalva	2000 k. fiz., 200 k. úti átalány, lakás	Becse fszb. Csikszereda
„ 15.	kórh. alo.	N.-Tapolcsány	1400 k., teljes ellátás	Markhot, alisp., Nyitra
„ 25.	alorv.	Nyiregyháza	1000 korona, telj. ell.	Szikszay, alispán
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.
—	körorv.	Széplak	2095 k. fiz., 200 k. lakbér, 650 k. úti átal.	Nyisztor fszb. Margitta

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Dr. Oransz Mór

nő- és gyermekgyógyász, műtőorvos

(különös tekintettel a testegyenészetre)

április hó 15-dikétől október hó 15-dikéig **Grado** tengeri fürdőben rendel.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

Elő- és utóidényben tetemes árengedmény. **Idény május—október.**

Téli kúrák október—április hónapokban.

ásvány- és iszapfürdő DARUVÁR

a szlavon középhegység gyönyörü völgyében, a déli vasút állomása közvetlen összeköttetés Budapest és Bécscsel.

Vastartalmú hőforrások és iszapfürdők.

Hőfok 34°—50° C. Márvány-, porcellán-, tükör- és lápfürdők. **Hidegvízgyógykezelés. Fangóosztály (iszap öngyölések). Kiváló gyógyeredmények az összes női bajoknál, vérszegénységnél, köszvényes és csúzos bajo nál, valamint idegbántalmaknál.** Szép berendezésü lakószobák, olvasóterem, kitünő fürdözenekar, kölcsönkönyvtár, lawn-tennis, tekepálya és egyéb szórakozások. Remek sétányok az árnyas parkban és határos erdőben, érdekes kirándulások, legnagyobb kényelem, olcsó árak. Kitünő étkezés a fürdö-szállodában, havonta I. o. 92 K, II. oszt. 72 K.

Prospektus és fölvilágositással szivesen szolgál **Daruvár fürdőbérlet igazgatósága.**

Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirda. Prospektus ingyen.

Gyönyörü fekvés, élénydús, teljesen pormentes levegö. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Uj hydro-elektro-mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stilben. Hidegvízkúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus készülék, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközi székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhízás, czukorbetegség, köszvény, torok és légcső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóak Karlsbadhoz és Marienbadhoz.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 16. szám. *Budapest, 1905. április 16.*

ORVOSI HETILAP.

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

SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Pólya Jenő Sándor: Közlemény a szt. István-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló sebészeti osztályáról. A zsirszövetnekrosisról. 265. lap.

Vladár Márton László: Diphtheriának tekintsük-e a rhinitis fibrinosát? 268. lap.

Tóvölgyi Elemér: Az énekesek légzési hibáiról. 270. lap.

Tárcza. Lenhossék Mihály: A termékenyítésről. 273. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* A rák aetiologiája. 275. lap. — *Könyvismertetés. Max Joseph:* Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studirende. II. Theil: Geschlechtskrankheiten. 276. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Friedrich*: Hermaphroditismus femininus externus esete. — *Babes:* A malaria leküzdése. — *Tilden Brown:* A Röntgen-sugarakkal foglalkozás veszedelmei. — *Pick:* A variola és a varicella azonossága. 278. lap. — *Sebészet. Stransky:* Az agysyphilis operativ therapiája. (Pólya.) — *Graig*: Laparatomiák utókezelése. (Pólya.) — *Treves*: A vándorvese operativ kezelése. (Pólya.) — *Sehrt*: A csontképzésről golyvákban. (Gergő.) — *Lanz*: Cachexia és tetania thyreopriva. (Gergő.) — *Idegbajok. F. Mohr:* Az aphasia kezeléséről, különös tekintettel az agrammatisuusra. (Kollarits Jenő.) 278.—279. lap. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Zajaczkowsky*: Diuretin és húgyanyag együttes használata. — *Walther:* Perhydrol. 279. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Márkus Soma dr. — Izsó Lajos dr. — Választások. — Kovács Bertalan dr. — Schiller József dr. — Pósch Dezső dr. — Oklevélbemutatás. — A budapesti gyakorló orvosok segélyző-egyesülete. — Vizakna. — Az alkoholismus elleni X. nemzetközi congressus. — 7000 éves hólyagkő. — Kisebb külföldi hirek. — Az egyetemi I. számú női klinika. — A budapesti poliklinika. — A pozsonyi állami kórház. — Elhunyt. 280. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése. — XX. magyar balneologiai congressus. — Közkórházi orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A zsírszövetnekrosisról.[1]

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

A zsírszövetnekrosis, mint sui generis megbetegedés, mindössze 1882 óta ismeretes, azóta, a mióta *Balser* az első ilyen esetet közölte. Az ezóta eltelt 23 esztendőben számos idevágó kóresetet ismertettek s számos experimentalis, anatomiai és bakteriologiai vizsgálattal igyekezett a szerzők egész legiója a bántalom lényegét megmagyarázni. Ezen klinikai és pathologiai észleletek és vizsgálódások révén gyüjtött nagy anyaghalmazt az utóbbi esztendőkben öt terjedelmes munka állította egybe: *Körte, Oser, Katz* és *Winkler s Truhart* monographiái és *Brunn* összefoglaló szemléje.

Hazai irodalmunkban ezzel szemben eme praktice fontos és a pathogenesis szempontjából rendkivül érdekes kórfolyamatot tudtommal csak egyetlen rövid czikk ismerteti, mely Korányi Sándor tanár szt. István-kórházi osztályáról *Várkonyi* dr. tollából származik; ezenfelül *Reisz* dr. mutatott be egyik poliklinikai estélyen egy ilyen esetet.

Ezért tartom indokoltnak az alábbiakban amaz öt zsírszövetnekrosis-esetről beszámolni, melyek Herczel tanár úr kórházi osztályán és magángyakorlatában észlelés és műtét alá kerültek s melyek közül hármat alkalmam volt megfigyelni és kettőt *Herczel* tanár úr szivességéből meg is operálni.[2] Függelékképen még egy pankreaskörüli tályog kórtörténetét szándékozom ismertetni, melynél zsírszövetnekrosist nem észleltünk, s egy másik esetet, melyben klinikailag egy a pankreasfej körüli lobos beszürődést voltunk kénytelenek felvenni, s a mely spontan gyógyult.

Eseteim a következők:

I. S. I.-né, 56 éves, gazda neje, Csongrád. Tuberculosis családjában nem fordult elő. Öt éves korában hasán kelevények voltak, azóta teljesen egészséges, 12 partus, az utolsó 42 éves korában, azóta menopausa. Gyermekei közül tíz 1—2 hetes korában halt el, kettő él és egészséges. 1901. januárjában hasában hirtelen igen heves fájdalmak léptek fel, szék- és szélrekedéssel kapcsolatban, melyek két napig tartottak; harmadnapra jobban lett és orvosságra széke is volt. Fájdalmai azonban nem multak el, hasa bal felében azóta folyton fennállanak s különösen járáskor fokozódnak, úgy hogy két hónapig ágyban kellett feküdnie; ezenfelül étvágyát vesztette, makacs székrekedésben szenved, holott azelőtt mindig rendesen volt széke és lesoványodott. Ezek miatt jelentkezvén a szt. István-kórházban, 1901. márczius 28-dikán *Herczel* tanár osztályára vétetett fel a következő állapotban:

Kövér, igen vastag hasfallal biró nő, mellkasi szervei épek; a bal bordaív alatt a bőrön számos barna, mélyen behúzódó heg van.

A bal bordaív alól egy emberfejnyi, gömbölyded, kissé dudoros tumor emelkedik ki, mely a középvonalon túl terjed, s lefelé majdnem a spina ant. superiorig ér, minden irányban elég jól mozgatható, csak a hegek táján látszik a mellső hasfalhoz rögzittettnek.

Diagnosis: Cysta pankreatis.

Az 1901. május 24-dikén végzett műtétkor, melyet *Herczel* tanár végzett, kitünik, hogy a daganat retroperitonealis elhelyezésü és cystikus; felette a gyomor, alatta a colon vonul el; ezek részben fedik is, úgyszintén az igen hájdús és csomós csepplesz. Ezt félretolva, próbapunctioval barnás színü folyadékot nyerünk, mely górcső alatt nagyobbrészt zsírcseppeket és csak igen kevés genysejtet tartalmaz. A gyomrot fel, a colont letolva a ligamentum gastrocolicumon át a daganatból gyermektenyérnyit szabaddá teszünk s Mikulicz-tamponadot alkalmazva, a hassebet zárjuk.

[1] Kivonatosan előadva a budapesti kir. Orvosegyesület 1905. február 4-diki ülésén.

[2] Dolgozatom befejezése óta még 3 zsírszövetnekrosist volt alkalmunk észlelni, ezek kórtörténetét függelék alakjában fogom közölni.

Május 29-dikén a Mikulicz-tampon el lőn távolítva, az üreg megnyitása után abból sok kávébarna folyadék nekrotikus szövetczafatokkal elegyesen ürül.

A junius 2-dikán végzett első csikváltás után az eddig teljesen láztalan betegnél a hőmérsék 39·7°-ig szállt fel, s az üregből bő secretio indult meg; a váladékkal együtt sok, egész diónyi nekrotikus czafat ürült ki.

A betegnél ezen bő secretio sokáig tartott, s e mellett folyton lázas — 38—39·7° közt ingadozó esti hőmérsékkel — volt, junius végétől a secretio csökkent, a hőmérsék újra normális lett (junius 26-dikától kezdve), a beteg erőbeli állapota azonban fogyott, táplálékot alig vett magához, s folytonos diarrhoeái voltak. Julius 2-dikán a bal lumbalis tájon egy tályog mutatkozott, melyet bőven megnyitottunk, s melyből nagy mennyiségű geny ürült.

A betegnél ezután láztalan napok, időnként 39·1°-ig felemelkedő temperaturákkal váltakoztak, s folytonos hasmenések, másrészt táplálékfelvétel hiánya folytán beállott inanitio következtében 1901. augusztus 14-dikén meghalt.

A *Feldmann* tanársegéd által végzett boncolás a következőket állapította meg:

Jól táplált női hulla hasának közepén a proc xiphoideustól lefelé két ujjnyira egy 17½ cm. hosszú vonalas heg halad a középvonalban lefelé, melyet számos harántirányú heges csík keresztez, a hegnek körülbelül a közepén bal oldal felé egy ezüstforintnagyságú, sarjjal fedett bőrhiány, melynek bal oldalán egy hüvelykujjat befogadó, a hasür felé vezető sipolynyilás van. A bal bordaív alatt közvetlenül a bimbó- s mellső hónaljvonal között egy harántirányú, 5½ cm. hosszú, 7½ cm. széles, tátongó, lekerekített szélü anyaghiány van a bőrben, melynek alapja sarjjal bevont, sima s külső végén egy ferdén befelé medialis irányban haladó sipolymenetbe jutunk, s az előbbi sipoly mentén bevezetett ujj az utóbbi sipolyba bedugott ujjal találkozik. A bordaív alatti seb mellett jobbra egy mandulamagnyi, kissé behúzódott sugaras heg, s ez alatt két ujjnyira mélyen behúzódott sugaras heg. A has közepén levő sipolynak megfelelőleg a nagy cseplesz s a mesocolon transversum a hasfalhoz oda van nőve. A sipoly a mesocolon transversumon megy át s egy körülbelül ökölnyi, a colon transversum s a gyomor között fekvő ürbe vezet, melynek fala palaszürkén elszínesedett, szívós, léczezetes; ugyanebbe az ürbe nyilik a bordaív alatti sipoly is (mely állítólag már gyermekkorában is megnyilt). Ezen ürből a pankreas mellső falával ferdén kereszteződve, egészen a rekeszig egy körülbelül 15 cm. hosszú hüvelykujjvastagságú sipolymenet halad ferdén felfelé, melynek fala mindenütt szívós, palaszürke, trabecularis. E sipolymenetben mintegy diónyi, pépes, könnyen szétnyomható, szennyes barnás, dögbüzü szabad tömeg van. A pankreasnak 7 cm. hosszú fejfelőli része jól felismerhető, habár vékony, petyhüdt, vérszegény. A ductus pankreaticust a duodenumtól kezdve 14 cm. hosszban sikerül felvágni, csakhogy a farka felé eső részében, attól kezdve, a hol a sipolymenet a pankreassal kereszteződik, már alig felismerhető, sorvadt, részben elzsírosodott lebenykékből álló, 1—2 mm. vastagságú pankreas-állománynyal van körülvéve. Az evürből sem a gyomorba, sem a bélbe áttörés nem jött létre. Elhalt zsíros részletek sem a pankreas állományában, sem a subperitonealis bőséges zsírszövetben nem találhatók. A pancreas farka az ökölnyi tömlő bal falában vész el.

Diagnosis: Nekrosis pankreatis (?) demarcata cum fistula spontanea sub arcu costali sinistro et fist. laparatomiae. Nephritis parenchymatosa acuta. Pneumonia incipiens lobi sup. dextri. Hepar adiposum (2900 gm.). Catarrhus bronchialis diffusus. Catarrhus intestini crassi cum erosionibus in colo ascendente. Adipositas universalis.

II. Sch. M.-né. 49 éves, Bácsföldvár. 1894-ig mindig teljesen egészséges volt; ekkor egy éjjel hirtelen rosszul lett, hányt, émelygett s gyomrában nagy fájdalmakat érzett, melyek állandóak voltak, s nem rohamokban jelentkeztek. Vért nem hányt, széke fekete nem volt, icterusban nem szenvedett. Ezen gyomorbaja egy évig húzódott, mely idő alatt többnyire ágyban feküdt, utána étvágya visszatért s jól érezte magát egész 1903. julius közepéig.

Ekkor újból gyomorfájdalmak lepték meg, melyek változó intensitással, de folytonosan fennállottak egészen a fasor sanatoriumba való felvételéig (1903. augusztus 21.). Teljesen étvágytalan, folyton hány, hányadéka zöld, véres vagy kávéaljszerü sohasem volt. A hányás az étel bevételét rögtön követi, könnyen hány, minden hányást azonban erős gyomorfájdalom előz meg. Jeges vizen kivül nem vesz semmit sem magához, széke ritkán van. Az utolsó hetekben lesoványodott.

Felvételekor az erősen lesoványodott, halvány, de nem cachexiás küllemü nőbeteg tüdő- és szivhatárai normálisak, légzése puha sejtes, szivhangjai tiszták. P. 100—116, igen gyenge, R. 20, kissé erőlködő. Jobboldalt fekve könnyebben légzik, baloldalt és háton fekve nehezebben.

Has petyhüdt, mérsékelten elődomborodó, a gyomorgödör táján nyomásra érzékeny s itt a proc. xyphoideus alatt két ujjnyira harántirányú, a légzési mozgásokat igen homályosan követő s gyenge körölt pulsatiót mutató, meglehetősen kemény, nyomásra igen érzékeny és spontan fájdalmas resistentia foglal helyet, mely felett a kopogtatási hang tompult dobos.

Egyebütt a hasban resistentia, érzékenység ki nem mutatható. Máj, lép nem tapintható, tompulatuk normális. Vizeletben rendellenes alkatrész nincs. Hőmérsék intermittáló kisebb emelkedéseket mutat.

Ezen tünetek alapján pankreastumor, esetleg tályog diagnosissal történt 1903. szeptember 2-dikán a mütét, melyet Schleich-féle anaesthesiában Herczel tanár végzett. Egy 12 cm. hosszú metszéssel a linea albában a köldök felett behatolván, megnyitotta a hasüreget, midőn kitünt, hogy a daganat tényleg a gyomor mögött foglal helyet. A ligamentum gastrocolicumon óvatosan áthatolván, miközben a mütét terrenumát, a hasürt tamponokkal jól izolálták, egy tályogürre bukkant, mely egészen a gerinczoszlopig terjedt s melyből sok nekrotikus zsírczafattal elegy híg, sárgás geny ürült. Bő tamponad. Kötés.

A beteg mütét után erősen collabált s néhány óra mulva meghalt. Boncolás a család kívánságára — sajnos — mellőzve lőn.

III. B. R., 32 éves hajadon, varrónő, Nagyváradról. Atyja tuberculosisban halt el, anyja él és egészséges. Nem szült, nem abortált, havi baja mindig rendes volt. Mindig egészségesnek érezte magát, csak egy kicsit gyenge gyomrú és állandóan vérszegény volt, kevesett evett de fájdalma, hányása sohasem jelentkezett; súlya betegsége előtt 82 kiló volt.

1903. május végén kezdődött betegsége hasfájdalmakkal, hasmenéssel és makacs hányással; gyomra semmiféle ételt, még vizet sem türt. Hasmenését orvosai elállították, de hányása nem szünt meg. Majd hasának jobb felében fájdalmai keletkeztek és lázas lett, később pedig hasának jobb felében egy daganat keletkezett, mely folyton nőtt, míg julius vége felé egy izben bő sárgás, genyes folyadék nem ürült végbeléből; ekkor hasa leapadt, később azonban újra megnőtt. Végbeléből genyes folyás azóta nem jelentkezett. Betegsége óta nagyon lesoványodott és elgyengült, sárgasága sohasem volt.

Folytonos hányása, teljes étvágytalansága, daganata és állandó lázas állapota miatt vétette fel magát 1903. augusztus elején Korányi Sándor tanár szt. István-kórházi osztályára, honnan mütét czéljából 1903. augusztus 16-dikán lett Herczel tanár osztályára áttéve a következő jelenállapottal.

Nagymértékben lesoványodott nő, arczszine fakóhalvány, nyelve száraz; nyelés szabad, étvágy nagymértékben csökkent, szomj kissé fokozott. Gyakran hány, a hányadék ételmaradékokat tartalmaz, savanyú szagú, néha kissé epés színezetü.

Mellkasi szervek épek.

A has jobb felében elődomborodó, általában kissé puffadt és feszes. Az elődomborodás helyén egy elmosódott határú, kemény, nyomásra érzékeny resistentia tapintható, mely a jobb bordaív alatt egy ujjal kezdődik s majdnem a Poupart-szalagig terjed; balfelé a köldököt egy ujjal meghaladja, s hátrafelé elmosódottan megy át a lumbalt ájba. A daganat szélei felett a kopogtatási hang tompult-dobos, a közepén tompa. Léptompulat normális. Májtompulat alsó határa két ujjal a bordaív felett, felső határa a parasternalis és bimbó-vonalban az V., a hónaljvonalban a IV. borda. A májtompulatot a daganattól dobos csík választja el. Rectalis és vaginalis vizsgálat normalis viszonyokat tüntet fel. Vizelet savi kémhatású, benne sem fehérje, sem czukor ki nem mutatható.

Pulsus állandóan szapora (110—120 közt ingadozó), könnyen elnyomható, a hőmérsék állandóan emelkedett.

Ilyen körülmények közt a diagnosist hasüri genygyülemre tettük, melynek eredetére nézve az anamnesis pontatlansága, homályos volta s a tályog sajátszerü elhelyeződése miatt nem birtunk magunknak pontosan számot adni. Az előrement gyomornehézségek ulcus ventriculi perforatiojára engedtek gondolni, ennek azonban nem felelt meg a tályog helyzete; epeköveket engedtek gyanítani a bántalom elején jelentkező, a jobboldali bordaív táján székelő fájdalmak, de a tompulatot egy dobos csik elválasztotta a májtól, s igy ezen felvétel mellett sem maradhattunk meg; appendicitisnek is szokatlan volt a tályog elhelyeződése, de meg a bántalom kezdete sem vallott ilyen megbetegedésre. A női genitaliákból, valamint a veséből kiinduló valamely genyes folyamatot a normális genitalis lelet s a teljesen rendes vizelet miatt nem voltunk hajlandók supponálni. Pankreasból kiinduló genyedésre is gondoltunk, de hiányzott a hirtelen peritonealis tünetekkel való kezdet, és a tumort is ilyenkor inkább az epigastriumban vagy a bal hypochondriumban vártuk volna.

Legvalószinübbnek látszott, hogy vagy egy duodenalis fekély kapcsán fejlödött tályoggal állunk szemben, minek a régi gyomorpanaszok, a tályog elhelyeződése is — a mennyiben a mesocolon transversum mentén való genysülyedést lehetett felvenni — megfeleltek volna, s a duodenum távoli fekvésénél fogva a fali hashártyától, ha az az áttörés nem történik hirtelen, hanem már előző adhaesiók közé — a relativ fájdalom nélkül való kezdet, s az utóbb csak a daganattal egyidejüleg fellépő fájdalmak is érthetők voltak. Másfelől meg a kezdeti hasmenések arra is engedtek gondolni, hogy vagy béltuberculosissal, vagy talán typhusos bélfekély perforatiojából származó tályoggal állunk szemközt.

A magas hőemelkedések, az egyén elesettsége, a folytonos hányás, melyet a gyomornak vagy duodenumnak a nagy tályog általi compressiojából kellett magyaráznunk, mindenesetre kötelességünkké tették, hogy beavatkozzunk s a genyet kiürítsük.

Augusztus 18-dikán enyhe aethernarcosisban laparotomiát végeztem a betegen, a jobb rectus külső szélén vezetett 15 cm. hosszú metszéssel; a peritoneum erősen megvastagodott, megnyitása után a hasürből igen sok, körülbelül 3—4 liter sajátszerü, édes szagú, sárgászöld geny ürül, benne részben feketés, részben kénsárga, lebenykés szerkezetet mutató, kenőcsszerüen mázolható és mállékony képletek úszkáltak. Hasonló massával van borítva a tályog egész fala, melyet leszedvén, kiderül, hogy a falat vérzékeny, bársonyszerü felülettel biró, körülbelül 1/2 cm. vastag kéreg alkotja, mely azonban nem sima, csak a mellső hasfal irányában, hátrafelé azonban számos kisebb-nagyobb, általában gyermeköklnyi loculamentumok vannak rajta, melyek mind a leirt kenőcsszerü anyaggal töltvék ki.

A tályogür terjedelme igen nagy; egyfelől a jobb bordaív alá, másfelől le a kis medenczéig nyúlhatunk kezünkkel, a mellső hasfal alatt pedig az üreg átterjed a bal bordaív alá, miért is a bal rectus külső szélén egy contraincisiót csinálunk. Bélkacsok, máj, epehólyag, pankreas a tályogban nem tapinthatók, azonban a tályogüreg hátrafelé terjed egész a gerinczoszlop jobb oldaláig s itt igen sok mállékony, kenőcsszerü anyag foglal helyet. A tályog ürt a lehetőségig kitisztítjuk, gaze-zel kitamponáljuk, a gaze közé négy draincsövet helyezünk.

A geny és a tályogfal szövettani és bakteriologiai vizsgálata, melyet *Genersich* tanár úr intézetében *Feldmann* dr. tanársegéd úr végzett, a következőket mutatta ki:

A friss genyszerü anyagban sok szemcsés sejt (szemcsegömb), sejttörmelék, kevés vörösvérsejt, különálló s pázsit- vagy kévealakú csoportokat képező tüalakú, színtelen jegeczek, továbbá sárgás festékrögök s csillagalakú jegeczcsoportok találhatók.

A *methylenkékkel festett* folyékony anyag nagyobbára szemcsés s fonalas tömegből áll, melyben kevés mononuclearis sejt és számos rövid, vastag bacillus látható. Utóbbiak nagyobbára páronként fordulnak elő, néhol nagyobb halmazt is képeznek.

A bacillus függő cseppben nem mozog; agaron, glycerinagaron vaskos, szürkés-fehéres, fénylő lepedéket alkot; a tejet megalvasztja; a szőlőczukrot erjeszti. Tengerimalacz sem subcutan, sem intraabdominalis oltás után nem mutat kóros változást. Egereken sem constatálható pathogenitás.

A tömlő falában kivül kevés zsírszövetet, majd sejtszegény, rostos kötőszövetet látunk, mely ép úgy, mint a bősejtü (gömbsejtesen beszürödött) belső réteg, igen dúsan van vékonyfalú és duzzadásig telt vérerekkel ellátva; a tömlő belső felületén nem található hámboríték.

A tömlő pépes tartalmából kiválasztott szövetdarabkák metszetein kisebb-nagyobb zsírlebenykék láthatók, melyeknek magfestést nem mutató sejtjei sokhelyt elmosódott határúak és a melyeknek protoplasmája alig festődő szemcsés anyagból áll. A zsírlebenykék közti, szintén elhalt szövetben tág véredények láthatók finoman szemcsés vagy durva, homogen, van Gieson szerint barnásan festődő alvadékkal kitöltve. Néhol az elhalt zsírszövetben is észrevehetők ily alvadékkal telt vérerek. Azonkivül hol gyérebben, hol sürübben sárgás festékszemcsék és rögök, valamint elvétve apró sárgásbarna csillagos jegeczek is vannak elhintve.

Diagnosis: Necrosis textus adiposi, peritonitis saccata.

Tehát egy zsírszövetnecrosissal állottunk szemben s a tályogot a sequestrálódó elhalt zsír okozta.

A beteg mütét után nagyon collabált, konyhasóinfusioval, kámforral kellett tartani; a hőmérsék a mütét utáni napokban leszállt, 20-dik napon emelkedett egyszer 39·1-ig, az azelőtti és azutáni napokon 37·3—37·6 közt ingadozott, ritkán emelkedett 38-ig a maximalis temperatura. A seb igen böven secernált, büzös váladékot termelt s daczára a ieggondosabb ápolásnak, táplálásnak, a beteg erőbeli állapota nem gyarapodott, pulsusa igen szapora (120—140) és gyönge maradt s egy augusztus 31-dikén fellépett baloldali bronchopneumonia 3 nap alatt végzett vele. Szeptember 3-dikán, tehát 3 1/2 hóval a betegség kezdete után, állott be az exitus.

A *Feldmann* dr. egyetemi tanársegéd úr által végzett boncolat a következőket derítette ki:

A mérsékelten táplált női hulla hasán a középvonaltól jobbra 3 cm.-nyire, a nyolczadik borda alsó szélétől kezdve 18 cm. hosszú, 9 cm.-nyire tátongó seb halad függélyes irányban lefelé, melynek 12 cm. hosszú részében a hasür meg van nyitva; a nyiláson libatojásnyi, szennyes-barnán elszínesedett bélkacs (colon ascendens) emelkedik ki, mely a fehéres érdes pettyekkel behintett csepleszszel van beborítva. A sebszélek körül a hám 1—2 cm.-nyi szélességben letörülhető és az irha nedves, fehér; a sebfalon a 2 1/2 cm. vastag zsírréteg még elég jól megkülönböztethető.

A has bal oldalán a középvonaltól 6 1/2 cm.-nyire egy a bordaivnél kezdődő, szintén függélyes irányú, 10 1/2 cm. hosszú seb van, melynek alsó vége 1 1/2 cm. hosszban behegedt. A seb közepéből 4 cm. hosszú nyilás vezet ferdén a középvonal felé a hasürbe. A sebcsatorna falai halvány-szürkék, simák.

A böralatti kötőszövet a hasfalon akár 2 1/2 cm.-nyi vastag, erősebben sárga zsírréteget képez.

Az alsó hasürben szabad folyadék nincs. A jobboldali sebnyilás egy tenyérnyinél szélesebb, lapos üregbe vezet, mely az által, hogy határán az odafekvő cseplesz a hasfalhoz gyengén odanőtt, a hasürtől el van rekesztve. Az üreg egy a hasfal és a cseplesz közt elhaladó hüvelykujj-tágasságú csatornán keresztül a hasfal bal oldalán levő sebnyilásig folytatódik. A nagy cseplesz a hasfal bal feléhez is vékony kötőszöveti hártyák által odanőtt, az összenövések szétbontásánál a bal inguinalis tájékon tyúktojásnyi tályog nyilik meg, mely a fali hashártya és a nagy cseplesz bal alsó szeglete között foglal helyet és a mely sürü zöldes-sárgás genyben fakófehéres és sárgás, mákszem egész lencsényi, lapos, pépszerüen szétnyomható testeket tartalmaz. Ezeknek egyikében-másikában apró mészszemcsék is érezhetők. A vékonybelek felső hurkai egymással, valamint a mesocolon transversummal kötőszöveti laza szalagok által összenőttek; az összenövések szétbontásakor tyúktojásnyi ür nyilik meg, a mely zöldessárgás geny mellett fehéres és sárgás, köles-lencsényi, pépes anyagként szétnyomható lapos testecskéket tartalmaz.

Ezenkivül borsó- egész mogyorónyi czafatos, genyesen átivódott, szintén könnyen szétnyomható fehéres szövetdarabokat kapunk, a melyekben halvány és sötétebb barnás-vörös pontokat is látunk.

Ezen tályognak megfelelőleg a mesocolon transversumon egy három ujjat befogadó és több köles-borsónyi nyilás van. A nagy nyiláson át a pankreas farkához vezető, körülbelül hüvelykujjtágasságú és vagy 5 cm. hosszú csatornába jutunk. A máj jobb lebenye a rekeszszel és a hasfallal hártyásan összenőtt. A gyomor pylorus feletti mintegy 3 cm. hosszú részlete, valamint a duodenum a máj alsó felületéhez és az epehólyaghoz odanőtt. A lig. terestől jobbra, az epehólyag, a máj alsó felülete és a pylorus között egy diónyi tályog van, mely zöldesbarnás geny mellett szintén czafatos, pépesen szétnyomható szövetdarabokat tartalmaz.

A rekesz domborulata jobboldalt a negyedik borda felett van, baloldalt az ötödik borda felső szélén.

A bal mellürben szabad folyadék nincs, bal tüdő hátul hártyásan odanőtt; a jobb tüdő alsó lebenye részben hártyásan odanőtt, legnagyobbrészt rostonyásan odatapadt.

A szívburokban mintegy 30 cm^3-nyi tiszta savó. A szív középnagy, üreiben folyékony vér, szürkésfehéres rostonya és sötétvörös laza véralvadék. Izomzata vékony, petyhüdt, kissé szakadékony, halvány, zavaros. A billentyűk épek. Az aorta belhártyáján nehány fehéres petty.

A bal tüdő felső lebenye szivacstapintatú, halvány, vérszegény, alsó lebenye legnagyobbrészt tömött, halvány, szürkésvörös; metszlapján kendermag-babnyi, legnagyobbrészt szabálytalan alakú, a metszlapon kissé kiemelkedő, finoman szemcsés, szürkés fehéres és sárgás területek látszanak, melyeknek megfelelőleg híg, genyszerű, csaknem teljesen légtelen folyadék nyomható ki. A szemcsés góczok közé eső tüdőszövet hol légtelen, hol savósan beszűrődött.

A *hörgökben* sok zavaros habzó savó, nyákhártyájuk duzzadt.

A *jobb tüdő* alsó lebenye, úgyszintén a középső, valamint a felső lebenynek alsó hátsó része a bal tüdő alsó lebenyéhez hasonlít, csakhogy a szürkés törékeny góczok valamivel gyérebben vannak.

Az *aorta* íve sima, a *légcső* alsó része belövelt, *gége, torok, bárzsing* halvány.

A *lép* a rekeszszel, a gyomor fundusával, a máj alsó felületével és a flexura lienalissal összenőtt; felszabadításakor tályogür nyilik meg, melyben egy majdnem tyúktojásnyi, czafatos szövettömeg szabadon foglal helyet. Az utóbbi egy harmadrészében genyesen átivódott, lágy, de meglehetősen szívós szövetből áll; a többi része hol fehéres, hol sötétes barna, könnyen szétnyomható; a tályogür a mesocolon transversum nyilásán át a has jobb oldalán a máj alatt levő nagy eltokolt tályogüreggel közlekedik.

A *lép* kissé duzzadt, lágy, legnagyobbrészt palaszürkén elszínesedett.

A *vesék* körüli zsírszövetben különösen felső végükhöz közel köles-babnyi, krétafehér, kissé tömött lemezek vannak. A bal vese felső végén a vese körüli kötőszövet szennyes-szürkés nedvvel átivódott, maga a vese kissé megnagyobbodott, lágy, kocsonyaszerűen rezgő, halvány, zavaros.

A mellékvese is duzzadt, lágy, a körötte levő zsírszövet is levesesen átivódott és köles-borsónyi fehér góczokat tartalmaz.

A *pankreas* sorvadt, sima felületű, farki részlete kissé duzzadt, de mirigylebenykéi jól kivehetők, halványak. Csak egész felületesen van benne nehány mákszem-kölesnyi fehér petty. A hasnyálmirigy, a farka körötti zsírszövet, a mellett, hogy szennyes-barna lével átivódott, kendermag-borsónyi, fehér, elhalt zsírlebenykékkel sürűn be van hintve; e hely szomszédságában a palaszürkén elszínesedett, szintén leveses tályogfal a legvastagabb (2—5 mm.). A pankreas vezetéke középtág, mindvégig átjárható.

A *máj* kissé duzzadt, petyhüdt, nagyon szakadékony, fakósárga, vérszegény.

A *vékonybelekben* kevés világos-sárga nyák, a *vastagbelekben* sok pépes, világos-sárga bélsár; nyákhártyájuk halvány. A flexura coli sinistrán több lencse-babnyi nyilás van, melyeken át a pankreas melletti tályog a bélűrrel közlekedik.

A vékony *csepleszben* és a mérsékelt zsírtartalmú fodorban mákszem-kendermagnyi, gyéren elszórt krétafehér foltok. A flexura sigmoidea nyálkahártyája duzzadt és belövelt, egyebütt a bél nyálkahártyája halvány.

Diagnosis: Necrosis textus adiposi omenti maioris, mesocoli transversi, mesenterii et praecipue peripankreatici cum abscessu in propinquitate. Caudae pankreatis ad flexuram lienalem coli perforante. Peritonitis saccata. Laparotomia. Bronchopneumonia extensa. Degeneratio parenchymatosa myocardii, renum et adiposa hepatis.

(Folytatása következik.)

Diphtheriának tekintsük-e a rhinitis fibrinosát?

Vladár Márton László dr. kórházi főorvostól.

Az „Orvosi Hetilap“ 1894. XXXVIII. évfolyamának 8-dik számában 9 eset kapcsán foglalkoztam a rhinitis fibrinosának azon alakjaival, a melyeket gyakorlatomban az akkortájt alsó kagylók hypertrophiái ellen ajánlott és általam végzett chromsavedzések után észleltem, s kimerítően ismertettem az ezen bántalom ellen specifikusan ható jodoform alkalmazását.

A mióta a rhino-chirurgiának az utolsó évtizedben tapasztalható előrehaladásával mindinkább előtérbe nyomult a véres beavatkozás, conchák túltengéseinek s a csont deformitásainak vágó eszközökkel való eltávolítása, az abrasio és a conchotomia, ezek az esetek, a melyek 1894 ben oly tömegesen kerültek észlelésem alá, teljesen elmaradtak, de még gyermekgyakorlatomban sem volt alkalmam oly idiopathice jelentkező esetet észlelnem, mint a milyenekről egyes szerzők beszámoltak, s a melyekre a rhinitis fibrinosa diagnosisa ráillett volna.

Nasalis diphtheriák olyan gyermekeknél, *a kiknél az általános diphtheriás toxaemia* minden jele fennáll, nem tartoznak a ritkaságok közé, s így ilyen esetekben nem is állhat fenn kétség az iránt, hogy az orrbeli folyamatot diphtheriásnak minősítsük.

Egészen másképen áll azonban a dolog azon betegeknél, kiknél az orrbeli folyamat fennállása mellett sem a garatban, sem a környéki mirigyekben, sem pedig az általános constitutioban nem lelhetők fel azok a jelek, a melyek a folyamat diphtheriás voltára vallanának.

S ebből magyarázható az, hogy a rhinitis fibrinosa pathogenesisét illetőleg még ma is — a mikor pedig a Löffler-féle bacillus specifikus volta minden kétséget kizárólag bebizonyitottnak tekinthető — teljes zavar uralkodik.

1894-ben közölt eseteim nasalis trauma után keletkeztek, s akkortájt nem terjeszkedtem ki a betegség keletkezésének okára, annál kevésbé mert hiszen bakteriologiai ismereteink a diphtheriát illetőleg akkor még bölcsőkorukat élték, s a croupos folyamatot, a melynek identitása ma már kétségbevonhatlan, a diphtheriától teljesen eltérő betegségfajnak minősítettük. És mindennek daczára már akkor is arra az álláspontra helyezkedtem, hogy az orrüregnek cauterisatio után beálló lobja *sebfertőzésből eredő betegség*. De feltünt nekem már akkor is, hogy ezen exsudativ folyamat tisztán mint localis zavar lépett fel, 10—14 nap alatt lezajlott, s általános diphtheriás jelenségek nem követték.

Ujabban a Deutsche Med. Wochenschrift 1905. 2-dik számában Wolff L. frankfurti orvos foglalkozik ezzel a sajátságos betegséggel, s megvallom, hogy fejtegetései már csak azért is megragadták figyelmemet, mert gyakorlatomban egyszerre 2 igen typikus esetét a rhin. fibrinosának volt alkalmam észlelhetni, melyekből kifolyólag az a meggyőződés gyökerezett meg bennem, hogy Wolff felfogása ezen betegség aetiologiáját illetőleg megegyezik úgy korábbi észleleteimmel, mint jelenlegi álláspontommal.

Ma már tagadhatlan, hogy a Löffler-féle bacillus ubiquitaer jellegü, s előfordul az nemcsak valódi diphtheriában, hanem teljesen egészséges egyének felső levegő utaiban is, s kimutatták ujabban azt azon fibrinosus izzadmányokban is, a melyek az orrban arteficialis úton, cauterisatio vagy galvanocaustica által hozattak létre. S ez képezi talán alapját sok szerző ama feltevésének, hogy pusztán bacillaris lelet alapján valakinek diphtheriát imputálni nem áll jogunkban, hacsak az általános tünetek jelenléte erre fel nem jogosit.

Erre az álláspontra helyezkedik *Scheinmann, Meyer* és különösen *Peltesohn*, a kik a rhin. fibrinosát mint különálló betegségspeciest tüntetik fel, a mely a diphtheriával szemben élesen elhatárolható, a mennyiben mindig localisan folyik le, nem terjeszkedik, s általános fertőzés képét nem mutatja.

Ezt a következtetést én a magam részéről bebizonyitottnak

semmikép sem vehetem, mert az, a kinek alkalma van különböző diphtheria-eseteket kezelni, tapasztalhatta, hogy ezek között is milyen nagy fokozatbeli különbségek állanak fenn. Nincs gyakorló orvos, a ki nem számolhatna be olyan esetekről, a mikor egy és ugyanazon családban minden gyermeken más és más fokú diphtheritis lépett fel, s ne látott volna súlyos eset mellett teljesen enyhét croupszerű lepedékkel, de minden általános toxicitás nélkül.

Ilyen jelenségek elég mindennaposak, de vajjon kinek jutott volna ilyenkor eszébe az egyik esetet valódi diphtheriának jelezni azért, mert láz és mirigybeszüremkedések voltak, és nem diphtheriásnak tekinteni a másikat, mert e tünetek hiányoztak.

Azt hiszem tehát, s orvosi pályámon igen nagy számban jelentkezett diphtheriás betegeimen szerzett tapasztalataim alapján kijegeczedett bennem az a meggyőződés, hogy a torokban és az orrban jelentkező mindenféle exsudativ folyamatot diphtheriásnak véleményezzek, tekintet nélkül arra, hogy általános fertőzést vont-e maga után vagy nem. A különbség nézetem szerint csak az, hogy míg az egyik esetet súlyosnak, addig a másikat közepesnek s a harmadikat enyhének mondom, de a lényeg mind a háromnál egy és ugyanaz.

Nem tudom belátni, miért kelljen épen az orrbeli fibrinosus gyulladással különbséget tennünk, mint a hogy különbséget tettek a gégecrouppal, a melyről pedig ma már tudjuk, hogy nem valami önálló vagy ismeretlen genesisü betegség, hanem a diphtheria csak egy más helyen való jelentkezése.

Nem jogosult tehát ezen betegségnek szigorú elkülönítése a valódi diphtheriától, mert hiszen számos megfigyelés bizonyítja, hogy teljesen kifejezett rhinitis fibrinosa után is más egyéneken, vagy még ugyanazon egyénnél is későbben specifikus diphtheria lépett fel, a mi legjobban bizonyítja ezen két bántalom teljes azonosságát.

Ezek előrebocsátása után legyen szabad ezen vitás kérdés tisztázhatása czéljából a két eset kórrajzát közölnöm.

1. Az első eset egy 9 éves gimnazista tanulót illet, kit anyja folyó évi január hó 19-dikén azzal a panaszszal hozott rendelésemre, hogy fia már egy hét óta állandóan náthás, s ez okból folyton nyitott szájjal légzik, s éjjel nyugtalanul alszik. Az intelligens anya állítja, hogy a fiú első nap kissé lázas volt (axill. hő 38°), de azóta nem lázas, állandóan jókedvü és fennjár.

Betegemet születése óta ismerem. Kissé szegényvérü, lymphatikus gyermek, ki azonban, eltekintve egy kanyarótól s mult év október havában kiállott enyhe vörhenytől, beteg alig volt.

Anyja állítja, hogy jelen megbetegedése első napjaiban vöröses orrnyálkát fujt ki a fiú, de azóta rendes náthás váladéka van.

Mindkét orrürege vastag croupszerü álhártyákkal kibélelt, melyek a septumról csipővel eltávolíthatók, s akkor alattuk a vérbő és helyenként vérző nyálkahártya látszik. Állalatti és állcsúcsi mirigyek nem tapinthatók, garat és orrgaratüreg teljesen normalis. A kifúvott orrnyák nyákos-genyes.

Orrvérzése a kis betegnek csak egy izben volt. Hőmérséke 36·9° C, közérzete teljesen jó. Vizeletben fehérje nincs.

Betegnek 1000 A. E. magyar serumot fecskendeztem be, s orrába naponként 4-szer 20%-os jodoform-emulsiót rendeltem becsepegtetésül.

Szigorú ágyban fekvés.

Ezen kezelés mellett az orrüreg már január 29-dikén teljesen megtisztult az álhártyáktól, s a garatbeli szervek mindvégig egészségesek maradtak.

A betegnek 7 éves kis növérénél január hó 28-dikán lázzal és az állkapocs mögötti mirigyek erős duzzanatával szövődött torokdiphtheria lépett fel, vékony álhártyás izzadmánynyal mindkét mandolán.

Serumkezelés mellett a gyermek torka már 4 nap alatt megtisztult s a többi tünet is teljesen visszafejlődött.

2. A második eset, a mely ugyanazon napon — január 19-dikén — került észlelésem alá, a következő Egy 7 napos, gyengén fejlett csecsemőhöz hivattak, kinek köldökzsinórja előtte való nap levált, de már 2 nappal a leválás előtt a köldökgyürü körül élénk gyuladásos pír jelentkezett.

A köldök helyén koronányi, helyenként sarjadzó, nagyjában azonban inkább szennyes lepedékkel bevont seb látható. A köldök környéke tenyérnyi terjedelemben élénk pirosan belövelt, bőre feszes, fénylő. Az újszülött lázas és székletétei dyspeptikusak. Egyébként élénken szopott.

A beteg köldökre sublimátos párakötést tettem.

A betegség további lefolyása következőképen alakult:

Január 20. A köldök gyuladásos udvara kisebb, a bőr finom ránczokat mutat, a köldök sebéről nekrotikus czafatok váltak le.

Január 21. A köldök belöveltsége ezüstforintnyi terjedelmü, *A gyermek náthás*, nyitott szájjal légzik, rosszul szopik. Orrbeli lelet negativ.

Január 22. A köldök sebe a levált nekrotikus szövetek folytán üstszerüen bemélyedt, a mélyben piros sarjakkal fedett, az üreg szélein levő bőralatti kötőszövet szennyes-sárgás. A gyermek orrlégzése oly mértékben akadályozott, hogy szopni teljesen képtelen.

Mindkét orrüreg majdnem a bőr széléig vastag, croupszerü álhártyákkal kibélelt, melyek csipővel leemelhetők. Torok szabad. Hő 38°. Nyaki mirigyek nem tapinthatók.

Január 23. Az uvulán és a mandolákon élénk belöveltség látható.

Január 24. Uvula mindkét oldalán és a mandolákon a orrbeli lepedékhez teljesen hasonló croupszerü izzadmány lépett fel. Rectalis hő 38°. Mirigyek rendesek. A köldök sebe szalonnás külsejü, szennyes.

Január 25. Az orrüreg izzadmánya megvékonyodott, retrahálódott, jóval kevesebb és vékonyabb, mint előző nap. A garatbeli izzadmányon is helyenként kikopás látható. A gyermek collabál.

Az anya lázas, nehezen nyel, jobb állkapocsmögötti mirigye diónyi, dagadt, fájdalmas, jobb mandoláján fillér nagyságú diphtheriás lepedék látható.

Este 1/2 10-kor a gyermek elhal.

* * *

Ha ezek alapján most már eseteim kritikájába bocsátkozunk, úgy azt látjuk, hogy az első eset egy oly gyermeket illet, kinél az orrbeli folyamat mint teljesen lokalizált betegség folyt le, a nélkül, hogy a diphtheriának bármely más egyéb jelét lehetett volna felfedezni. Meg vagyok róla győződve, hogy ha bakteriologiai vizsgálatot lett volna alkalmam eszközölni, megtaláltam volna az álhártyákban a Löffler-féle bacillust s talán azok álláspontjára helyezkedtem volna, a kik azt csak accidentalis parasitának tekintik, miután a kis fiú betegsége a közérzet minden zavara nélkül folyt le. Lényegesen változtat azonban felfogásomon az a körülmény, hogy a beteg fiú nővére ragályoztatott és typikus torokdiphtheriát szerzett.

A második eset egy oly csecsemőn lépett fel, kinél septikus omphalitis volt jelen. Hogy mennyiben függött össze ezen esetemben a köldökbeli folyamat az orrbeli betegséggel, nem tudom és nem is akarom vitatni, ámbár bakteriologice nem látom e két betegség közötti nexust bebizonyítottnak. A tény az, hogy a csecsemő kifejezett rhinitis fibrinosát szerzett, a mely eltérőleg előbbi esetemtől, a torokra is átterjedt. A folyamatnak ezen leterjedése a torokbeli képletekre ritkább kórjelenség, s ha fel is lép, nem szokott kiterjedt plaque-okban jelentkezni, hanem inkább disseminált foltokban, a mint azt 1894-ben közlött eseteim egynémelyikében tapasztaltam.

Ezen esetemben azonban inkább a köldökből kiinduló sepsis uralta a helyzetet, s ez vezetett a letalis kimenetelhez, nem pedig az orrbeli folyamat, a mely elvégre is már gyógyulási tendentiát mutatott.

Az anya azonban, a ki beteg csecsemőjét sokat csókolgatta, diphtheriát szerzett.

Eléggé typikus és nyilvánvaló tehát már ezen kórrajzok alapján is, hogy a rhinitis fibrinosa, mely az esetek túlnyomó számában 10—14 napos betegségi cyklusban folyik le, nem tekinthető önálló kórfajnak és a magam részéről sehogysem tudnék azok pártjára állani, a kik azt a valódi diphtheriától teljesen elválasztják s még positiv bakteriologiai lelet alapján is csak akkor tekintik valódi diphtheriának, ha az általános fertőzés minden jele fennáll.

Gondoljuk csak meg, hogy ezen merev és egyoldalú felfogás hová vezethet. Ha a rhinitis fibrinosa csakugyan tisztán localis jellegü betegség, úgy nyilvánvaló, hogy az minden esetben le fog zajlani, s a környezet annak kárát nem vallhatja; s így elmaradnak mindazok az óvóintézkedések, a melyek úgy a beteg, mint a család többi tagjának megvédését czélozzák. De elmarad gyógykezelésünknek egyik leghatalmasabb tényezője, a serum is, a mely hivatva volna a betegségnek esetleges elhatalmasodását megakadályozni, a melyet pedig semmi körülmények között sem lehet teljesen kizárni.

Ha pedig ép úgy diphtheriának fogjuk fel a bajt, mint a hogy máskülönben erre teszszük diagnosisunkat, ha hasonló folyamat nem az orrban, hanem a garatban lép fel (minden szövődmény nélkül), mennyi felelősséget és lelkiismereti aggódást hárítunk el magunktól, ha megteszszük mindazt, a mi diphtheriánál még enyhe esetekben is szorgos orvosi kötelességünk.

Ezen alapon tehát, hivatkozva 11 évvel ezelőtt tett tapasztalataimra, nemkülönben jelen alkalommal közzétett kóreseteimre, egész határozottsággal szállok síkra azok véleménye mellett, *a kik a rhinitis fibrinosát minden esetben orr-diphtheriának tartják* s úgy therapeutice, mint prophylactice azon kezelésnek és eljárásnak a hívei, a melyet orvosi tudásunk jelenlegi álláspontja nekünk megszab.

Az énekesek légzési hibáiról.

Irta: *Tóvölgyi Elemér* dr.

(Vége.)

Legszembetünőbb eme légzési hiba az ének finomabb részleteiben. Igy például a messa di voce alkalmával. Ha ilyenkor magasabb registerbe való átmenetnél az énekes levegője igen fogytán van, úgy segít magán, hogy a hasfalak görcsös összehúzásával és a mellkas kilégző izmainak nagy megfeszítésével összes tartaléklevegőjét felhasználja, csakhogy a hangot végesvégig ki birja tartani. Magára nézve igen káros és a nézőre is kínosan ható erőlködéseket visz véghez.

A légzési hibákból származó ama zavaroktól, a melyek már közvetlenül a hangot érintik, nagyon természetes, hogy minden énekes lehetőleg szabadulni igyekszik. De miként? Nem a lélegzetének a megjavításával, hanem bizonyos, az énekére még inkább káros müfogásokkal. Ha például a hangnak épen a rossz légzés folytán nincs meg a kellő ereje, az énekes úgy segít magán, hogy a resonans üregek egyikét, a melyre csak néha van szüksége, állandóan hangjának működési körébe vonja, más szóval az orrgarat üreget használja fel meg nem engedhető módon czéljainak elérésére. Az által a hang ereje, terjedelme csakugyan gyarapszik, de szinezetének, melegségének a hátrányára. Az énekük ezáltal monotonná, hideggé válik. Már e helyen hangsúlyozom, hogy eme műveletnél nem a hang szinezete változik meg, hanem a hang szinezete megcsökken avagy egészen el is tünik. A hangból e műveletnél, hogy úgy mondjam, kivesz minden érzés, minden hajlékonyság, miután a szájnak, mint az alakját szükség szerint változtató üregnek, a működése a resonantia tekintetében nagyobbára elesik, mint a hogy a franczia mondja „la voix perd sa résonance et son charme". Budapest egyik nagyobb szinházának a tenoristája, míg figyelmeztetésemre le nem szokott róla, egészen ily módon énekelt. Ha az ember az illetőnek éneklés közben a szájába betekintett, nem lehetett ott egyebet látni, mint a hátával a kemény szájpad legnagyobb részéhez szorosan odatapadó nyelvet, a melylyel szinte görcsösen igyekezett a hangnak a szájba való jutását meggátolni. Természetesen e mereven a magasba emelt mozdulatlan nyelv részben a gége könnyed mozgékonyságát is akadályozta, de e mellett az énekből sem lehetett egy árva szót sem megérteni.

Ennek a hibának épen az ellenkezője, habár szintén a hang erejének a növelésére akar szolgálni, ama művelet, a melylyel az énekes a hanghullámoknak útjából mindenféle akadályt elhárítani igyekezik. E czélból a száját ad maximum kitágítja, a lágy szájpadot az orrüreg lehető elzárásáig emeli, a nyelvet pedig egészében az alsó metszőfogak szinvonala alá süllyeszti. Erre a hibára a legtalálóbb kifejezést az oroszlántorokkal való éneklés elnevezésben találom, miután hasonlatosképen az ásító oroszlánhoz, az így éneklőknél a szájban lévő minden kis rejtett zugocska a hátsó garatfallal együtt élénken szembetünik. Talán mondanom is felesleges, hogy e mellett az arcz kifejezése is rendkivül szenved, valóságos eltorzulások jönnek létre.

Két éve, hogy egy nálunk járt, különben igen szép hangú soprán énekesnő épen e hibája miatt nem nyerte meg tetszését a közönségnek.

A „Czigánybáró" Saffiját énekelte. Tudvalevően e darabban a szinpad Saffi énekének kezdetekor sötét. A míg a közönség a művésznőt nem látta, csakis a hangját hallotta, nagyszerüen ment minden, de midőn világosság támadt, a különben szép arcznak az ének alatti eltorzulása olyan kellemetlen hatást keltett, hogy az előbbeni lelkesedés mint a pára egyszeriben eloszlott.

II. A légzési hibák gyógyítása.

Mielőtt valamely egyénnél az alsó mellkasi-hasi légzésnek, mint egyedül helyén valónak a begyakorlásához hozzáfognánk, ama kérdést kell eldöntenünk, hogy kezdővel, avagy már huzamosabb idő óta működő énekessel van-e dolgunk? Önként következik, hogy az előbbinél sokkal kevesebb nehézséggel kell megküzdenünk, miután ama légzési hibákról, a melyek a helytelen légzési mód mellett, a rendszeres éneklés alatt előállanak, czeknél még nincsen szó. A növendékeknél egyébként is nem annyira a rossz légzés leszoktatásából, mint csupán a helyes légzési mód begyakorlásából fog állani munkánk. Itt az a szabály, hogy mindaddig, míg a kezdő nem sajátította el teljesen a helyes légzést, énekgyakorlatait semmi esetre se kezdje meg. Egy már huzamosabb idő óta rendszeresen éneklő egyénnel szemben viszont ily feltételeket, hacsak arra más körülmények nem kényszerítenek, nem tehetünk, csupán csak annyit mondhatunk, hogy mindaddig, míg a helyes légzési typus úgyszólván a vérébe nem ment át, énekénél csak a régi methodus szerint szabad lélegzenie. Szükséges ezen elővigyázat, mert a régi megszokott rossznak a jóval való felcserélése az énekesnek úgy is nagy türelmébe és munkájába kerül és ha idő előtt, a szinpadon igyekszik mindenáron az új mód szerint lélegzeni, még csak újabb hibákat fog elsajátítani, a melyek az énekre semmi esetre sem lesznek előnyösek, de meg a kedvét is szegik.

A légzési gyakorlatok két főosztályba sorozhatók.

Az elsőbe tartoznak mindama müveletek, a melyek a rossz és jó légzés közötti különbséget feltüntetik és egyszersmind a jónak az elsajátítására törekszenek; a másodikba a helyes légzés segélyével végzett ama gyakorlatok, a melyek a légzésben tapasztalt egyéb rendellenességek és hibák eltüntetésére törekednek. Ez utóbbi csoport alosztályát képezik még az úgynevezett túllevegőt és holt levegőt, valamint a kemény hangütést megszüntető gyakorlatok.

Bármely csoportról legyen szó, mindenkoron a következő pontokra kell figyelemmel lennünk.

1. A légzési gyakorlatok úgy végeztessenek, hogy az egyén saját magát mindig ellenőrizhesse és megfigyelhesse, azaz az illető tükör előtt álljon.

2. A belégzés mindenféle mellékzörejek nélkül pusztán az orron át végezendő, és nem, mint például Hermann, a berlini konservatorium tanára mondja, az orron és szájon át. A szájon át való belégzés a felső légutak hurutját elősegíti, e mellett úgy a nyugodt, mint a teljes légvételeket igen megnehezíti.

3. A kilégzés mindig a szájon át történjék, úgy mint az éneknél.

4. A kilégzés lassú legyen. Az énekesnek ezzel meg kell tanulni, hogy levegőjével a megengedett határokon belül szüken bánjék.

5. Minden fajta olyan ruhadarab, mely a légzésben gátul szolgálhat, elvetendő.

6. A testtartás, melyet az illető a gyakorlatok közben elfoglal, legyen természetes és ne erőltetett. Az ülőhelyzet nem engedhető meg.

7. A túl mély belégzés, mint megerőltető és teljesen czélszerütlen dolog, kerülendő.

8. Evés után, annak bőségéhez mérten, két-három óráig tilos a gyakorlás.

9. Az egyes gyakorlatok ideje pontosan meg nem határoz-

ható, átlagosan mondhatjuk, hogy naponta legfeljebb három izben végezhető három, öt perczig tartó és ötperczes szünetekkel váltakozó gyakorlat. Kezdetben kevesebb, később több időn át gyakorolhat.

10. Nöknél általában kétszer oly lassan haladjunk előre, mint férfiaknál, miután ők a helyes légzési typust az elmondottak alapján sokkal nehezebben sajátítják el.

11. Az első egy-két hét leforgása után az illető, kivéve a nyilt szinen való éneket, igyekezzék mindig az alsó mellkasi-hasi typus szerint lélegzeni.

12. A fáradás érzeténél a gyakorlás rögtön abbahagyandó.

A) Az alsó mellkasi-hasi légzés elsajátítását czélzó gyakorlatok.

1. A kezek tenyéri felülettel a mell és az ujjak végeivel a középvonal felé fordulva a szegymelletti és bimbóvonal területére helyeztetnek a II.—V. borda magasságában. Az egyént ekkor felszólítjuk egy mélyebb légvétel tételére, a midőn a rossz légzés következményeként a kezek követve a mellkas mozgását, emelkednek, az ujjhegyek kissé a középvonaltól távolodnak.

2. Az alsó mellkasi-hasi légzés magyarázata után e typus szerint lélegeztetünk. A kezek ily esetekben nem emelkednek, csupán az ujjvégeknek a középvonaltól távolodásával arányban a mellkas tágulása érezhető.

3. A kezek hasonló helyzetben a has két oldalára kerülnek. Belégzéskor a hasfalak előmborodását kell a helyes módon lélegzőnek éreznie.

4. A kezek a mellkas alsó-oldalsó részére helyeztetnek. A felső mellkasi vagy oldallégzés alkalmával az alsó bordák élénk, az alsó mellkasi-hasi légzéskor pedig kisebb kitéréseket végeznek.

5. Az egyik, leghelyesebben a bal kéz a mellkasra, a jobb a hasra tétetik az előirt harántfekvésben, és most felváltva a régi megszokott rossz és az új helyes mód szerint végeztetjük a légzéseket. Ezen ötödik pont lehetővé teszi, hogy a tanuló egyidejüleg megfigyelhesse a mellkas és has mozgásait.

6. Tulajdonképen a legelső pont azzal a különbséggel, hogy a tanuló kilégzése alkalmával mindaddig, míg csak a levegője tart, az „a“ hangon énekel. Már az első kisérletek folyamán észrevehető leend ama lényeges eltérés, mely a jó légzés mellett a resonantia, a hang tartóssága és ereje tekintetében megnyilvánul.

7. E gyakorlatnak főként az oldallégzés hibájában szenvedők, tehát főként a férfiak veszik hasznát. Míg eddigelé a kezek passive viselkedtek, itt a hasra helyezett kezek is segédkeznek, a mennyiben kilégzéskor a hasat benyomják, belégzéskor pedig kiengedik, szóval meggátolják, hogy az egyén minduntalan tévedésből épen fordítva cselekedjék.

8. Kezek a mellkasfal alsó-oldalsó falára helyeztetnek és belégzés alkalmával a túlságos oldalkitérést meggátolják.

B) A légzési hibákat gyógyító gyakorlatok.[1]

E fejezetbe tartozik a Skraup-féle légzési táblázat, a melynek pontjait én még tízzel megtoldottam, miután tapasztalataim szerint a Skraup-féle táblázat utolsó számai, a melyek arra volnának hivatva, hogy az énekléskor elhasznált avagy elhasználandó légmennyiség nagyságának a megitélését elősegítsék, nem eléggé kimerítőek, de meg másrészt a rövid légvételek technikáját nem tárgyalják és a rekeszizmot sem gyakoroltatják annak fontosságához mérten. Már pedig, a mint Mackenzie mondja, az énektanulás legnehezebb és legfontosabb része a jó és helyes légzés, nevezetesen, hogy ének közben mikor és hogyan kell belégzeni, és hogy a tüdők kiürülését hogyan vigye véghez és hogyan ellenőrizze az énekes. Mackenzie is figyelmeztet a gyakori és rövid légvételek fontosságára.

Én tudomásom szerint az eddigi szerzőktől eltérően a táblázat egyes számait hanggal is gyakoroltatom, a mi által az énekes sokkal hamarább képessé lesz a tanultakat éneke közben is alkalmazni, és a szándékkal vagy véletlenségből becsúszott helytelenségeket kijavítani.

A gyakorlatok egyes számait mindaddig, míg az illető tökéletesen el nem sajátította, egymagában ne végezze, hanem csakis tanítójának felügyelete alatt. Az egyes gyakorlatokra szánt idő egy hétnél kevesebb nem lehet, sőt olykor kénytelenek vagyunk egy-egy számnál három hétig is időzni. A gyakorlat egyes számai bizonyos időközökben megismétlendők.

Az általam kibővített Skraup-féle táblázat mindazt, a mi a szorosabb értelemben vett művészi énekhez szükséges, kimerítően tárgyalja, és ezért a Guttman-féle légzési táblázat ismertetését feleslegesnek is tartom.

A mellékelt táblázat az énekest képessé teszi arra, hogy lélegzetével úgy rendelkezzék, azt úgy irányítsa, a mint a körülmények azt megkövetelik, szóval hogy lélegzetének minden viszonyok között ura tudjon maradni. Az énekművészt a dilettánstól épen az különbözteti meg, hogy nem ösztönszerüleg, de úgy cselekszik, mint a ki teljesen a tudatában van a rendelkezésére álló erőknek.

A kemény hangütés, a túllevegő és a holt lég leszoktatását czélzó gyakorlatok.

A kemény hangütésnek egyik faja, a mint azt láttuk, úgy jön létre, hogy az ének megindulása előtt a helytelen módon belégzett túlnagy mennyiségü levegőt a hangrést záró izmok túlfeszített működésükkel tartják vissza. A kemény hangütésnek ez a változata, a tüdőkben foglalt túlságos légmennyiség nagy nyomása folytán, az akarattól némileg függetlenül képeztetik, ellentétben ama hangütéssel, a melynek keménysége, az ének bizonyos részeinek nagyobb nyomatékot adandó, avagy egy erős kiáltás alatt, az egyén által tudva képeztetik. Az előbbi fajta hangütésnek is szelidíthetjük a keménységét azáltal, hogy a nagy nyomás alatt lévő levegő egy részét az ének megindulása előtt közvetlenül leadjuk. Viszont ezáltal a túllevegő hibájába esünk, a mi szintén helytelen. A kemény hangütés, valamint a túllég képzése tehát, a mint látjuk, bizonyos szorosabb viszonyban vannak egymással, és mindkettő egy és ugyanazon okból származik. Az egyik megszüntetését czélzó gyakorlat egyszersmint a másik elkerülésére is szolgál. E gyakorlat a túl mély belégzés csökkentését czélozza azáltal, hogy az egyént a zárt hangrés mellett eszközölt légvisszatartásról leszoktatja.

A kemény hangütésnek ez a fajtája a túllégképzéssel együtt főként a kezdő és a lámpalázzal küzködő énekeseknél fordul elő, a kik egy mély belégzést téve, zárt hangréssel remegve várják a pillanatot, hogy netalán el ne késsenek, midőn a karmester pálczája feléjük int.

Az összes ez irányban végzett gyakorlatok egy a száj elé tartott kis kézi tükör, de még czélszerüebben egy gyertya lángja előtt végzendők.

1. Az egyént mély légvétel után a gyertya lángja előtt énekeltetjük. Ha túllevegő képeztetik, úgy a gyertya lángja az ének közvetlen kezdete előtt libegni kezd.

2. Ugyancsak mély belégzés után, de a belégzést követő szünetben a levegő nyitott hangrés mellett visszatartandó. Ha a gyertya lángja e szünet alatt libeg, úgy a légvisszatartás nem tökéletes.

A nyitott hangrés melletti lélegzetvisszatartást a következő módszerrel lehet legkönnyebben elsajátítani.

Ha az egyén egy mély belégzés után a hangrést zárja, úgy a hasra előlegesen feltett kéz a hasnak kisebb fokú előmborodását fogja észlelni. E tüneménynek az az oka, hogy a hangrést záró izmok a levegő visszatartása alól a hasfal izmait felszabadítják, azok elernyednek és a rekesznek a belekre gyakorolt nyomása folytán előmborodnak. Ha viszont nyitott hangrés mellett tartatjuk vissza a levegőt, úgy a hasfalizmok permanentiában maradnak, és a hasra feltett kéz semminemü mozgást nem érez, csupán a hasfalak feszességét konstatálhatja, de e mellett a gyomorgödörben, valamint a VII. borda szegyi végétől egész a IX-dik bordáig a belégző izmok működése folytán egy bizonyos nyomást fog érezni. Nyitott hangrés mellett azonkivül a hangadás teljesen könnyedén, minden fennakadás nélkül történik és az észlelőre sem teszi a nyomottság, erőltetettség benyomását.

3. A második pont követelményei mellett a gyertya lángjának az ének megindulása pillanatában libegni nem szabad.

Ha a hangrés a belégzési szünetben nyitva volt, úgy ez a jelenség nem is fogja magát előadni, miután, mint láttuk, a túllég képzése szorosan összefügg a hangrés zárásával.

A *holt lég* leszoktatását czélzó gyakorlatok nem egyebek, mint az előbbiek folytatásai.

[1] Lásd a mellékelt táblázatot.

Mert mi is az a holt lég? Azon légmennyiség, mely a nélkül, hogy hanggá lenne átdolgozva, az ének alatt lopva távozik. A gyertya lángja tehát az ének tartama alatt libeg, és a mi a libegésre kényszeríti, az a holt lég. Három okból származhatik. Helytelen tanítás, rossz szokás, vagy a gége adductorainak nagyobb mérvü gyengeségi állapota folytán.

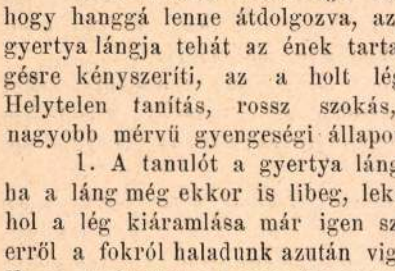
1. A tanulót a gyertya lángja előtt piano énekeltetjük, sőt ha a láng még ekkor is libeg, lekerülünk a pianissimo ama fokáig, hol a lég kiáramlása már igen szük korlátok közé van szorítva és erről a fokról haladunk azután vigyázatosan felfelé a fortissimoig. Ez a gyakorlat a hangszálag izmainak az erősítését czélozza, miután egy érczes piano megkivánja, hogy a hangszálag izmai nagy energiával müködjenek, mialatt a hangszálagokhoz vezetett levegő nyomása gyengébb a rendesnél. Minél nagyobb energiával müködnek a hangszálagizmok és minél kisebb a légnyomás, e holt lég képződése annyival inkább meg van gátolva. Ha az adductorok gyengesége, vagy esetleg hysteria forog szóban, úgy az ezeknek megfelelő eljárásoknak e gyakorlatot meg kell előzniök.

Ugy ezek, mint egyáltalán az összes légzési gyakorlatok, főleg kezdetben, tagadhatatlanul igen nagy nehézségekkel járnak. Nagy türelemre és nagy kitartásra van szükség úgy a tanuló, mint a tanító részéről is. A növendék, vagy még inkább a már öregebb énekes, miután ilyenkor a légzésnél reá nézve eddig teljesen szokatlan izmokat működtet, gyorsan fárad, sőt eleinte ama csalóka hitben is él, hogy épen ez a helyes légzési mód a rossz; az érzése olyan, mintha nem rendelkeznék még annyi levegővel sem, mint annak előtte. Meg azután minduntalan visszaesik a régi hibájába, összekeveri a jót a roszszal stb., olyan, mint az úszni tanuló, a ki egy pár szabályos tempo után már ismét kapálódzik. De elvégre is a fáradozást siker koronázza, még pedig annál nagyobb siker, minél nagyobb odaadással, kitartással, minél nagyobb intelligentiával végezi előirt munkáját.

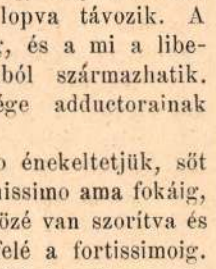
Barth szavaival végezem: „Mindaddig, míg az énekes lélegzetével nem képes úgy bánni, mint művész a vonójával hegedüjének húrján, hogy a leglágyabb pianotól a fortissimoig képes emelkedni és viszont alászállani onnan, míg a hang pianoban gyengéden el nem hal, mindaddig az énekes nem mondhatja el magáról, hogy lélegzetén teljesen uralkodik.“

A Skraup-féle légzési gyakorlatok táblázata.

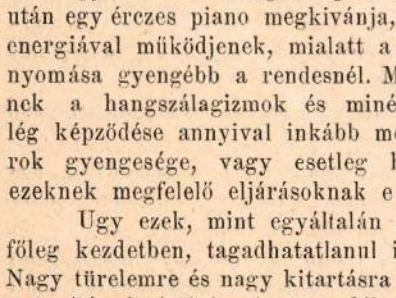
I. Lassú belégzés. Kilégzés után rögtön belégzés.



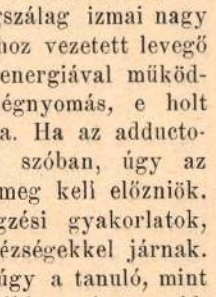
II. Lassú belégzés. Kilégzés után rögtön belégzés.



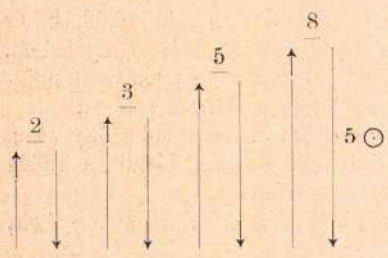
III. Lassú be- és kilégzés. Kilégzés után rögtön belégzés.



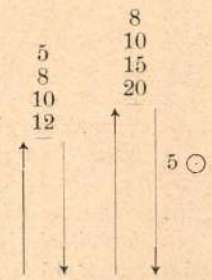
IV. Gyors belégzés, lassú kilégzés.



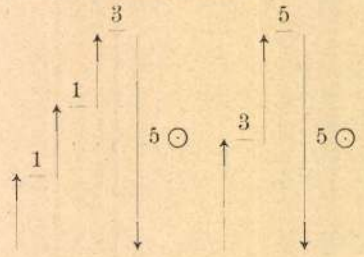
V. A lélegzetvisszatartás gyakorlatai. Kilégzés a gyakorlatok kezdetén némileg gyorsabb, majd mindig lassúbb.



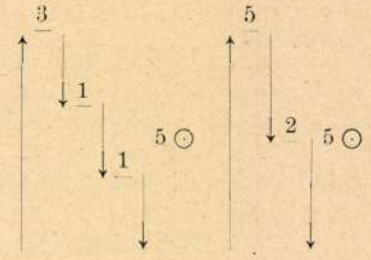
VI. A lélegzetvisszatartás gyakorlatai. Fokozatosan növekedő légzési szünet.



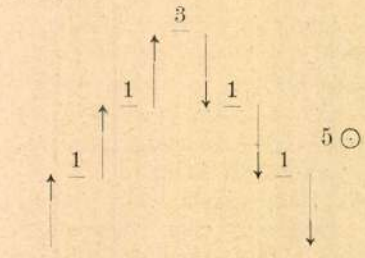
VII. A tüdőbeli légmennyiség meghatározását czélzó gyakorlatok. Belégzés szakaszokban.



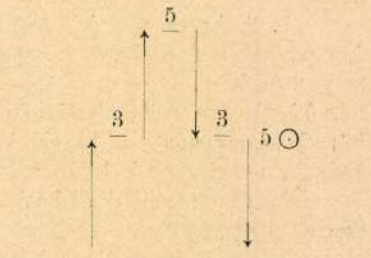
VIII. Kilégzés szakaszokban.



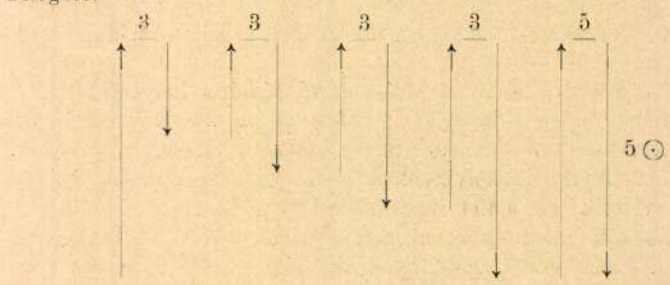
IX. Be- és kilégzés szakaszokban.



X. Be- és kilégzés szakaszokban.

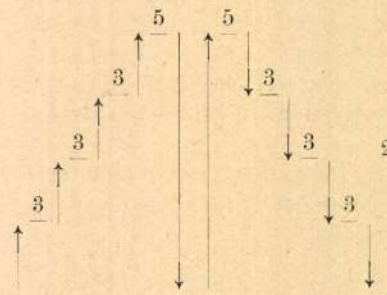


XI. Minden kilégzés után, a melyek mindig hosszabbak, teljes belégzés.

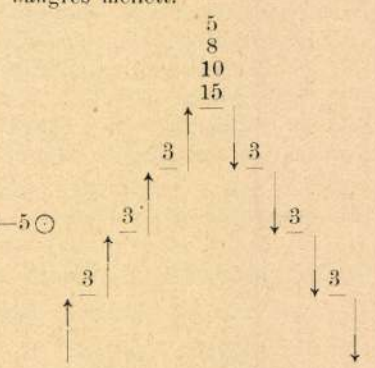


Az általam készített és a Skraup-féle légzési gyakorlatok folytatásaként szereplő légzési táblázat.

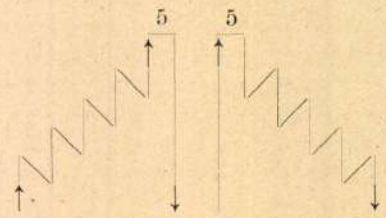
I. A belégzés, majd a kilégzés szakaszokban.



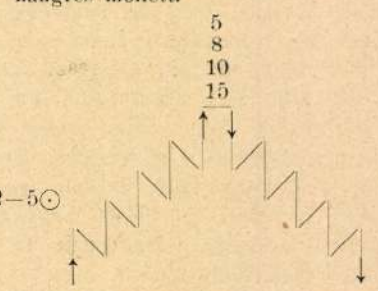
II. Belégzési szünet nyitott hangrés mellett.



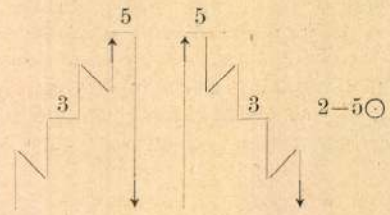
III. Kilégzés után rögtön belégzés.



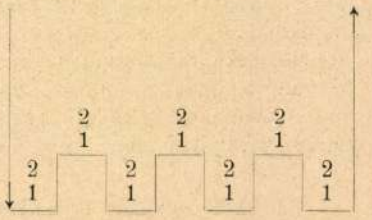
IV. Belégzési szünet nyitott hangrés mellett.



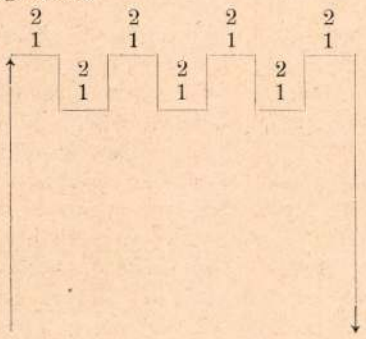
V. Kilégzés után rögtön belégzés.



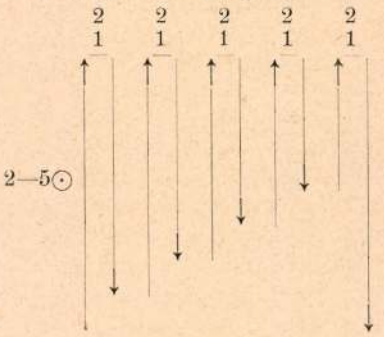
VI. Kilégzés után apró, rövid légvételek.



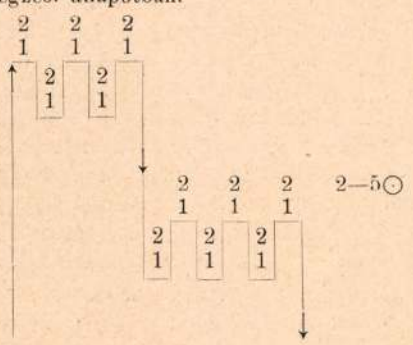
VII. Belégzés után apró rövid légvételek.



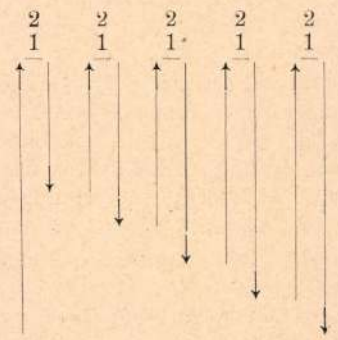
IX. Felületességében folyton fokozódó be- és kilégzés.



VIII. Apró rövid légvételek két szakaszban, teljes és fél belégzési állapotban.



X. Mélységében folyton fokozódó be- és kilégzés.



Magyarázat. ↑ = belégzés. ↓ = kilégzés. — = légzési szünet. A légzési szünet vizszintes vonala felett lévő számok = annyi másodperczig tartó légzési szünet, a mennyit a számok kifejeznek. ⊙ = a gyakorlatot követő pihenés ideje perczekben kifejezve.

Tárcza.

A termékenyítésről.[1]

I.

Termékenyítésnek az ondószál és petesejt benső egyesülését nevezzük. A két ivarelem egybeolvadásából jóformán új sejt keletkezik: a megtermékenyített petesejt (spermovium). Ez, ha megvannak hozzá a kellő külső feltételek, magától oszlásnak indul, s ezzel megindul az új szervezet fejlődése, mely a spermoviumban rejlő erők alapján egy felhúzott óramű módjára, automatice folyik le. A termékenyítés (foecundatio) a folyamatot az ondószál szempontjából jelöli meg; a petesejtre vonatkoztatva a neve fogamzás (conceptio); általánosabban a folyamatot *Weismann*-nal amphimixisnek (egybekeveredésnek) nevezhetjük. Az amphimixissel az ivarsejtek új életerőt nyernek; ha elmaradt az egyesülésük, ép úgy elpusztulnak, mint akármely más, a szervezetből levált sejt. Csak azokra a petesejtekre nézve nem áll ez, a melyek termékenyítés nélkül, parthenogenesis útján tudnak fejlődésnek indulni, mint a minők pl. a méh egyes petéi.

A termékenyítést a szerint, hogy hol találkoznak az ivarelemek, belsőre és külsőre osztjuk; amabban az anyai szervezeten belül, emebben kivüle, legtöbbször a vízben egyesülnek.

Az emlős állatokban a termékenyítés mindenütt belső. A közösülés útján az ondó a belső női nemi szervekbe jut, a csőrös emlősökben (monotremata) a kloakába, a többiben a hüvelybe vagy a méhbe. Az emberben, macskában, kutyában a spermát a hüvely fogadja magába; más állatokban, hol a penis hosszabb s a végén vékonyabb, mint a disznóban, egyes kérődzőkben (Schmaltz 1899), alkalmasint a lóban is, a méh ürege. A koson pl. féregszerű nyúlvány van a penis végén, melyet a húgycső átfúr; e nyúlvány párosodáskor a méhbe nyomul. Kisérleteket végeztek az iránt, vajjon szükséges-e ez a processus urethralis a termékenyítéshez; ha a nyúlványt levágták, a fogamzás elmaradt, bár az ondó a hüvelybe jutott (Marshall, 1901). Hasonló nyúlványa van a zsiráfnak, bakkecskének is. A csődör makkján elől széles, tányérszerű árok van, mely negativja a méh hüvelyrészének; a húgycső a gödör közepén kis kúpalakú nyúlványon nyílik, mely hágáskor a méhszájba illeszkedik.

Az emlős állatok közösüléséről legújabban *Gerhardt* irt összefoglaló dolgozatot (Jenaische Zeitschrift f. Naturwissensch. 89. kötet, 1904. 43. l.). A részletekben igen nagy a változatosság.

A madarak és csúszómászók csoportjában szintén belső termékenyítéssel találkozunk. A legtöbb madáron a hímnek nincs ivartagja; az ilyen állatok (pl. kakas és tyúk) kloakáikat egymásra szorítják, s így jut be az ondó a kloakába, a honnan a spermiumok felvándorolnak a petevezető felső részébe, a termékenyítés helyére. Egyes alakokban (struczmadár, liba, kacsa, hattyú stb.) penis közvetíti a termékenyítést. A reptiliumokon a hímnek mindig penise van; ennek egy felszines barázdája szolgál a sperma tovavezetésére a párzás közben.

A kétéltüekben nem egyforma a termékenyítés módja. A farkatlanokon a termékenyítés külső. A hímbéka tavaszszal sekély vízben 24 óráig vagy tovább is átkarolva tartja a nőstényt elülső végtagjai mögött, lesve a termékenyítésre alkalmas pillanatot; ez az átkarolás olyan erős, görcsszerű reflex, hogy *Goltz* szerint bátran levághatjuk az állat fejét is, s még sem bocsátja el a párját. A termékenyítés mégis külső: a hím abban a pillanatban, a mikor a nőstény a petesejtek kocsonyaszerű tömegét kitojja a vízbe, e tömegre reábocsátja az ondóját, már a nőstény testén kivül. A kétéltüek másik csoportjában, a farkos kétéltüekben (gőtefélék, szalamandra, axolotl stb.) mások a viszonyok: itt a természet megint a belső termékenyítés módját alkalmazza. Az aktust az állatok enyelgése előzi meg; a hím ezután ondószálait több csomóban a víz fenekére hullatja, a honnan a nőstény felszedi őket a kloakájába, különböző módon, vagy a végtagjaival, vagy csak reáhasalással (Zeller, 1891).

A csontos halakon egyes fajták (embiotoca-, poecilia-, zoarces félék) leszámításával a termékenyítés külső, az ivarsejtek a vízben találkoznak. Igy a lazaczon és pisztrángon következőképen folyik le a termékenyítés. A nőstény november és deczember havában a patak fenekén sekély gödröt váj a homokba, s abba rakja az ikráját; a petékre a hím csakhamar reábocsátja a tejszerű ondót, mire a megtermékenyített peték tömegét homokkal befedik. 3—4 hónapig tart, míg az embryók kibujnak a petéből (H. E. Ziegler: Lehrbuch d. vergl. Entwickelungsgesch. 1902. 169. lap). Az a különös, hogy a víz korántsem ártalmatlan a halak ondószálaira; bizonyos, hogy rövid idő alatt mozdulatlanná teszi, megöli őket. Az ondószálaknak tehát ugyancsak hamarosan oda kell férközniök a petékhez, mert különben elpusztulnak.

Az őshalakban (selachii) ismét belső termékenyítéssel találkozunk; a czápákban egy átalakult úszószárny (pterygopodium) szerepel penis gyanánt. A legalsó gerinczes állatban, a kis lándzsahalban külső a termékenyítés, s a módja igen egyszerű: a nőstény is, a hím is a vízbe fecskendik fehér felhőcske alakjában az ivarváladékot (Sobotta, 1897); az ondószálak és petesejtek találkozását ily körülmények között csakis a kölcsönös vonzásból érthetjük meg.

A gerinctelenekben is váltakozik a termékenyítés e két módja, számtalan változattal a termékenyítést kisérő tüneményekben; így belső termékenyítése van a csigaféléknek és orsóférgeknek, külső a fejlábúaknak (cephalopoda). Ez utóbbiak egyes alakjaiban (argonauta) találjuk a termékenyítés legfurcsább fajtáját: a hímállat karjai közül egyik, a hectocotylus-kar, magába fogadja a tegzeszerű tokokban (spermatophorákban) csoportosan elhelyezett spermiumokat, ez a kar leszakad a párosodás hevében a hím testéről és bejut a nőstény köpenyeg-üregébe, s ezzel közvetítőjévé lesz a termékenyítésnek. Még *Cuvier* élősködő féregnek tartotta az élénken mozgó hectocotylus-kart s csak *Steenstrup* derítette ki az igazságot.

Azokon az állatokon, a melyeken az amphimixis az állat testén kivül megy végbe, a termékenyítést könnyű szerrel mesterségesen is elvégezhetjük az ivarváladékok összekeverése útján. *Jacobi* alkalmazta először ezt az eljárást a lazaczon 1725-ben, (de csak 1764-ben közölte), majd *Spallanzani* 1785-ben eredményesen folytatta e kisérleteket a béka és más kétéltüek petéin. Nagy szerepe van a mesterséges termékenyítésnek a haltenyésztésben, a hol újabban csakis ezt a módszert alkalmazzák. A békán a mesterséges termékenyítéshez úgy járunk el, hogy a nőstény

[1] Szerző egy készülő fejlődéstanából, rövidítésekkel.

hasából óvatosan kiszedjük az érett petéket s egy csészében hozzákeverjük a hím spermáját vagy a szétvagdalt herét, akár egy kevés víz hozzáadásával (nedves módszer), akár a nélkül (száraz módszer). Ha az ondószálak a hozzáadáskor még mozogtak, a termékenyítés rövidesen bekövetkezik. A házinyúl petesejtjein is végeztek már olynemű kisérleteket, hogy a tárgyüvegen hozzáadtak a petesejthez egy csepp spermát (Grusdew, 1896); sikerült is ilyenkor a spermium benyomulását a petesejtbe megfigyelni; persze a fejlődés a szükséges feltételek hiján meg nem indulhatott.

Más szempont alá esnek azok a kisérletek, a melyeket oly módon ejtettek meg emlős állatokon, hogy ondót fecskendeztek be a méhbe. Ez *Spallanzani* eszméje; ő foglalkozott először ilyen kisérletekkel a kutyán, még pedig sikeresen. A legnagyobb arányú ilynemü kisérletek a legutóbbi időből származnak: 1903-ban végezte őket *Iwanow* a szt. pétervári csász. kisérleti orvostani intézetben, leginkább kanczákon és teheneken. Azt állítja, hogy a termékenyítés e módja biztosabban vezet czélhoz, mint a közösülés. Elegendő a spermát a hüvelybe fecskendezni, nem is kell azt egyenesen a méhbe juttatni. Még a 24 óra előtt leölt bika heréjéből vett ondó is termékenyítő erejűnek bizonyult. A mellékmirigyek (prostata stb.) váladéka a termékenyítéshez nem szükséges. A borjúk és csikók nemi arányára a mesterséges termékenyítésnek nincs hatása.

Ismeretes, hogy akadt több vállalkozó szellemü nőorvos, a ki *Spallanzani* módszerét az emberen is megpróbálta; az első *Girault* volt (1838), követői közül a leghiresebb *Marion Sims*. E kisérleteknek nagy hire ment a közönségben, s alig lesz nevesebb nőorvos, a kinek a praxisában elő ne fordult volna már, hogy gyermektelen házasok ezen eljárás megkisértésére irányuló kérés sel fordultak hozzá. *Kisch* szerint (Das Geschlechtsleben d. Weibes, 1904. 324. l.) az eredmények eddigelé negativok, a sikeresnek mondott esetek közül egy sem érdemel hitelt. Pedig nem igen érthető, hogy miért ne vezetne az — kellő óvatosság mellett — az emberen is eredményre, a mi más emlős állatokon oly könnyen sikerül. Más kérdés, vajjon összeegyeztethető-e az ilyfajta experimentálás az orvosi ethikával; az én érzésem szerint nem. Megemlítem azt is, hogy az irodalom tanúsága szerint a sperma befecskendése a méhbe a várt fogamzás helyett több esetben parametritist és perimetritist okozott.

Az emberen közösüléskor az ondó a hüvelybe jut s ennek a végén, a hátulsó hüvelyboltozatban fekszik egy csomóban, visszatartva a hüvely sima izomzatának tonusától. A hüvely felső végébe benyomul a méh hüvelyrésze (portio vaginalis), melynek csatornáját kocsonyás, áttetsző nyálkacsap tölti ki. Némely szerző (Wernich, Sims, Eichstedt, Kehrer stb.) súlyt helyez arra, hogy közösülés közben a méh összehúzódásaival kiszorítja magából e nyálkacsapot, s ismét elernyedve, mintegy visszaszívja azt s vele együtt magába aspirálja a hozzátapadt spermiumokat is. De bizonyos, hogy az ilyen összehúzódások a fogamzáshoz nem okvetlen szükségesek, mert hiszen bekövetkezhetik a termékenyítés ájultakon és naturae frigidaekon is. Némelyek különben is tagadják, hogy a nők úgynevezett orgasmusa ily méhösszehúzódásokkal járna. Igy még nem tekinthető az a kérdés végkép megoldottnak, hogy mikép jutnak be a spermiumok a nyakcsatornába, s még kevésbbé tisztázott probléma, hogy milyen tényezők szereplése alapján vándorolnak fel innen a méhtestbe s a méhkürtbe. A nyálkahártya csillangói csak megnehezithetik a felhatolásukat, mert ki van mutatva (Hofmeier 1891.), hogy a hüvely felé csapkodnak. *Bumm* szerint (1904.) a csillangómozgásnak mégis meg volna az a haszna, hogy a spermiumok szabálytalan ide-oda csatangolását egyirányúvá teszi. Talán leginkább megközelítjük a valóságot, ha az ondószálak felhatolásának legfontosabb tényezőjét chemotaktikus vonzásokban keressük: a méh és petevezető nyálkájának, hámjának s végül magának a petesejtnek a vonzó hatásában a spermiumokra s ha felveszszük, hogy csak miután e vonzás helyes irányba terelte a spermiumok szabálytalan rajzását, lesz ez a a mozgás az előhaladásnak nevezetes aktiv faktorává. E tekintetben igen fontosak *Seligmann* (1896.) és *Chrobak* (1901.) vizsgálatai, a kik friss ondót téve a tárgyüvegre, a fedőlemez egyik széle alá a hüvelyből, a másik széle alá a méhnyakból vett nyál kát helyeztek s a mikroszkópos vizsgálatkor azt észlelték, hogy a spermiumok a cervicalis nyálka felé mozognak. Ugyanezt kimutatta *Löw* (1902.) a petevezető nyálkájára nézve is.

Alig hihető, hogy az ondószálak nagyobb számmal érnék el a termékenyítés helyét; valószinü, hogy legnagyobb részük a hüvelyben marad, más részük a nyakcsatornában s a méhüregben kallódik el, és csak néhány példányuk jut el a petevezető külső részébe. Erre a feltevésre *Sobottá*-nak (1895) az egéren tett észleletei szolgáltatnak alapot. Ezen állatban a párosodás alkalmával szintén igen sok spermium jut a hüvelybe, melyből az ondó ki nem folyhat, mivel alsó végét a hím állat ondóhólyagocskáinak viaszszerüvé alvadt váladéka csap módjára elzárja (Lataste, 1883). E csap csak mintegy 20 óra mulva esik ki elhígulás folytán. De a sok spermiumból *Sobotta* szerint csak egy pár éri el a petevezető végén fekvő petéket, úgy hogy néha kevesebb az ondószál, mint a petesejt.

Az ember méhkürtjén tudvalevően két részt lehet megkülönböztetni: egy belső szükebbet (isthmus tubae), s egy külső tágabbat (ampulla tubae). A *Henle*-től származó nézet szerint, melyet *Rein*-nek (1883) a házinyúlon végzett pontos vizsgálatai támogatnak, a termékenyítés az ampulla tubaeban vagy küljebb a kürttölcsér rojtjai közt megy végbe; az ampulla nyálkahártyája szövevényes, hálózatszerü ránczokat vet, s igy elképzelhető, hogy az ivarelemek e labyrinthusban mintegy fennakadnak egy időre, a mi elősegíti a találkozásukat. Nem áll az, a mit némelyek (Löwenthal s mások) állítanak, hogy a termékenyítés helye a méhüreg volna. Nemrég sikerült egy majmon (macacus nemestrinus) a méhkürtben barázdálódó petét észlelni (Selenka: Studien über Entwickelungsgesch. d. Thiere. 1903. 10. füzet, 331. lap); ebből tehát az következik, hogy ezen az állaton a termékenyítés biztosan már a petevezetőben végbe megy, s ezt az eredményt bátran átvihetjük a majom legközelebbi rokonára, az emberre is, annál is inkább, mivel valamennyi emlős állatra nézve be van bizonyítva, hogy az oviductus a fogamzás helye.

Kivételes esetekben máshol is végbemehet a termékenyítés. Az ondószálak a petevezetőből kivándorolhatnak, s a petét már a petefészek felszinén termékenyíthetik. Ilyenkor a megtermékenyített petesejt, ha ugyan el nem pusztul, meg is tapadhat a petefészken s fejlődésnek is indulhat; persze sokra ez a fejlődés nem viszi. Az irodalomban eddig az ilyen petefészekterhességnek (graviditas ovarica) 21 esete van feljegyezve. Ezeket az eseteket úgy magyarázzák, hogy a Graaf-féle hólyagocska megrepedésekor az érett petesejt valami okból nem tudott kiszabadulni a tüszőjéből, s igy a spermiumok, bejutva a hasadékon a hólyag belsejébe, a petét ott termékenyítették meg. A házinyúlon és közönséges nyúlon megtapadhat a pete a hasüregben egyebütt is, a hashártya bármely pontján (l. Hoppe: Anatom Hefte. 1903. 20. kötet, 603. lap). Emberen azelőtt szintén irtak le ilyen eseteket (graviditas abdominalis), de ezekkel szemben a tudomány most a skepsis álláspontján van.

A kis megtermékenyített petesejt, melyet porszemnyi, átlátszó rögöcskének kell képzelnünk, s melyet még mindig körülvesz a zona pellucida s a tüszőhámsejtek egy rétege, most a petevezetőben befelé halad. Mozgása passiv: a petét a hámsejtek csillangóinak csapkodása s talán a méhkürt peristaltikája hengeríti lassan, egy kis nyálkával együtt a méh felé. Felveszik (Minot), hogy 8—10 napig tart, míg a méhbe jut; erre a felvételre az állatokon tett tapasztalatok szolgáltatnak alapot: igy pl. a kutyáról biztosan tudjuk, hogy nála a pete vándorlása a petevezetőn át 9 napig tart.

Nem épen ritka s az orvos érdeklődésére ugyancsak reászolgáló rendellenesség az, mikor a pete vándorlása közben már a tubában fennakad s az illető helyen meg is tapad a nyálkahártyán. Az ilyen kürtterhesség (graviditas tubaria) okait újabban kóros viszonyokban: a méhkürt gyulladásaiban, szükületeiben, a hám csillangóinak hiányában keresik. A embryo fejlődésnek indul, körülötte kifejlődnek a magzatburkok, de a fejlődése előbbutóbb félbeszakad: a magzat elhal s szerencsés esetekben elfajuláson esve át, mint ártatlan inclusio (lithopaedion) élethosszig lan bennmarad a nő testében, vagy a vérömledékkel együtt felszívódik: ezek azonban, sajnos, a ritkább esetek, legtöbbször súlyos életveszedelembe dönti a tubaris magzat az anyját a nagyfokú vérzések vagy az elhalt magzatrészek putrid szétesése útján

(L. Tóth István: A méhenkivüli terhességről. Gynaekologia 1905, 21. lap).

A mondottakból kitünik, hogy a termékenyítő közösülés még korántsem azonos a tulajdonképeni termékenyítés (az ivarsejtek egyesülésének) tényével, hanem hogy ez merőben különböző két folyamat, a melyet egymástól többek között bizonyos időköz választ el, legalább is annyi, a mennyire szükségük van a spermiumoknak, a míg feljutnak a petevezető ampullájába. *Henle* óta több szerző igyekezett megállapitani az ondószálak mozgásának gyorsaságát (az adatok középértéke 2·5 mm. perczenként) s ismerve a befutandó út hosszúságát, ebből kiszámították a felvándorlás időtartamát is. E szerint az mintegy $^5/_4$ óra volna. Csakhogy ez az adat nem tekinthető megbizhatónak, mert az a felvándorlás aligha lesz olyan egyszerű és szabályos folyamat, hogy az időtartamát egyszerüen két számnak a szorzásával meg lehetne állapitani.

S ha csakugyan helyes is volna ez a számitás, a valódi termékenyítés időpontjának meghatározásában újabb és jóval nagyobb nehézség merül fel azon kérdéssel: vajjon ott találják-e mindig a kürttölcsérbe érkezett ondószálak a termékenyítésre váró petesejtet vagy nem? S ezzel a termékenyítésről szóló fejezetnek egyik nyilt kérdése: az ovulatio és termékenyítés egymáshoz való viszonyának problémája elé jutottunk. Ha abból a felvételből indulunk ki — a mely most csaknem általánosan elfogadott nézet —, hogy a peték csakis a hószámmal kapcsolatosan, szabályos periodicitással érnek meg, akkor két lehetőség között választhatunk. Az egyik szerint az ondószál felhatolásakor már ott találja a megtermékenyítendő petesejtet a legutóbbi, még rendesen lefolyt havi baj ovuluma alakjában; tehát a petesejt várja meg a spermiumot s a termékenyítés egybeesik a közösüléssel, néhány óra hozzáadásával. Ez a régibb felfogás; mellette leginkább a szülészeti statistikának az a ténye hozható fel, hogy a termékenyítő közösülés az esetek $^4/_5$ részében az utolsó havi baj utáni hétre esik. Nagyobb elterjedtségű ez idő szerint a másik magyarázat, melyet *Löwenhardt* fejtett ki először 1872-ben. E szerint mire a spermiumok a petevezető ampullaris részébe érkeznek, a legutóbbi havi baj ovuluma már elpusztult. A spermiumokról ki van mutatva (Dührssen stb.), hogy a belső női nemi szervekben hetekig is megtartják mozgásukat, mely kifejezője termékenyítő erejüknek, s igy mi sem állja az útját annak a feltevésnek, hogy az ondószálak megvárják a legközelebbi ovulatiót, azt, a mely már nem jár havi vérzéssel, s ennek a petesejtjét termékenyitik meg. E felfogás szerint a terhesség kezdete az első elmaradt havi bajt megelőző napok egyikére teendő. Hogy a fogamzások nagy többsége az utolsó havi baj utáni hétre esik, ezt a Löwenhardt-féle nézet egyik hive, *Strassmann* (Winckel, Handbuch d. Geburtshülfe, Bd. I, 1903, pg. 133) abból magyarázza, hogy közvetetlenül a menstruális elváltozások lezajlása után a méh nyálkahártyája sorvad, minek folytán tágabb a méh üregе mint máskor, s igy a kényelmesebb pályán a rendesnél könnyebben vándorolnak fel a spermiumok. A Löwenhardt-féle elmélet mellett foglalt állást *His* (1880) is, bő embryologiai tapasztalatok alapján. Mellette szól az is, hogy a nők a terhesség subjectiv tüneményeit mindig csak az első elmaradt tisztulástól fogva érzik. Ámde szó sem lehet arról, hogy ez a Löwenhardt-féle nézet valamennyi esetre nézve érvényes volna. Van erre klassikus tanú: *Peters* (1899) híres embryója. Ezt olyan nő bonczolásakor találták, a ki akkor lett öngyilkossá, mikor a havi baját várta, négy héttel még rendesen lefolyt menstruatiójának első napja után. A Löwenhardt-féle elmélet szerint ez az embryo csak 2—3 napos lehetne, pedig a fejlettsége szerint 10—12 naposra kell becsülnünk. Legvalószinübb, hogy mind a két eset előfordul, s ez magyarázza meg az irodalomban felmerülő ellenkező adatokat. *Lenhossék Mihály.*

(Folytatjuk.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A rák aetiologiája.

(Vége.)

Az előzőkben vázolt előadásokhoz füződött eszmecserében mint első *Benda* szólalt fel. A parasita-elmélet hívének vallja magát, de csak azért, mert nincsen más elmélet, a melylyel a rák keletkezése épen olyan jól vagy jobban volna magyarázható. A Cohnheim-féle elmélet ma ugyan már positivebb alapon áll a jóindulatú daganatok (teratomák) tekintetében; a rosszindulatúságot azonban nem képes megfejteni. Abban teljesen egyetért Hansemann-nal, hogy a nosologiai és epidemologiai szempontok nem használhatók a parasita-elmélet támogatására, minthogy az idetartozó észleletek megbizhatlanok. Az eredményes átoltások szintén nem képezhetnek bizonyitékot, mert tulajdonképen csak transplantatióknak tekintendők.

Az egyes búvárok által ráksejtekben látott képletek pedig bizonyára nem okozói a ráknak, mert a vizsgált rákesetek csak nagyon csekély számában sikerült őket kimutatni. Mindezek daczára azt hiszi, hogy az az inger, a mely az epithelsejtet az oly nagy mértékben fokozott szaporodásképességü ráksejtté alakítja át, és a melyet magában a sejtben jelenlevőnek kell feltételezni, úgy az eddigi tapasztalatok, mint az analogiák alapján legjobban valami parasita behatolásával hozható összefüggésbe. Nem osztja *Hansemann* véleményét, hogy a rák parasita-elmélete a közönség nyugtalanitására fog vezetni. Az infectio és a contagiositás között ugyanis különbség van. A trichinosis például infectiosus betegség, de azért senki sem fog a trichinosisban szenvedőtől mint ragályos betegtől visszahúzódni. A parasita-elmélet ellenkezőleg humanusnak mondható, mert a legtöbb reménynyel biztat, hogy a rák ellen sikerrel fogunk védekezhetni.

Pick szerint a rák rosszindulatúságának megérthetéséhez parasiták felvétele épenséggel nem szükséges. Igy a chorion epithelioma malignuma nagyon rosszindulatú, noha nem áll ellentétben a physiologiai chorionnal, a mely szintén roncsolja a nyálkahártyát, sőt az izomzatot is a normális terhességben. Pedig azt nem lehet felvenni, hogy a pete normális beágyazódása parasitás folyamat. A teratomák sem mindig jóindulatúak. Az egész teratoma burjánzásba jöhet; metastasis képződhetik például csöves csont alakjában a májban; vagy pedig a teratomának csak egyes részei kezdenek burjánozni, de oly nagy mértékben, hogy a többi rész teljesen tönkremegy. Sőt minden sejt tönkremehet a Langhans-sejtek kivételével, csak ez utóbbiak burjánoznak és ilyenkor azután egy typusos rák képével állunk szemben (epithelioma malignum chorioectodermale). A rákproblema legnagyobb nehézségét a rosszindulatúság képezi, ezt pedig mindaddig nem fogjuk megérthetni, a meddig a physiologiai sejtélet lényegét nem ismerjük meg jobban.

Blumenthal a ráksejt rosszindulatúságát legjobban vegyi sajátságainak megváltozásából véli megfejthetőnek. A ráksejtben sokkal több az albumin és kevesebb a globulin, mint a normalis epithelsejtben. Rák 3 esetében egy érdekes, másutt még nem talált fehérjét sikerült kimutatni. A sarcomák melaninja egészen más szerkezetü, mint a normális pigment. Az összes szöveteket emészti a pepsin, a ráksejteket ellenben nem; ezzel szemben a pankreatin könnyen megtámadja a ráksejteket, míg a normális szöveteket nem. *Salkowski* kimutatta, hogy a test minden szövetében van egy ferment, mely képes a megfelelő szövetet elpusztitani: úgynevezett autolytikus ferment; a ráksejtekben azonban olyan fermentum van, a mely képes minden más sejtet elroncsolni. Mindezek azt mutatják, hogy az epithelsejt, mielőtt ráksejtté átalakul, vegyileg megváltozik; magyarázzák továbbá azt is, hogy a könnyen széteső rákoknál miért olyan nagyon kifejezett a cachexia; a rákfermentum ugyanis csak a könnyen széteső rákokból válik nagyobb mennyiségben szabaddá.

Israel a parasita-elméletnek még a lehetőségét is tagadja. A rák fejlődését olyan módon magyarázza, hogy idült ingerlésnek kitett helyeken sejtek állandóan tönkremennek, ennek folytán a szomszédos sejtek regeneratiós túlburjánzása indul meg, a mely túlburjánzásra való hajlamot az újonnan képződött sejtek öröklik, sőt az bennük még fokozódik is és igy keletkezik a ráksejtek excessiv növekedése. A parasita-elmélet ellen azt is felhozza, hogy valamely parasitának sejtbe hatolása után vagy a parasita, vagy a sejt tönkremegy; arra azonban nincsen eset, hogy — mint a rákban — a sejt oszlanék.

Olshausen távol áll attól, hogy a parasita-elmélet hívének mondja magát; mindazonáltal vannak olyan dolgok, a melyek véleménye szerint a parasita-elmélettel fejthetők meg legjobban. Ilyen az, hogy némely helyen rendkivül felszaporodnak a rák-

esetek, a mint azt *Behla* Luckaura nézve kimutatta; ilyen továbbá az, hogy újabban a rákesetek száma általában nagyon megnövekedett; a néha 100—200%-os szaporodás a fejlődött diagnostikával egyedül nem fejthető meg; végül az a körülmény, hogy néha a valamely testrészen levő rák mintegy lenyomataként a szemben levő testrészen (pl. a vagina ellenoldali falán) fejlődik rák, szintén a parasita elmélettel magyarázható legkönnyebben.

Buschke szerint az élesztőgombák, a melyeknek némelyek (Sanfelice) a rák oktanában szerepet tulajdonítanak, a rák fejlődésével nem hozhatók összefüggésbe. Az élesztőgombák által létesíthető daganatok nem rákok; az élesztőgombák ezekben a daganatokban nem az epithelsejtekben, hanem a kötőszövetben burjánoznak. Különben látta *Sanfelice* készítményeit is és meri állítani, hogy egyszerű lobos daganatokat tüntetnek fel. Az újabban Amerikából közölt sajátszerű daganatok excessiv epithelburjánzással szintén nem rákok: mindig lokálisak, metastasist sohasem képeznek.

Behla a rákeseteknek egyes helyeken tetemesen nagyobb számmal előfordulását csak valamely parasita felvételével véli megfejthetőnek, a mely vízben él és főleg nyers növényi táplálék útján jut a szervezetbe.

Orth újból hangsúlyozza, hogy úgy azokban az esetekben, a melyekben sikerült rákot állatra átvinni, mint azokban, a melyekben a valamely testrészen levő rák mintegy lenyomataként a szemben levő testrészen fejlődik rák (Abklatschcarcinom), tulajdonképen csak transplantatioról lehet szólni. *Michaelis* is mondja az egereken kisérletileg létesített rákokról, hogy ezekben csak az átvitt sejtek szaporodnak, az állat a tumor képződéséhez semmivel sem járul hozzá. A felhozott chemiai viszonyok bizonyára érdekesek, de nem bizonyítanak parasiták mellett, hanem csak azt mutatják, hogy a ráksejtek mások, mint a normális sejtek. A rákfermentumokat illetőleg még megemlíti, hogy azok termelése tekintetében a metastasisok egészen másképen viselkednek, mint az elsődleges rákdaganatok; a sejtjelleg megváltozásából ez megfejthető, de nem parasiták felvételéből. A parasita-elmélet hívei tehát nézetük támogatására semmiféle bizonyítékkal nem rendelkeznek. Elismeri azonban, hogy vannak egyes észleletek, melyek a parasita-elmélet lehetősége mellett szólnak.

Henke kifogásolja Israel azon állítását, hogy olyan sejtek, a melyekbe parasiták hatoltak be, nem oszlanak és erre nézve felhozza a pebrine példáját. Leyden állítása sem állhat meg, hogy a cachexia parasiták mellett szól. Annak a véleményének ad kifejezést, hogy a rák oktana nem egységes.

Michaelis szerint sok zavarra ad okot az, hogy valamely betegség átvihetőségét és parasita-természetét összecserélik; az egértumorok átvihetők, de azért nem kell parasita természetüeknek lenniök.

Pagel kifogásolja, hogy Leyden Sydenham-et is említette, mint olyat, a ki a rák fertőző voltában hitt; Sydenham ugyanis sohasem irt a rákról!

Saul a parasita-elmélet támogatására felhozza a növényeken található, rákhoz hasonló képleteket, a melyeket parasiták okoznak. Bemutatja a töle talált protozoákat.

Pilicke szerint Cohnheim elmélete még nem tehető ad acta; mellette szól a rák gyakori előfordulása symmetriás szervekben, továbbá az, hogy páros szerv egyikében rák, másikában pedig hibás fejlődés mutatható ki akárhányszor.

B. Fraenkel azt hiszi, hogy a ráksejt azon sajátsága, hogy metastasisokat okoz, parasiták jelenléte mellett szól. Ha ez ellen felhozzák azt, hogy a struma is képezhet metastasist: azt feleli, hogy a strumánál a carcinománál észlelhető contact-infectiohoz hasonló sohasem fordul elő, másrészt a struma-esetek halmozódását egyes családokban vagy vidékeken nem tapasztalták (?); ha tehát a strumánál nem kell parasitát felvennünk, ebből még nem következik az, hogy a ráknál sem kell. Tagadja a pathologusok azon állítását, hogy a másodlagos daganat mindig hasonlít az elsődlegeshez. Igy például látott cancroidot a hangszalagon és metastasist a vékonybélben adenocarcinoma alakjában. Az ellenesek erre természetesen azt mondják, hogy ilyenkor két rák fejlődött elsődlegesen, ezt azonban csak theoriájuk kedvéért teszik. Noha az egész discussio egyik irányban sem hozott biztosat: a gyakorlatban mégis a parasita-elmélet követését tartja czélszerűnek, a minek megfelelően a rákos beteg környezete bizonyos óvóintézkedésekben részesíthető.

Hansemann szerint azok a szerzők, a kik a ráksejteket magokat tartják parasitáknak, mind olyanok, a kik behatóbb histologiai ismeretekkel nem rendelkeznek. A mi azt az állítást illeti, hogy *Villemin* gümökór-kisérleteiben szintén nem magát a kórokozót vitte át, hanem sajtos szétesésben levő szövetet: tekintetbe veendő, hogy ilyenkor holt szövetről volt szó, a vele együtt átvitt genysejtek pedig szintén nem képesek szövetet felépíteni; az új granulatiókat tehát a fertőzött állat adta, még pedig a gümőbacillus hatása következtében. *Benda* azon nyilatkozatát, hogy csak azért hive a parasita-elméletnek, mert a többi elmélet még kevésbé kielégitő, nem tartja kellőképen megokoltnak, mert találhatunk még újabb magyarázatot is. *Blumenthal* közléseit a rákok eltérő chemiai viselkedéséről nem tartja megbizhatóknak, mert ugyanezen szerző 5 hónap előtt a mostaniakkal teljesen ellenkező eredményeket közölt; így akkor azt állította, hogy chemiai szempontból semmi különbség sincs a normális epithelsejtek és a ráksejtek között, most pedig már említ különbségeket; különben is 1—2 napig állott hullaanyagon végezte vizsgálatait. A *Saul*-féle parasitákról már régen kimutatták, hogy nem parasiták, hanem sejtelfajulások. A növényeken található rákszerű képletekről pedig egy oly tekintély a botanika terén, mint *Tuboeuf*, csak nemrégiben nyilatkozott előtte úgy, hogy az állatok rákjával semmiféle közös vonásuk nincsen. *Pilicke* nézetét a symmetriás szervek gyakori rákos megbetegedéséről nem képes megerősíteni. *Fraenkel* nézete a metastasisokról szintén nem helyes; azt, hogy egy bélrák elsődleges-e vagy nem, nagyon könnyű megállapítani.

Hansemann azzal fejezte be hozzászólását, hogy a rák aetiologiájáról biztosat eddig nem tudunk; czélja csak az volt, hogy kimutassa egyrészt, hogy a rendkivül felszaporodott rákirodalomból mi hámozható ki, másrészt hogy a parasita-elméletnek bizonyítékai még nincsenek. Ő a maga részéről nem hisz benne és felvételét nem is tartja szükségesnek; lehetséges azonban, hogy a jövő meg fogja hazudtolni.

Könyvismertetés.

Max Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studirende. II. Theil: Geschlechtskrankheiten. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig. Verlag von G. Thieme. 1905.

Joseph tankönyvének már eddigi kiadásai is nagy kedveltségnek örvendtek orvosok és hallgatók körében, és nem ok nélkül, mert a mű egyesítette mindazon tulajdonságokat és kellékeket, melyeket egy jó tankönytől megkivánunk: a jó áttekinthetőséget, szabatosságot s a tudományos szinvonal teljes fenntartását. Hogy e jó tulajdonságok *Joseph* könyvében csakugyan megvannak, legjobban az bizonyítja, hogy rövid 10 év alatt II. részének immár negyedik kiadása fekszik előttünk. A könyv beosztása a régi maradt, s három fejezete a syphilist, a sankert és a kankót tárgyalja világosan és a tudomány legújabb haladásának minden fontos részletére kiterjedően.

Legterjedelmesebb a syphilis fejezete, mely egymaga a könyvnek több mint felét elfoglalja. *Joseph* itt is ismert folyékony tárgyalásával a legnagyobb könnyedséggel ismerteti e betegséget, beleszőve mindenütt bőséges tapasztalatait. Kiemelendő, hogy a syphilis primaer affectioját, a hol csak lehetséges, kimetszi, feltéve természetesen, hogy a baj még lokális természetű. Különösen részletesen és áttekintően találjuk a syphilis therapiáját megirva, melyből kiemelendő, hogy szerző a kenőkúrát tartja általában a leghatásosabbnak, s így legczélravezetőbbnek, míg a calomelinjectiókat veszélyességük miatt teljesen elveti. Aránylag kissé röviden, de azért igen világosan találjuk az öröklött syphilis fontos fejezetét megirva. A Ducrey-féle fekély (lágy sanker) jól megirt fejezete után a gonorrhoea következik, melynek tárgyalásában a gyakorlati czélnak megfelelően a kezelési rész van leginkább kidomborítva. Szerző a gonorrhoea kezdeti szakában legjobb szernek a protargol 1/4—1/2% os oldatait ajánlja, a balsamicumok közül pedig a santal-olajat tartja a leghatásosabb szernek. Részletesen ismerteti még a chronikus gonorrhoea instrumentalis kezelésének egyes fogásait, indicatioit.

A munkához csatolt rövid recept-gyüjtemény csak fokozza annak hasznavehetőségét. A könyv becsét nagy mértékben emeli a 54 szövegközti, nagyrészt igen jól sikerült ábra, valamint a moulage-ok után készült három színes tábla. *Guszman.*

Uj könyvek. *Körte*: Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege und der Leber. Berlin, A. Hirschwald. — *Hiller:* Die Gesundheitspflege des Heeres. Berlin, A. Hirschwald. — *Sonnenburg:* Pathologie und Therapie der Perityphlitis. 5. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Büdinger*: Die Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen. Leipzig, F. Deuticke. — *Jessner:* Diagnose und Therapie des Ekzems. I. Theil. Diagnose. Würzburg, Stuber. — *Leduc*: Die Ionen oder elektrolytische Therapie. Leipzig, A. Barth. — *Zacharias* und *Müsch:* Konstruktion und Handhabung elektromedizinischer Apparate. Leipzig, A. Barth. — *Preyer*: Die Seele des Kindes. 4. Auflage, bearbeitet von Schaefer. Leipzig, Grieben. — *Schnirer* und *Vierordt*: Encyklopädie der praktischen Medizin. 1. Lieferung. Wien, A. Hölder. — *Combe:* Traitement de l'entérite muco-membraneuse. Paris, Baillière et fils. — *Guisez*: Trachéobronchoscopie et oesophagoscopie. Paris, Baillière et fils. — *F. Rathery*: Le tube contourné du rein. Paris, G. Steinheil. — *Foveau de Courmelles*: Précis de radiographie dentaire. Paris, Vigot frères. — *R. Gaultier*: Essai de coprologie clinique. De l'exploration fonctionelle de l'intestin par l'analyse des fèces. Paris, Baillière et fils. — *J. Albarran*: Exploration des fonctions rénales. Paris, Masson et comp. — *L. M. Griffiths*: Medical philology. Bristol, J. W. Arrowsmith. — *T. Gillman Moorhead*: Surface anatomy. London, Baillière, Tindall and Cox. — *G. R. Turner:* Clinical lectures on appendicitis, radical cure of inguinal hernia and perforating gastric ulcer. London, Baillière, Tindall and Cox. — *Brandreth Symonds*: Life insurance examinations. London, G. P. Putnam's Sons. — *Morgan Dockrell*: An atlas of dermatology. London, Longmans, Green and Co. — *Frank Winthrop Draper*: A textbook of legal medicine. London, W. B. Saunders and Co. — *A. S. Vallack:* Principles and practice of asepsis. London, Baillière, Tindall and Cox.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Hermaphroditismus femininus externus érdekes esetét ismertette *Friedrich* a „Mediz. Verein in Greifswald" 1904. deczember 3-diki ülésén. A most 20 éves leány 15 éves koráig rendesen fejlödött; az ivarérés idején a hangja mély bassusba csapott át s a külseje férfias vonásokat öltött. Egyidejüleg észrevették, hogy hasában daganat fejlödik. A leány arcza férfias typust mutat, felső ajkán bajusz serked; emlői fejletlenek; clitorisa a szokottnál jóval nagyobb (4 cm. hosszú), egyébként a külső nemi szervein rendellenesség nem mutatható ki. Hüvelye keskeny, hosszú, a méh nagyság tekintetében körülbelül 12 éves leányénak felel meg. A hasban nagy, tömlős daganat volt kitapintható. Az operatio alkalmával kiderült, hogy kétoldali ovariális tumor esete forog fenn, mely a kórboncztani vizsgálatkor tömlős teratoid daganatnak bizonyult. Friedreich kiemeli, hogy habár a mütét óta csak négy hét telt el, a beteg clitorisa már azóta is feltünő módon kisebbedik.

Grawitz a kiirtott daganat kórboncztani leirásában két hasonló, töle észlelt esetről tesz említést, a melyek közül különösen egyik tüntet fel nagy megegyezést a bemutatott esettel, kivált abban, hogy az illető leány 20 éves koráig merőben női habitussal fejlödött, s a daganat képződésével egyidejüleg testalkatában férfivonásokat kezdett feltüntetni: hangja mély lett, emlői sorvadtak és sürü szakála nött. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 14. szám.)

A malaria leküzdésére ajánlott módszerek közül *Babes* legbiztosabbnak és legolcsóbbnak a chinin használatát mondja azon tapasztalatai alapján, melyeket Románia egyes malariás vidékein tett. Mindazoknak, a kiknek vérében malaria-plasmodiumokat talált, 6—8 napon át naponként 1 gramm chinint adott és ugyanennyit adott még 9—10 napos időközökben két hónapon át. Azoknak, a kiken már jelentkeztek a malaria-rohamok, a chinint 5 órával a várható rázóhideg előtt adja. Végül teljesen egészségeseknek, a kiknek vérében nem lehet malaria plasmodiumokat kimutatni, prophylaxis czéljából szintén ad chinint, még pedig 3 hónapon át 9—10 napos időközökben 1—1 grammot. Ezen eljárással nagyon jó eredményeket ért el. Igy egy faluban chininnel praeventive kezelt 214 egyén közül egy sem kapta meg a malariát, míg nem kezelt 32 egyén közül 15 betegedett meg malariában. Egy másik faluban 1800 kezelt egyén közül egy sem betegedett meg malariában, míg 800 nem kezelt közül 20% kapta meg ezen bajt. A chininnek ezen kedvező praeventiv hatása azonban nem csupán a chinint kapott egyénekre terjed ki, hanem általános érvényü, a mennyiben a chinin által az egyes egyének vérében esetleg jelenlevő malaria-plasmodiumok tönkretétetvén, szunyogokba nem juthatnak be és igy a malaria terjedésének főforrása is kiapad. A malaria elleni prophylaxis czéljából természetesen a rendelkezésre álló egyéb módok sem hanyagolandók el igy különösen nem a szunyogok ellen való küzdés, a mely tekintetben legfontosabb a lakóhelyek közelében levő álló vizek, pocsolyák eltávolítása, avagy ezek felületének kora tavaszszal petroleummal borítása, a mivel az anopheles-álczák elpusztulását érjük el. (Romania medicala, 1905. 1. szám.)

A Röntgen-sugarakkal foglalkozás veszedelmei. Mindinkább kiderül, hogy a Röntgen-sugarakkal való huzamosabb foglalkozásnak igen káros következményei lehetnek s hogy mennyire megokolt az óvatosság e tekintetben. A new-yorki Medical News legutóbbi számában *Tilden Brown* egész csomó esetet közöl, a melyekben röntgenezéssel való foglalkozás következtében azoospermia állott be, még pedig az illetők tudta nélkül, minthogy nemi müködéseikben semmi eltérést nem észleltek. Albers-Schönberg már két év előtt kimutatta az x-sugarak ilynemü hatását tengeri malaczokon. Nemrég Halberstaedter kisérleteket közölt, a melyek azt bizonyítják, hogy a petefészekre még intensivebb és veszedelmesebb hatása van az x sugaraknak.

A Boston Medical and Surgical Journal ez évi márczius 9-diki számában *van Allen* részletesen foglalkozik azokkal a veszedelmekkel, a melyek az orvost a röntgenezés révén fenyegetik s az ezek ellen követendő prophylaxissal. Több esetet ismertet, a melyekben oly betegek, a kiket a bőrbajuk miatt Röntgen-sugarakkal kezeltek, azoospermiába estek. A sok röntgenezés következtében először a bőr és függelékei szenvednek: a körmök letöredeznek, elpusztulnak, a hajak növekedésükben elmaradnak, a bőr a behatás helyén száraz és jellemző sárga színü lesz. Majd a bélcsatorna részéről mutatkoznak zavarok, s végül a psychikai körben is, a mennyiben az illetők nem tudják gondolataikat egy pontra concentrálni, nem tudnak ugyanazzal a tárgygyal huzamosabban foglalkozó, álmatagok, bár némelyek épen álmatlanságról panaszkodnak s ingerlékenyek. A test vékonyabb részeinek radiogrammján az erek időelőtti elmeszesedése állapítható meg. Van Allen részletes utasításokat közöl, hogy mikép kell e veszedelmek elhárítására a Röntgen-cabinetnek berendezve lennie. (The Lancet, 1905. április 8., 945. lap.)

A variola és a varicella azonosságát újabban ismételten hangoztatják. Ezen felfogás ellen szólnak azonban az olyan esetek, a melyekben variola ellen rövid idő előtt sikeresen védoltott egyénnek kifejezett varicellában betegszenek meg. Ilyen esetet közöl *Pick* (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 12. szám): egy családban 3 gyermek varicellában betegszik meg; a negyedik gyermek (csecsemő), a kit rövid idő előtt oltottak be himlő ellen eredményesen, szintén megkapta a varicellát, még pedig kiterjedt és typusos alakban. *Bett* (Wiener medizinische Wochenshrift, 1905. 10. szám) a következő megfigyelését ismerteti: 3 testvért 1899-ben, 1901-ben és 1904-ben oltottak be sikeresen himlő ellen; az 1905. év elején mind a három megbetegedett varicellában, még pedig a legkisebb, a ki alig egy év előtt védoltatott, legerősebben.

Sebészet.

Az agysyphilis operativ therapiájára vonatkozó irodalmi adatokat gyüjtötte egybe *Stransky*. A sebészi beavatkozást ezen bántalomnál *Rumpf* hozta először szóba s *Macewen* hajtotta végre az első idevágó mütétet; azóta főleg az angolok és amerikaiak lelkes hívei az ezen indicatio alapján végrehajtott mütéteknek *(Horsley, Bramwell, Gowers* stb.), mivel tapasztalataik szerint épen az agysyphilis a specifikus kezeléssel szemben igen refactaer viselkedik; mások, igy az agysebészet atyja, *Bergmann*, majdnem a merev negatio álláspontjára helyezkednek. A közbeeső álláspontot képviseli *Oppenheim*, a ki mindaddig, míg a specifikus kúra használ, elitéli a sebészi beavatkozást, mihelyest azonban ezen kúra sikertelensége fennálló agydaganat jelei mellett a diagnosist kétségessé teszi, jogosnak minősíti az operatiót; *Bruns* hat heti, *Allen Star* három hónapi sikertelen antilueses

kúra után ajánlja a műtétet. Legpraecisebbek *Schlesinger* indicatioi, a ki javalja a műtétet: 1. ha a tünetek specifikus kúra daczára progrediálnak, vagy ha indicatio vitalis (status epilepticus) áll fenn; 2. ha a lueses kúra befejezése után circumscript tumor jelei állnak fenn s a localisatiós jelek szerint a tumor felületesen fekszik és kis terjedelmü; 3. ha a tumorsymptomák elmulta után Jackson-epilepsia marad vissza. Contraindicatio a basalis vagy spinalis lues, a nagyon silány erőbeli állapot, az amyloid, végül a szövődmények más belső szervek részéről. A *Stransky*-féle összeállításban agysyphilis miatt végzett 18 műtét szerepel. Három esetben pachymeningitis specifica állott fenn, ezek műtétre gyógyultak, (egyik később intercurrens betegségben elhalt, a sectionál még igen kiterjedt processust találtak, úgy hogy a recidiva ezen esetben bizton bekövetkezett volna); 15 agygumma közül kilenczben gyógyulás, illetőleg tartós javulás követte a műtétet, ezen esetekben a gumma helye pontosan és a műtét alkalmával beigazolt módon volt localizálható; míg a halálosan végződött esetekben a folyamat diffus volt, vagy nem volt helyesen localizálva. Szerző oda concludál, hogy a mennyiben agygummák antilueses kezelésre nem javulnak, közönséges agydaganatoknak kell őket tekinteni; eltávolításuk ugyanazon cautelák szemmeltartásával végzendő, mint a nem syphilises agydaganatoké. Az életet közvetlenül fenyegető status epilepticus palliativ trepanatiót tesz indikálttá. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie, 1905. 1—2. sz.)

Pólya.

Laparotomiák utókezelésére *Graig*, hogy a bélparesist elkerülje, *eserinum salicylicumot* használ $^1/_{60}$—$^1/_{20}$ gran (= 0·001—0·003 gm.) adagban, bőr alá fecskendezve a műtét folyamán. Az eserin kellemetlen mellékhatásainak leküzdésére egyszersmind $^1/_{100}$ gran atropint is (0·0006 gm.) ad, mely a peristaltica emelésében adjuvánsa az eserinnek s műtét előtt adagolva a narcosist is megkönnyíti. Eserin és atropin együttes használatával szerinte a hasnak műtét utáni felpuffadását el lehet kerülni, s a betegnek ama fájdalmai, melyek ezen flatulentiából származnak, elesvén, ritkán kell narcoticumot alkalmazni a műtét után. (New York and Philadelphia med. journ. 1905. márcz.) *Pólya.*

A vándorvese operativ kezelésének javalatait *Treves* oly esetekre tartja korlátozandóknak, a melyekben vesetorsio tünetei mentek előre, és a melyekben a betegnek hosszas fekvésre, pihenésre, kimélésre nincsen sem módja, sem ideje. Egyéb esetek kezelésére egy általa szerkesztett haskötő viselését ajánlja, melyet 300 esetben próbált ki, s melylyel az esetek 95%-ában teljesen kielégítő eredményeket sikerült elérnie; a haskötő $1^1/_2$—2 évi viselés után el is hagyható. Igen fontosnak tartja az erőltető sporttól való tartózkodást, az egy ideig való fekvést, a hízókúrát s a neurastheniás tünetek szakszerü kezelését. (Tho Practitioner. 1905. január.) *Pólya.*

A csontképzésről golyvákban. A golyvák meszes góczaiban gyakoribbak az elcsontosodások, mint eddigelé hitték. *Sehrt* 14 meszes góczban 5 izben talált valódi csontképzést, sőt a csontos részletekben helyenként typikus velőszövetet is, mely zsírszövetből, véredényekből és a velőszövet különböző sejtes elemeiből állott. (Zentralblatt für Chirurgie, 1905. 13. sz.)

Gergő.

Cachexia és tetania thyreopriva. Pineles ama feltevése ellen, hogy a tetania thyreopriva a mellékpajzsmirigyek kiesési tünete volna, *Lanz* a következőket hozza fel:

1. 30 kecske közül, melyeket szerző Bernben thyreoidektomizált, csak egynél jelentkezett tetania; ellenben Hollandiában teljesen hasonlóan mütett 20 állata közül majdnem a fele pusztult el acut vagy subacut tetaniában. Mintha a pajzsmirigy functionális értéke különböző országokban más-más volna.

2. Thyreotetaniánál pajzsmirigykészítmények adagolásával gyógyulást érhetünk el; már pedig eme gyógyhatást bajosan magyarázhatnók azzal, hogy thyreoidea-készítményeink egyúttal parathyreoidea-tartalmúak is.

A dolog tisztázására parathyreoidinnek vegyileg is izolált előállítása, kisérleti czélból, mindenesetre kivánatos volna. (Zentralblatt für Chirurgie, 1905. 13. sz.) *Gergő.*

Idegbajok.

Az aphasia kezeléséről, különös tekintettel az agrammatismusra ir *F. Mohr*. A szélütés után támadt jobboldali bénulások kisérője, az aphasia, gyakran megmarad akkor is, a mikor a beteg járásképességét már visszanyerte. Minthogy az ilyen beteg bizonyos fokig munkaképes volna, ha beszélni tudna, egy idő óta foglalkoznak az aphasia kezelésével. Hiszen már az is hasznos, ha elérjük, hogy a beteg környezetével megérteti magát. A kezelés módja a gyakorlat.

Természetes, hogy erre nem minden aphasia alkalmas. Ha az alapbaj maga előrehaladó, úgy a gyakorlásnak eredménye nem lehet, de más esetekben az elérhető javulás sokszor igen nagyfokú. Az említett szervi sérülések után gyakran magától is javul az aphasia. Addig, míg ez a spontán javulás tart, nem szükséges beavatkoznunk, de ha a javulás tovább nem halad, legjobb azonnal hozzáfogni a gyakorlatokhoz. Igaz ugyan, hogy *Dejerine* és *Thomas* még 15 éves, *Gutzmann* 10, 3, $1^1/_2$, 1 éves esetekben is láttak eredményt, *Bastian* 15 év óta aphasiás betege is lényegesen javult négy hét alatt. *Bastian* egy másik esete is érdekes. Egy 54 éves tudós szélütés után aphasiás lett, később visszanyerte beszélőképességét, de a görög és latin nyelvet elfelejtette. Hat évi szorgalmas tanulás után azonban ezen nyelveket újból megtanulta.

Ezek a közlések mutatják, hogy még kétségbeesett esetekben is lehetséges a javulás. Hogy van-e közöttük teljes gyógyulás, azt a közleményekből megállapítani nem lehet.

A gyakorlatok mikéntjére nézve *Mohr* egy hosszú ideig kezelt esete kapcsán hasznos utasításokat ad, részben azon módszerek felhasználásával, melyeket süketnémákon és gyengeelméjü gyermekeken szoktak alkalmazni, bár ezek csak részben vihetők át aphásiás betegekre.

A gyakorlat eleinte rövid ideig tartó legyen, mert az ilyen beteg figyelme hamar kifárad, tíz percz gyakorlat után már öt percz pihenésnek kell következnie. Jól fel kell használni az emlékezetben maradt szófüzéseket és legelőször olyan szókat és mondatokat kell gyakoroltatni, a melyekre a betegnek leginkább szüksége van.

Külön gyakoroljuk a szóképzést és külön a szó megértését.

Legelőbb a beszédszervek mozgását gyakoroljuk be. A beteg nyelvével elvégzi mindazon mozdulatokat, melyek egyes betük kimondásához szükségesek, erre következnek ugyanolyan czélú ajk- és állkapocsmozgások.

Az egyes betük kiejtésének gyakorlatát azokkal kezdjük, a melyek kiejtésére a beteg képes, hiszen alig van olyan aphasia, melyben egy betü kiejtése sem maradna meg. Előbb a magánhangzókat veszszük sorba, melyek közül az i betü szokott legnehezebb lenni, azután az ajak-, nyelv- és torokhangok következnek. A beteg nézzen tanítója szájára, némelyik betegnek segitségére van, ha a betüt kiejtésekor a levegőbe rajzoljuk, némelyik beteg hamarabb halad, ha a tanító szájának mozgását úgy utánozza, hogy tükörbe néz a betü kiejtésekor. A tükröt azonban csak rövid ideig szabad használni, mert különben a beteg tükör nélkül nem tudja a betüt ismételni.

A betűgyakorlat után a szótaggyakorlat következik, eleinte egy szótagot kell ismételni, ha ez megy, lehet 2—3 szótagot is összekapcsolni. Az egyes szótagok gyakorlásakor sokszor előfordul, hogy a beteg nem a feladott szótagot ismétli, hanem egy emlékezetben maradt egész szót mond, pl. a beteg a *ta* szótagot kimondani nem tudja, hanem helyette állandóan a „*Tante*“ szót ismétli. Hogy ez zavarra vezet, az érthető, mert minden *ta*-val kezdődő szó helyett *Tante*-val kezdi azt el, és ha egy szó közepén fordul elő ez a szótag, akkor a szó közepére „*Tante*“ kerül. Erről gyakran nehéz a beteget leszoktatni, az úgynevezett értelmetlen szótagokkal ez legjobban sikerül. A beteg hajlandó lévén a hasonló hangzású szókat összecserélni, ezeket külön kell gyakorolni (pl. Slave—Sklave). A szótagképzés után a szóképzés kerül sorra, melyben arra kell már törekedni, hogy a beteg ne ejtse ki a szót szótagonként különválasztva, a mi elég gyakori. Sajátságos, hogy a hosszabb szókat könnyebben tanulják meg, mint a rövid praepositiókat. A tárgyak nevét képeskönyvvel tanítjuk, a név megtanulását azzal segithetjük elő, hogy az illető tárgy

tulajdonságait elősoroljuk. A concret dolgok nevét könnyebben találja a beteg, mint az elvont fogalomét, a kimondott szó után könnyebben találja meg a tárgyat, mint a tárgyhoz annak nevét.

A szótag- és szóképzéssel együtt gyakoroljuk az olvasást is, a beteg az *abc* betüit megtanulja kikeresni egy *abc*-s táblácskasorozatból, ezekből azután szótagokat rak össze. Egész szók elolvasásakor ugyanazon hibák támadnak, mint az elmondáskor, eleinte betüzve kell olvastatni, csak később folyékonyan. A beteg a szó egyes betüit előbb megnevezi sorban és azután mondja ki az egész szót. Az összefüggő mondat olvasásakor fő a lassúság.

Ezután az agrammatismus legyőzése következik, a helyes mondatszerkezet tanítása, előbb rövid mondatot mondunk (pl. ez könyv), melyet a beteg ismétel. A beteg eleinte minden főnevet alanyi esetben használ, jelzőket nem szeret alkalmazni, az előszókat kihagyja, minden felesleges szót kerül, egyes szókat taglejtéssel helyettesít: pl. „Tedd a korsót az asztalra" helyett a beteg azt mondja „korsó—asztal" és a rátevést taglejtéssel helyettesíti. Az aphasiás ép úgy, mint a gyermek, infinitivumban mondja az igéket.

A szórend és mondatszerkezet megtanulására a beteg képeket kap, és az azokon lerajzolt eseményeket elmondja, ezeket kivülről megtanulja. Sorban megtanulja az egyszerü mondatot, a kérdőmondatot, a feltételes módot, azután egynehány összefüggő mondatot tanul meg, melyet megtanul változtatni s pl. az állításból kérdést csinál. Egyszóval a nyelvtant úgy kell átvenni, mint a kis tanuló szokta. Azután egy-egy apró történetet olvas a beteg és elmondja tartalmát.

Az érző és mozgató aphasia kezelése egymástól el nem választható, hiszen megértés nélkül nincs beszéd. Az érző aphasia elmélete átalakulóban van, és mindinkább összetettebbnek látszik, a gyógyítás azonban nem azon elméletekből, hanem gyakorlati tapasztalatokból indul ki. Igy gyakorlati tapasztalat az, hogy a szó hangképe és megértése különböző dolog és hogy a szó megértése és a mondat megértése nem ugyanaz. Ha ugyanis beszédet hallgatunk, nem az egyes szókat külön fogjuk fel, hanem az egész mondat értelmét egyszerre, úgy hogy később többnyire inkább a mondat értelmére, mint az egyes szókra emlékszünk vissza. Némelyik beteg észreveszi, ha hibáz, másik nem, sőt gyakran előfordul, hogy egy mondatot mond, de azután csak körülbelül emlékszik annak tartalmára. Igy az egyik beteg folyékonyan mondta: „Márta mégis nagyon kedves teremtés." Ezen mondás után közvetlen tudta, hogy az illető személyről valami kellemes gondolata volt, de nemcsak, hogy a mondatot másodszor ismételni nem tudta, hanem, ha a teremtés és kedves szókat ismételték előtte, azok jelentőségét sem tudta, azaz itt is inkább a mondat értelme állott szeme előtt, mint az egyes szók.

Fontossága van a hangsúlyozásnak is. Van beteg, a ki a szótagonként megtanult szót szótagonként ismétli a nélkül, hogy megértené és ha a helyes hangsúlyt megtanulta, azonnal megérti; néha a gondolatkapcsolás segít, a beteg egy már megtanult szó értelmét nem fogja fel addig, míg egyszer valami távoli gondolatkapcsolás útján eszébe jut annak értelme. Segítségül kell venni a szó hangképét, a tárgy optikai képét, az irott képet, tapintási képet is, és az érzést, mely beszéd közben a beszédben résztvevő izmokban támad. Ezek az összeegyeztetések főleg a paraphasiát szüntetik meg és képessé teszik a beteget arra, hogy ellenőrizze azt, a mit mondott.

Ugyanezen oknál fogva az irásgyakorlást, ha máskép nem lehet, a bal kézzel, jó minél előbb, a beszédgyakorlattal egyszerre elkezdeni és együtt folytatni. A beteg a megtanult betüt, később szótagot, szót és mondatot irja le.

Nagyon fontos az aphasiája miatt a külvilágtól elzárt beteg kedélyének emelése, az érdeklődés felkeltése. Az orvos eleinte okvetlen maga kezelje a beteget, de minthogy a kezelés igen hosszú, később szorítkozhatik annak vezetésére és ellenőrzésére, segítségül veheti a beteg valamely hozzátartozóját, esetleg tanítót, különösen siketnémák tanítói használhatók jól erre a czélra.

Az elért eredmények mutatják, hogy az aphasiát nem szabad kezelés nélkül hagyni. (Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. 39. k., 3. f.)

Kollarits Jenő.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Diuretin és húgyanyag együttes használatával nagyon jó eredményeket ért el *Zajaczkowsky* a lembergi közkórház II. orvosi osztályán. Szívbaj okozta vizenyő-esetek 70%-ában ért el nagyfokú diuresist, a nélkül, hogy digitalint kellett volna használnia; a fennmaradó 30%-ban digitalis-szal sem ért czélt. A keveréket poralakban adja, még pedig minden por ½ gramm diuretint és ½ gramm tiszta hugyanyagot tartalmaz; ezekből a porokból 24 óra alatt 4—8-at vétet be. Kiemelendő, hogy ezen eljárást még májcirrhosis okozta vizenyő eseteiben is szép sikerrel lehet használni. Kellemetlen mellékhatásokat még nagy adagok (10 por naponként) használata után sem látott. (Wiener medizinische Presse, 1904. 44. szám.)

Perhydrol elnevezéssel a Merck-gyár újabban egy készítményt hozott forgalomba, a mely nem más, mint a hydrogensuperoxyd vegyileg tiszta vizes oldata és a mely 30 térfogatszázalék hydrogensuperoxydot tartalmaz, tehát sokkal erősebb, mint az eddig forgalomban volt készítmények. A perhydrol mérgező hatásoktól teljesen mentes, szagtalan, nem izgató, fájdalom nélkül ható, erélyes antisepticum. Legújabban *Walther* giesseni tanár teszi közzé tapasztalatait, melyeket e szerrel a gynaekologiai gyakorlatban tett. 1—3%-os, ritkán még erősebb oldatokban is használta, főleg befecskendések és tamponok alakjában (az oldatok készítésekor a súlyszázalékokat veszik alapul, úgy hogy pl. az 1%-os oldat = 1 rész perhydrol + 29 rész víz; a 3%-os oldat = 1 rész perhydrol + 9 rész víz). Tapasztalatai szerint következő esetekben lehet perhydrollal nagyon jó eredményeket elérni: 1. A vulva és vagina genyedő és fekélyedő folyamatai, kis leányok vulvovaginitise, genyes colpitis a terhességben. 2. Fekélyedő és eves folyamatok a hüvelyben és méhnyakcsatornában, pl. decubitalis fekélyek, büzös kifolyás hólyaghüvelysipoly eseteiben, elevesedett inoperabilis méhrák. 3. Egyszerü erosioképződés és erős folyás. 4. Az endometrium putreskáló lobosodása főleg abortus után, továbbá puerperalis fekélyek. Megjegyzendő, hogy a szer töményebb oldatokban a környező ép részek védelme nélkül is bátran alkalmazható, mert egyrészt maró hatása nincsen, másrészt csupán a kóros szövetekre fejt ki hatást. (Medizinische Klinik, 1905. 3. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 11. hetében (1905. márczius 19-től márczius 25.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 433 gyermek, elhalt 323 egyén, a születések tehát 141-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 26·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·1, az egy éven felüli lakosságnál: 18·2, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 1, apoplexia cerebri 8, convulsiones 5, paralysis progress. 4, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 4, morbi org. cordi. 8, morbi myocardii 2, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 7, pneumonia 10, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 41, emphysema pulm. 2, pleuritis 5, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 3, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 5, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 0, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 0, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 0, scarlatina 4, pertussis 1, croup-diphth. 2, dipht. faucium 0, influenza 2, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 2, suicidium 2, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3680 beteg, szaporodás 933, csökkenés 862, maradt e hét végén 3692 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 166 (156), vörheny 55 (68), álh. gége- és roncsoló toroklob 26 (32), hökhurut 15 (27), gyermekágyi láz 1 (2), hasi hagymáz 3 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 35 (20), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (2), trachoma 14 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

× **Márkus Soma** dr.-t a belügyminister a székesfővárosi államrendőrségi kórházhoz fizetésnélküli segédorvossá nevezte ki.

Izsó Lajos dr. tiszteletbeli megyei főorvosnak és jászladányi községi orvosnak a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Választások.** *Kundl Vilmos* dr. kolozsvári orvost váli körorvossá választották. *Schreiber Jakab* dr. Kis-Zomborban körorvos lett.

△ **Kovács Bertalan** dr. aradmegyei kórházi alorvost másodorvossá nevezték ki; az így megüresedett alorvosi állásra a pályázatot a napokban fogják kiírni.

< **Schiller József** dr., a szegedi állami gyermekmenhely másodorvosa, állásáról lemondott.

— **Pósch Dezső** dr. rozsnyói városi tisztiorvos megrendült egészségi állapota miatt állásáról lemondott.

○ **Oklevélbemutatás.** Okleveleiket 1905. február havában a tiszti főorvosi hivatalban Ádám Ármin dr., Nánási Adolf dr., Simon Gyula dr., Goldberger Márk dr., Deutsch Miksa dr., Gross Sándor dr. és Süssmann Frigyes János József dr. egyetemes orvosdoktorok, valamint 6 szülésznő mutatták be.

□ **A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete** 1905. április havában tartotta meg XVI. évi rendes közgyülését Schulhof Jakab elnöklésével a kir. orvosegyesület nagytermében. Béla Pál titkár jelentése szerint a lefolyt 1904-dik esztendőben az egyesületnek volt 17 pártoló tagja és 288 rendes tagja. Betegsegélyilletményként 36 megbetegedett tagnak összesen 5128 korona juttatott; a bevételek körülbelül 5000 koronával haladták meg a kiadásokat; az egyesület vagyona pedig 45,071.91 koronára emelkedett, mely összeg részint takarékpénztárban, részint óvadékképes értékpapirokban van elhelyezve. Végül a hat kisorsolt választmányi tagot újból megválasztotta a közgyülés.

‖ **Vízakna** gyógyfürdőben a földmívelésügyi minister, a melynek vezetése alatt a fürdő áll, magyarországi gyakorló orvosok részére ingyen fürdést, gyógy- és zenedíj-mentességet engedélyezett. Ezen kedvezményben mindazon orvosok részesülnek, a kik a fürdőfelügyelőségnél a kedvezmény elnyerése czéljából magukat kellően igazolják.

⊕ **Az alkoholismus elleni X. nemzetközi congressus** székhelye, a mint ismeretes, Budapest lesz. A congressus szervező bizottsága elhatározta, hogy a congressust 1905. évi szeptember hó 11-dikétől 16-dikáig bezárólag tartja meg. A congressus ideiglenes munkarendje a következő: I. Ünnepi előadás. *Gruber*: Az „én" egészségtana. II. értekezések. 1. Az alkohol befolyása az emberi és állati szervezet ellenálló képességére különös tekintettel az átöröklésre. Referens: *Laitinen*. 2. Alkohol mint tápszer. Referens: *Kassowitz*. 3. A munkások kulturális törekvései és az alkohol. Referensek: *Wandervelde, Kiss*. 4. Alkohol és nemi élet. Referens: *Forel*. 5. Alkohol és büntetőtörvény. Referensek: *Lombroso, Bleuler, Vámbéry*. 6. A szeszes italok végzetes hatása az afrikai benszülöttekre. Referens: *Müller*. 7. Iskola és nevelés az alkoholizmus elleni küzdelemben. Referensek: *Yorke, Hähnel, Eötvös, Fischer, Kirschanek*. 8. Alkohol és munkaképesség különös tekintettel a katonai trainingre. Referens: bizonytalan. 9. A műbor hygienikus jelentősége a rendes alkoholélvezethez viszonyítva. Referens: *Liebermann*. 10. Az alkohol ipari felhasználása, mint az alkoholizmus elleni küzdelem eszköze. Referensek: *Dazinska-Golinska, Klemp, Malcomes* báró. 11. Az italmérés reformja. Referensek: *Eggers, Helenius, Legrain, Malins*. 12. Az alkoholizmus elleni mozgalom szervezése. Referensek: *Wlassak, Máday, Stein*.

A congressus idejére a következő estélyeket és összejöveteleket jelentették be: *a) Női estély*, rendezi a Magyarországi nőegyesületek szövetsége. Előadók: *Gray* úrhölgy (London). *Gonser* (Berlin). *Wakely* (London). Felvilágosítással szolgál *Rosenberg Auguszta* I., Fehérvári út 41. *b) Estély*, rendezi a Katholikus egyletek szövetsége. Felvilágosítással szolgál *Giesswein Sándor* dr. országgyülési képviselő, kanonok és *Szentiványi Károly*, a katholikus egyletek szövetségének igazgatója VIII., Szentkirályi-utcza 28. *c) Elmeorvosok összejövetele*. (Tárgyalásaiba belevonja az iszákosok mentésének kérdését is.) Előadók: *Forel* (Chigny), *Fischer* (Pozsony). Felvilágosítással szolgál *Epstein László* dr. főorvos I., Lipótmezei elmegyógyintézet. *d) Egyetemi hallgatók estélye*. Előadók: *Enderstedt* (Stokholm), *Holitscher* (Pirkenhammer). Felvilágosítással szolgál *Dóczi Imre* orvostanhalgató VI., Aradi-utcza 62. *e) Munkás gyülés*, rendezi a congressus munkásbizottsága. Felvilágosítással szolgál *Kiss Adolf*, a bizottság elnöke VII., Dob-utcza 75. *f) Good Templar rend estélye*. Előadók: *Juliusburger* (Berlin), *Schwartz* (Budapest). Felvilágosítással szolgál *Madzsar József* dr. VIII., Baross-utcza 41.

A congressuson való részvétel, valamint mindennemű más bejelentés *Stein Fülöp* dr. főtitkár czímén a nemzetközi alkoholismus elleni X. congressus irodájába (Budapest, IV., Központi városház) intézendő, mely minden irányban szívesen szolgál felvilágosítással. (Hivatalos órák naponta d. u. 4—6-ig). A congressussal kapcsolatban rendezendő kiállításra vonatkozólag bővebb felvilágosítást ad és bejelentéseket elfogad *Kovács Gyula* dr. kir. tanácsos, a kereskedelmi muzeum igazgatója. (V., Váczi-körút 32.) A tagsági díj 6 korona. Pénzküldemények a végrehajtó bizottság pénztárosához, *Tauffer Károly* gyógyszerészhez (VI., Terézkörút 39. sz.) intézendők. A tagok a congressus valamennyi nyomtatványát ingyen kapják.

= **7000 éves hólyagkő.** A londoni Pathological Society április 4-diki ülésén praehistorikus hólyagkövet mutattak be, melyet Elliot Smith tanár ásatásai alkalmával találtak El Amrah-ban, Felsőegyptom egy praehistorikus temetö helyén. A kő egy körülbelül 16 éves fiú medenczéjében feküdt; vegyi vizsgálatra kiderült, hogy húgysavas sókból áll, phosphátokból álló vastag kéreggel. A kő e vegyalkata Shattock dr. szerint arra utal, hogy Egyptom praehistorikus lakossága húsevő népség volt. Indiában a hólyagkövek 70%-a oxalátokból áll, a mit az indiai lakosság növényi táplálkozásának lehet tulajdonítani. (The Lancet, 1905. 930. l.)

○ **Kisebb külföldi hirek.** *Gerhardt D.* erlangeni rendkivüli tanárt Jena-ba hivták meg a Kölnbe távozott Matthes tanár helyére. — *Garten S.* physiologust és *Hirsch K.* belgyógyászt Leipzigben rendkivüli tanárrá nevezték ki.

┴ **Az egyetemi I. számú női klinikával** (Bársony tanár) kapcsolatos poliklinika segélyét márczius hóban 78 esetben vették igénybe, a műtétek száma 52 volt.

□ **A budapesti poliklinikán** márczius hóban 3860 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 13,148 volt.

△ **A pozsonyi állami kórházban** az 1904. évben — a mint ezt *Pantocsek József* dr. kórházigazgató kimeritő jelentésében olvassuk — 310,940 ápolási nappal 8720 beteget kezeltek, egy betegre tehát átlag 35·65 ápolási nap esett. A betegek közül 44·4% gyógyult, 35·2% javult, 3·7% gyógyulatlan maradt, 6·9% meghalt és 9·8% további ápolásban maradt. A kórház orvosi kara az igazgatón kivül 5 főorvosból, egy kórboncziolóból, 9 másodorvosból és 4 bennlakó orvosgyakornokból állott.

† **Elhunyt.** *Ippen József* dr. székesfővárosi gyermekorvos e hó 10-dikén 40 éves korában. — *Kalchbrenner Hugó* dr., a Koburg herczegi vasgyárak nyugalmazott főorvosa, Gömör-Kishontmegye volt tiszteletbeli főorvosa, április 5-dikén 68 éves korában.

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

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

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

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

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

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

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

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése. (1905. évi április hó 9-dikén.) 281. l. — XV. magyar balneologiai congressus. (I. ülés 1905. április 8-dikán délelőtt.) 283. l. — Közkórházi orvostársulat. (1905. január 18-dikán tartott I. bemutató szakülés.) 184. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi deczember hó 6-dikán a szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott ülés.) 285. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 286. l.

A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évi közgyülése.

(1905. évi április hó 9-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**. Jegyző: **Löw Sámuel**.

Tauffer Vilmos a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Uraim!

Tizenöt év az individuum életében tekintélyes szakasz, az evolutio idejében pedig egyenesen döntő jelentőségű az egész életre; a születéstől számított első 15 év már megmutatja az új egyén physikai és szellemi képességeinek értékét az élet számára; a második 15 év alatt pedig kifejlődik az egyéniség egész szellemi erejével, minden tulajdonságával, a benne rejlő jó és gyarló részletekkel egyaránt, az életre való egész rátermettséggel. Az élet további tartama már csak az addig kifejezésre jutott tulajdonságok eredményeit fogja registrálni, és a szerint, hogy vajjon kedvez-e a szerencse, vagy mostoha iránta a sors, alakul ki részére az élet eredménye erkölcsi és anyagi tekintetekben egyaránt.

Az egyes egyén sorsának ezen cyklikus fejlődéséhez hasonlitanám egyesületünk életét is, és úgy vélem, hogy a bezáruló első 15 év épen elegendő arra, hogy megvizsgáljuk az ifjut (egyesületünket), vajjon minő reményekre jogosit az élet további folyamán, vajjon physikai tulajdonságai szervezetében és erkölcsi értéke szellemében olyan-e, hogy a továbbnevelés gondjait, terheit érette elvállalni érdemes-e. E birálatba bocsátkozva igyekezzünk elfogulatlanok lenni és jusson eszünkbe, hogy a szülők saját csemetéjükkel szemben könnyen válnak elfogultakká, legnagyobb kárára magának a csemetének, mert az idején felismert hibák aránylag könnyen orvosolhatók, az elpalástoltak azonban az élet gyökerén ragódva, ép akkor teszik azt tönkre, a mikor a nevelési munka eredményét már várhatnók.

A multra vissza és a jövőre előre tekintve, a következő kérdéseket teszem fel magamnak: Igazolja-e a tapasztalás azt a véleményünket, hogy a „magyar szent korona országainak balneologiai egyesületé"-re szükség van; jelenlegi szervezetében megfelel-e a közszükségletnek; azon egészen eredeti szervezet, hogy orvosok, természettudósok, fürdőtulajdonosok és más érdekeltek a budapesti kir. orvosegyesület protektoratusa alatt alkotják az egyesületet, fenntartható-e czélszerűen a jövőben is, és végre igazolja-e az elmult 15 év azt a reményt, hogy az egyesület működése útján úgy a tudományos balneologiában, mint a balneologiának nemzetgazdászati részében eredmények lesznek elérhetők.

Banális volna részemről, ha Önök előtt tárgyalni akarnám, hogy Francziaország, Belgium, Németország, Svájcz és jórészben Ausztria is minő régen felismerte már, hogy a balneologiai ügyek vezetése, fejlesztése, védelme, propagandája, istápolása és irányitása mennyire legsajátosabb érdeke, tehát kötelessége is egyszersmind az államnak; hogy az államok jól felfogott érdekükben minő legmesszebbmenő intézkedések útján: a törvényhozásban, a forrásvédelemben, a vasúti tarifa, a forgalmi politikában, vámszerződésekben, a hygiene czíme alatt, az árúforgalmi politikában, a tanügyek kezelésének keretében a kis iskolától a legmagasabbig, és végre a bel- és külföldi publicistikában a felvilágosítás és a reklám minő ezer és ezer módjával szivós, nem lankadó kitartással védik és ápolják a balneologia érdekeiket és érik el azt, hogy az egész világon minden művelt ember — saját hazánkat sem véve ki — saturálva van a külföldi fürdők, ásványvizek, tengeri és klimatikus helyek előnyeinek és szépségeinek ismeretével; igen, az évtizedes czéltudatos ránk való hatás folytán saturálva vagyunk a világ nyujtotta balneologiai előnyök ismeretével és megszoktuk mindnyájan azon hygieniai, gyógyászati és forgalmi előnyöket igénybe venni, melyeket az élelmes külföldiek felkinálnak és a nagy kereslet által lehetővé tett aránylag olcsó pénzen tényleg nyujtanak.

Kérdem, hogy állunk mi ezen világversenynyel szemben balneologiai érdekeinket illetőleg? Hát csak épen úgy, mint iparunkkal és kereskedelmünkkel, mint a tudományokban és művészetekben, t. i. ébredünk! Igen ébredünk, végre valahára, a mikor azok már régen futnak, nyargalnak a versenyben, mi is észrevesszük, hogy ha élni akarunk, össze kell szedni erőinket és bele kell vágnunk a világ nagy versenyébe.

Igen ám, de ez az általános ébredés hazánkban mindenfelől nagy követelésekkel lép fel az állammal és társadalommal szemben; minden ébredő csoport a maga érdekkörében pangó ügyeket tartja a legsürgősebbeknek, a legéletbevágóbbaknak; mindenik a saját érdekirányának csinál propagandát, mert tisztában van, hogy mindaddig nem boldogul, a mig a közszellemet, a közérdeklődést meg nem nyerte, ügyeinek megértését a nagy közösségbe, a társadalomba be nem vitte; igy válik a végczélt képező nagy külső verseny egyelőre belső versengéssé, melyben mindenik érdekcsoport — legyen az tudományos, vagy gazdasági beltartamú — mindenekelőtt a hazai közvéleményt és ebben az intéző hatalmat kezükben tartó irányadó köröket a maga ügyének megnyerni igyekezik, igy remélve a napirendbe, az aktuális kérdések sorozatába beállithatni az általa képviselt ügyet és megszerezni azokat az anyagi és morális létfeltételeket, melyeket csak a társadalom és az állam közreműködése nyujthat.

Ez az érvényesülésre való törekvés minden szakkörnek kétségtelenül nemcsak joga, de kötelessége is, mert e nemes versengés csak üdvös eredményeket hozhat, és minél élénkebb, annál örvendetesebb, mert minél több oldalú a fellendülés, annál több téren gyarapszik erőnk a világversenybe való belépésre.

Az ébredő érdekköröknek egyike az orsz. balneologiai egyesület lobogója alatt csoportosult ezelőtt 15 évvel és keresi érvényrejutását a nemzeti nagy versenyben.

Az érvényesülésnek, a közszellembe való felvételnek előkészítése, az utak és módok felismerése, a melyek ide vezetnek, a tapintat, mely a készültségnek mértékét helyesen mérlegeli és az actionak idejét czélszerűen megválasztja, képezi feladatát azoknak, a kik bármely téren a közügyet istápolni, előrevinni, érvényre juttatni vállalkoznak. De a társadalomnak és államnak ép úgy, mint az egyénnek is szellemi és physikai befogadó, felvevő és megemésztő képessége egy és ugyanazon időben bizonyos határok által van korlátozva; a mi időszerűtlen, vagy a mi sok, az nem reussálhat, a mire a közfelfogás még nem érett, azt nem veszi be, a mire az anyagi erők nem elégségesek, az kivihetetlen. A vezetésnek bölcsesége tehát abban áll, hogy gondosan előkészíti a szervezet belső erejét, ép akkor lép actioba, a mikor a talajt a közfelfogásban a propaganda már kellőleg előkészitette.

Igy fogva fel a balneologiai egyesület hivatását, felesleges behatóbban bizonyitani, hogy a balneologiai egyesületre hazánknak szüksége van.

A második kérdés, melyet magamhoz intézek: vajjon megfelel-e egyesületünk a közszükségletnek és megfelel-e az a szervezet, melyet annak idején czélszerűnek tartottunk. E kérdés felett kritikát gyakorolni — megvallom — nehéz, különösen azoknak, a kik az egyesületnek szervezetét kigondolták és megvalósitották; de másrészt úgy érzem, hogy az az elnök, a ki az évek egy sorozatán át vezette az ügyeket, kötelességet teljesit, a mikor helyét elhagyva, őszintén elmondja tapasztalásait e kérdést illetőleg is, legyőzve magában még azt az aggodalmat is, hogy szavai egy és más oldalon talán érzékeny részeket fognak érinteni.

T. Uraim! Egyesületünk megalakulása idejében több oldalról hangzott fel az aggodalom, hogy a tudomány képviselői, az orvosok, és a laikusok, mint érdekeltek, nem egyesülhetnek czélszerű módon közös czélokra, mert hiányozni látszik a közös alap és sok oldalról látszik fenforogni direkt érdekellentét. Úgy látszott ugyanis, hogy az orvosok (az ügy érdekében) a soha ki nem elégithető követelők és velük eo ipso az érdekeltek fognak szemben állani, a kikről az volt feltehető, hogy anyagi érdekeiket tartva szem előtt, csak nehezen fogadhatják el azt az ideális irányt, mely egyedül teheti lehetségessé az együttműködést; innen volt néni jogosultsága annak a felfogásnak is, mely tekintélyes részről egy, bár triviális, de találó hasonlatban jutott füleinkhez, t. i. abban, hogy „a mi jó fürdőtulajdonsaink minket orvosokat az egyesületben egyszerűen a maguk készséges pecsenyeforgatóinak fognak tekinteni." Hát, uraim, ez az aggodalom nem vált be; tanúságot tehet erről a velem együtt működött igazgató tanács és évkönyveink, mert tiszta igazság, hogy az egyesület a magánérdek szolgálatában sohasem állott és olyankor is, a mikor netalán az egyesnek védelmére kelt, mindig álláspontra tudott helyezkedni, hogy az egyes konkret esetből indulva ki, általános érvényű, vagy elvi jelentőségű döntést provokáljon, mindig azt tartva szem előtt, hogy a konkret eset tanulságát miként értékesitheti legjobban a közösség érdekében a jövőben. Megnyugvással konstatálhatom, hogy az a szellem, mely az egyesületben és ennek igazgató tanácsában kezdettől fogva meghonosult, ab ovo kizárta az egyéni érdek szolgálatának lehetőségét s igy azzal kellemetlen módon jóformán egy esetben sem kellett küzdeni s ha egy vagy más alkalommal mégis előfordult valamely ilyen kivánságnak szerény megnyilatkozása, úgy az egyszerű felvilágositás, hogy az egyesület magánérdekek szolgálatában nem áll, elég volt ahhoz, hogy az illető kivánságával önként visszavonuljon.

Az általános szellemi irányzat tehát véleményem szerint megállja helyét s ennek a jövőben változatlanul való fenntartását kivánatosnak tartom.

Vizsgálnunk kell a továbbiakban, vajjon az egyesület ikerszervezete mellett a balneologia mint tudományszak, és a balneologia mint nemzetgazdasági tényező megtalálhatja-e a kellő ápoltatást.

A tudomány művelése önmagában egyetlen egyesületnek sem képezi közvetlen feladatát, de czélját igenis, olyan értelemben, hogy intézkedései által buzditson, munkára serkentsen, alkalmat adjon a tehetségek megnyilvánulására, méltányolja az érdemet és esetleg felszinre hozzon olyan érdemes munkásokat is, a kik a maguk szerénységében különben rejtve maradtak volna. Ha a tudományos irányzat feladatait igy fogalmazzuk meg, akkor uraim, egyesületünk életében az első 15 év nem volt egészen meddő. Ám tekintse végig bárki némi jóakarattal évkönyveinket, azok sorozatában a kongressusi előadásokat és egyesületünk kiadványait, nem fogja megtagadhatni azt az egyet, hogy míg 15 év előtt alig volt nevezhető balneologiai irodalmunk, és alig voltak

egyesek, a kik a balneologiával tudományosan foglalkoztak, addig e 15 év alatt nem egy szaktudományi kérdés nyert itt kibővítést, új táplálékot, nem egy vezettetett be mindnyájunk tudásába és nem egy keltett új eszméket tudásunk körében. Azt sem fogja megtagadhatni, hogy fürdőorvosaink között elég szép számmal vannak olyanok is, a kik ma már hivatásuknak tartják a napi munka mellett a szaktudománynyal, mint ilyennel is foglalkozni és azt továbbművelni. Az sem fogja a vizsgáló figyelmét kikerülni, hogy a balneologia több mint egy évtizede az egyetemen rendszeres tanitás tárgyát képezi s hogy ép egyesületünk támogatása mellett a balneologia tanitása olyan exquisit módon nemzeties és gyakorlati irányban történik, a minek haszna hazai fürdőink orvosi méltatásában és látogatottságának fokozódásában fog megnyilatkozni, már nem sok idő mulva, t. i. akkor, a mikor az az orvosi nemzedék veszi kezeibe az országban az orvosi ügyek vezetését, mely a közel multban, a jelenben, s a közel jövőben kerülend ki az egyetemről és viszi magával a balneologiának és fürdőinknek nemzeti szellemben való ismeretét. A balneologia tudományos fejlődésének örvendetes jelenségeképen fogja birálónk elismerni azt is, hogy ép ma van először alkalma egyesületünknek pályadijjal oly munkát jutalmazni, mely a legilletékesebb szakférfiak birálata szerint absolut értékű munka, mely figyelembe vételre és elismerésre számithat nemcsak itthon, hanem az egész tudományos világ biráló széke előtt is.

Ezek a tények tehát eléggé bizonyitják, uraim, hogy egyesületünk ikerszervezetében igenis alkalmas arra, hogy benne és általa a balneologia mint tudomány hajlékra és istápolásra találjon.

A második kérdésre, hogy a balneologia mint nemzetgazdasági tényező megtalálja-e hivatott és kellő támogattatását, képviseltetését egyesületünkben, feleletet keresve, két irányban kell kiterjeszkednem: először vizsgálnom kell, hogy mi ez irányban feladatuk és mire vannak képesítve a legközvetlenebbül érdekeltek, t. i a fürdő- és forrástulajdonosok, és másodszor vizsgálnom kell, hogy mi ebben az irányban feladata az egyesületnek.

Hát uraim, jogosan senki sem kivánhatja a fürdőtulajdonostól vagy bérlőtől, hogy ő fürdőjének vagy ásványviztelepének kezelésében elsőrendűleg a nemzeti ügyet lássa; az ő természetes és jogos követelése, hogy vállalata, mely saját magának és családjának existentiális alapja, meghozza a tisztességes polgári hasznot, azt a hasznot, melyet hasonló tőkével és hasonló koczkázattal más vállalat is megad gondozójának. Ugy gondolom, hogy a mig a fürdőtulajdonos csak ezt és csak ennyit kiván vállalatától, a prosperálás nem épen nehéz; sajnos, hogy fürdővállalataink jórésze nem áll ezen az egészséges alapon. A fürdőtulajdonosok közül a vagyonosabbak fürdőiket legtöbbször nem maguk kezelik, hanem bérbe adják, természetesen az elérhető legmagasabb bérösszegért. E tény által a fürdő prosperálása és továbbfejlődése alapjában van megtámadva, mert hisz természetes, hogy a bérlőnek már nemcsak a tőke és vállalkozás polgári hasznát kell kikeresni, hisz ezt bérösszegben a tulajdonosnak fizeti be, hanem existentiáján kivül a saját vállalkozásának és koczkázatának minél nagyobb hasznát is igyekszik az üzletből kivenni; világos, hogy kezeiben ily körülmények között a balneologiának nemzetgazdasági tendentiájából az, a mi „nemzeti", csakhamar kimarad, és még jó, ha a bérlet lejártával a „gazdasági" alap úgy a hogy épen kerül vissza a tulajdonos kezeibe. Csak kis mértékben jobb a helyzet ott, a hol a kibérlés tárgyát nem a fürdő, hanem a fürdővendéglő képezi, mert ilyen helyen legalább megvan az a bizonyos ellenőrzés, melyet a tulajdonos saját jól felfogott érdekében gyakorol. Ámde miképen legyen ez az ellenőrzés eredményes, a fürdő fejlődésére hatásos és a publikum érdekének megfelelő, a mikor az érdemes tulajdonos a bérletet többnyire a legtöbbet igérőnek adta ki, a ki vállalkozásából megélni és munkájáért valamit megtakaritani is akar. Meg vagyok győződve, hogy fürdőink felvirágozásának egyik legnagyobb akadálya épen ebben, t. i. a bérleti rendszerben rejlik, mely — sajnos — oly nagyon sok helyen honos hazánkban.

A második akadály, mely a haladást fürdőinkben megbénitja, az, hogy a fürdőtelepek és befektetéseik elég sokszor csak névleg képezik tulajdonát a birtokosnak; sokszor a nagyobb résztulajdonos az a „vidéki bank", mely közel uzsorakamattal sanyargatja azt a jóravaló embert, a ki ambitioval, optimismussal, lelkesen, vagyonának és nyugalmának feláldozásával, minden jót remélve fogott bele vállalatába. Az ilyen alap sem egészséges; hisz a fürdő mindenekelőtt az üzem költségét, a magas bankkamatot, a személyi és családi fenntartási költséget kell hogy meghozza; a fejlődésre, az új befektetésekre tehát vajmi kevés, vagy épen semmi sem marad. Ilyen körülmények között a balneologia mint nemzeti ügy, természetesen csak az utolsó helyen következik, azaz egészen lemarad. Hisz belátja azt mindenki, hogy nem minden fürdőtulajdonos lehet egyszersmind tőkepénzes is, a ki hitelre rá nem szorul; a hitelbe vett tőke sem volna a legrosszabb baj, ha az igénybe vett hitelt csak jövedelmező befektetésre lehetne fordítani és jó részét az összegnek nem az elkerülhetetlen szépitési befektetések és a direkt jövedelmet nem adó kiadások vennék igénybe, és ha a hitel kamatja nem járna oly nagyon közel az uzsora határához, mert tudjuk jól, hogy a fürdő, mint ilyen, nem jelzáloghitel objektuma, s a felvett kölcsön csaknem mindig személyi hitel természetével bir, tehát a legdrágább.

Az ilyen kölcsönpénzzel dolgozó vállalat a haladás szempontjából tehát semmivel sem jobb, mint a fennebb jelzett bérleti rendszer, pedig sajnos, fürdőink legtöbbje ezen két nyavalya közül legalább az egyikben sinylődik. Helyzetük nehéz voltát a létért való küzdelemben még mindez nem világositja meg egészen; épen olyan alpesi súlylyal nyomja őket még az a konkurrentia is, mely országunk határain bár túl, de még mindig elég közelfekvő, hasonló természetű fürdő- és nyaraló-berendezésekben nyilvánul, mely berendezések legtöbbször már rég amortizált befektetési tőkével dolgoznak, többet, szebben és olcsóbban képesek nyujtani és új befektetéseikkel a látogatók kényelmét évről évre növelik.

Az olyan szerencsésen situált fürdők és fürdőtulajdonosok, mint például a tátrai telepek nagyobb része, Bártfa, Herkules-fürdő, a szent Lukács-fürdő és a székes főváros fürdői csak a kisebb számot teszik, de mutatják, hogy a befektetett tőke, ha a vállalat egészséges alapokon nyugszik, elég jól meghozza kamatját.

Ha már most visszatérek előbbi feltett kérdésemre, hogy t. i. a magyar balneologia nemzetgazdasági vonatkozásaiban minő áldozattal járó feladatok teljesitését várhatjuk egyesületünknek azon tagjaitól, a kik fürdőtulajdonosok is, a felelet csakhamar adva van abban, hogy: ultra posse nemo tenetur! A legtöbb közülük keservesen küzd a mindennapi létért, már pedig, a kit a mindennapi kenyér kérdése szorongat, az nem lelkesedik nemzeti feladatokért, attól áldozatok nem követelhetők; kivételt közülük csak azok képeznek, a kik nem bérlők és nem küzdenek az igénybe vett személyi hitel keserveivel.

Igy ismerve a helyzetet, világos, hogy fürdőtulajdonosaink közül a legtöbbel szemben követeléseinket nagyon alacsony mértékre kell leszállitanunk.

Ez a csaknem resignatioként hangzó kijelentés részemről igy önmagában, ha tényleg megfelel a helyzetnek, a legrosszabbat jelentené fürdőügyünk jövő kifejlődését illetőleg; szerencsére ez a helyzetnek csak egyik részlete, csak annak a konstatálása, hogy a fürdőtulajdonosok és bérlők az ügy előrevitelében *magukra hagyva* vajmi keveset tehetnek. Az éremnek másik lapja, a mely a jövő reményét adja, azt mutatja, hogy mit jelölünk ki a balneologiai egyesület feladataként a magyar fürdőügy nemzetgazdasági fejlődésében és úgy vagyok meggyőződve, hogy a balneologiai egyesület erre a feladatra tényleg rátermett és ezt eredményesen szolgálni, ezt előbbre vinni igenis képes leend.

De hát hogyan? A feleletet a kérdésre megtaláljuk, ha vizsgáljuk, vajjon hóditottunk-e teret a balneologiai érdekeket illetőleg nemzetünk köztudatában az elmult 15 év alatt, s ha igen, mily alakban nyilvánult az már eddigelé is. Említém, hogy az egyesületünk buzgólkodását megelőző időben balneologiai érdekű kérdésekről évszámra alig jutott valami a nagyközönség szemei elé, hacsak nem egy-egy elégedetlen fürdővendégnek kifakadása X. Y. fürdőhely ellen; ezzel szemben senkisem tagadhatja, hogy napisajtónk organumai ma már át vannak hatva feladatuk fontosságától e nemzeti ügygyel szemben s ha nem is hiányoznak a lapok hasábjain időnként az elégedetlenség kifakadásai egyesek részéről, kétségtelen, hog a jóravaló sajtó minden életrevaló propagandát szivesen fogad és jelentőségesebb momentumait ügyeinknek készségesen registrálja és pertraktálja rovataiban.

A közérdeklődésnek nem kicsinyelhető jelét láthatjuk a fürdőtörvényjavaslatban is, mely jóformán a parlamenti tárgyalásra elkészitve aluszsza álmát valamelyik ministerium asztalfiókjában. A ki ismeri ezt az elaboratumot, az tudja, hogy abban úgy törvényhozási, mint financiális érdekek, közigazgatási és rendészeti tekintetek, más szóval mindaz méltatva van, a mi a balneologiára vonatkozással bir, a mi annak fejlődését elősegiteni, az akadályokat útjából elhárítani alkalmasnak látszik. Sajnos, hogy az állami gépezet munkaképességének évek óta tartó megrekedése a mi ügyünk fejlődését is zátonyra juttatta ezidejűleg; ámde a tény maga, hogy egy ilyen nagy horderejű mű tárgyalás alapjául elkészült, hogy ezen tárgyalásra az irányadó körökben a közfelfogás érzete kifejlődött, igen nagy haladást jelent; vagy ki ne látná a végczél felé való haladásnak egy nagy lépését abban, hogy az ország egyik volt ministerelnöke annak idején saját elnöklése alatt minden érdekeltnek és érdeklődőnek bevonásával huzamos enquête-tárgyalásokat folytatott, azt demonstrálva és azt jelentve ki, hogy a balneologiai érdekeket országos érdeknek tekinti, melynek fejlődésében közreműködni az államnak magának is feladata. Abban, hogy a tárgyalás egy időre megfeneklett, nem azt látom, hogy az ügy elveszett, korántsem, hanem csak azt, hogy mint sok minden más, talán ennél fontosabb kérdés is, egyelőre háttérbe szorult, t. i. addig, amig egész állami életünk újra tetterejéhez jut, a mikor új élet, új életkedv hatja majd át közügyeinket.

Vajjon nem méltán láthatjuk e ügyünk térfoglalását abban a jelenségben is, hogy az állam maga balneologiai irányban acquirál és nem kis összegeket fektet be olyan vállalatokba, melyek kevéssé alkalmasak a kamatok gyors megfizetésére és teszi ezt annak a szellemnek hatása alatt, mely minálunk az utóbbi évtized alatt fejlődött ki; vajjon a tátrai birtokvásárlás és ennek kapcsán a vasúti politikának czéltudatos irányitása, a jelentékeny épitkezések, nem oly tények-e, melyeket a törvényhozás és az ország egyhangú helyeslése kisért, mely intézkedések mind alkalmasak arra, hogy a Tátrában a legörvendetesebb fellendülést hozzák meg már a közel jövőben az összes érdekeltek vállalataiban is.

Vajjon kicsibe vehető-e az a haladás, hogy úgy a törvényhozás, mint a ministeriumok, úgy a fővárosi, mint a törvényhatóságok, a kereskedelmi testületek úgy, mint a konzulátusok és a magánérdekeltek is egyesületünkben tanulták megismerni azt az organumot, melynek vezető tekintélyét, illetékességét balneologiai ügyekben a lépten-nyomon beérkező megkeresésekben, informatiót adó és informatiót kérő átiratokban látjuk nyilvánulni.

Vajjon nem számottevő haladás-e az is, hogy immár másfél évtizede főtitkári jelentésünk pontosan számontartja és nyilvánosságra hozza, a mi balneologiai ügyekben történik, okulására mindenkinek, a kire tartozik; vajjon kicsibe vehető-e, hogy illetékes szakemberünk (előbb bold. Boleman, mostanság Bókay Árpád tanár) a hivatalos adatok alapján évről évre beszámol fürdőink frequentiájáról az elmult saisont

illetőleg; és hogyha mostanság nem is állja még meg a statistika a a birálat szigorúságát, maga az a tény, hogy adatait birálat alá veszszük, magában hordja a garantiát, hogy talán nehány év mulva egészen jó statistikával fogunk rendelkezni fürdőink látogatottságát illetőleg és ezzel számot adhatunk sáfárkodásunk eredményéről. 15 év előtt mindebből semmi sem létezett; az ország balneologiai érdekei, egyes buzgó emberek törekvéseit leszámítva, teljesen parlagon hevertek; kötelességszerűen, czéltudatosan, consequentiával azokkal senki sem foglalkozott. És ha valaki mindezekben semmi érdemest sem lát, úgy annyit mégis csak concedálnia kell, hogy legalább is kezdetén állunk valami olyannak, a mi kétségen felül magas nemzeti czélok felé vezet; hogy e magas czélok mennyi idő alatt valósulnak meg, vajjon a most élő emberöltő fogja-e látni gyümölcseit, azt Uraim senki sem láthatja előre; az nem mitőlünk, hanem a sors kedvezésétől függ. Ezekben a kezdeményekben látom, Uraim, annak kifejezését, hogy igenis, a balneologiai egyesület hivatott és képes arra, hogy a fürdőügyet az ő nemzetgazdasági részleteiben is előbbre vigye és azt felvirágozásához elvezesse.

Első elnöki megnyitómban hangoztattam, hogy az egyesület megalakulása azért is fontos, mert a budapesti kir. orvosegyesület morális támogatásával oly intézmény létesült, melyben a czéltudatos előretörekvés nem függ többé az egyesek esetleg lankadó és hanyatló munkakedvétől, hanem oly organum keletkezett benne, mely önönmagából újhodva meg, mindig oly férfiakat állitand az ügyek élére, a kik új és buzgó munkakedvet, új gondolatokat és életrevalóságot hoznak magukkal az egyesületbe, nemzeti ügyünk javára. Bízom a jövőben, bízom azoknak hazafias buzgalmában és munkaerejében, a kiket Önök, uraim, mi utánunk az ügyek élére állítani fognak és biztat a remény, hogy egy újabb 15 év mulva visszatekintve, sokkal több eredményről fognak beszámolhatni, mint mi azt az első 15 év lezárta alkalmával megtehetjük.

* * *

Van szerencsém a balneologiai egyesület 15. közgyülését ezennel megnyitni.

Löw Sámuel főtitkár felolvassa kimeritő jelentését az egyesület mult évi működéséről. A legfontosabb mozzanatok a következők: A belügyminister és a kereskedelemügyi minister a hazai ásványvizek hiteles jegyzéke tárgyában az egyesülethez fordultak; az igazgató tanács a jegyzéket elkészitette, még pedig azon elvi álláspontra helyezkedve, hogy a ministerek által kivánt megkülönböztetés gyógyvizek és üdítő vizek között sem tudományos, sem gyakorlati szempontból nem vihető keresztül. A kereskedelemügyi minister szakvéleményt kért egy új töltőkészülék tárgyában; a vélemény megadatott. A kereskedelemügyi minister figyelme felhivatott arra, hogy Romániában az ásványvizek bevitelét magas vámtételekkel akarják megnehezíteni. A rio de janeiroi, hongkongi és fokvárosi konzulátusoknak az ásványvizek kivitelére vonatkozó jelentései az összes érdekelteknek megküldettek, még pedig egy utasítás kiséretében, melyet *Hankó* tanár a tengerentúli kivitel szempontjából készitett. A X. nemzetközi alkoholismusellenes congressus intéző bizottságának felhivására az igazgató tanács a budapesti congressus alkalmából ásványvizkiállítást fog rendezni. Azon visszaélések folytán, melyek az ásványvizeknek szénsavval való telitésénél észlelhetők, az igazgató tanács a kereskedelemügyi ministerhez felterjesztést intézett, melyben ezen telités rendeleti szabályozását kérelmezte. A budapesti kir. Orvosegyesület olvasótermében a hazai források és fürdők prospektusai számára külön szekrény lett felállitva. Az összes fürdő- és forrástelepek fényképeiből diapositivek készittettek, melyeket az egyesület olyan megbizható egyéneknek, kik a magyar fürdőkről akár itthon, akár a külföldön előadásokat akarnak tartani, vetítés czéljára át fog engedni. Őszkor az egyesület két új intézményt fog létesíteni, egyrészt gyakorlati balneologiai tanfolyamot orvosok és fürdőorvosok részére, másrészt sorozatos előadásokat az idült betegségek fürdőkezeléséről.

Az egyesület tagjainak száma: az orvostudományi osztályban 527, a gazdasági osztályban 78, összesen 405 rendes tag.

Az egyesület működésének ismertetése után és a mult évi, valamint az imént lezajlott balneologiai congressusról is beszámolva, a főtitkár végül a hazai tudományos balneologiai irodalmat, továbbá a legfontosabb hazai és külföldi fürdőügyi mozgalmakat ismerteti.

A *pénztáros* jelentése szerint az összes kiadások 2599 korona 94 fillért tettek, a pénztármaradvány 2411 korona 88 fillér.

Főtitkár felolvassa jelentését a pályázatokról. A kitűzött 500 koronás pályadijat Than Károly és Liebermann Leó birálata alapján *Hári Pál* és *Rhorer László* dolgozatainak itélték oda. A másik pályadijat nem adták ki.

Új pályadíj tűzetik ki: 200 korona jutalomban részesül azon 1904-ben megjelent legjobb könyv vagy dolgozat, mely a balneologia köréből veszi tárgyát.

Selmeczbánya város indítványára a balneologiai egyesület felir a kereskedelemügyi ministerhez, hogy a viczinális vasutakon a mótorkocsiközlekedést honosítsa meg.

A tisztikar lemondása után *Rákosi Béla* korelnöksége és *Fenyvessy Béla* korjegyzősége mellett a választásokat ejtik meg.

Közfelkiáltással elnök lett *Bókay Árpád*, főtitkár *Vámossy Zoltán*.

A szavazások eredménye a következő:

Orvostudományi osztály: *Elnök*: Ángyán Béla, egyetemi tanár. *Jegyző*: Kuthy Dezső, igazgató-főorvos, egyetemi magántanár. *Választmány*: Bosányi Béla, fürdőorvos (szt. Lukács-fürdő). Cséry János gyak. orvos (Budapest). Grünwald Mór, fürdőorvos (Szliács). Hainiss Géza, egyetemi magántanár. Hankó Vilmos, főreáliskolai tanár. Jármay László, fürdőorvos (Tátrafüred). Löw Sámuel, főorvos. Reich Miklós, a budapesti Zander-gyógyintézet tulajdonosa és igazgatója. Rottenbiller Ödön, fürdőorvos (Trencsén-Teplicz). Tauffer Vilmos, egyetemi tanár.

Gazdasági osztály: *Elnök*: Papp Samu, fürdőorvos (Alsó-Tátrafüred). *Jegyző*: Weisz Ede, fürdőorvos (Pőstyén). *Választmány*: Édeskuty Jenő, ásványvíz-nagykereskedő. Glós Arthur, fürdőigazgató (Csíz). Hoffenreich Mór dr., fürdőtulajdonos (Marilla). Kahn Gusztáv, fürdőigazgató (Erzsébet-sósfürdő). Münnich Aurél dr., Iglófüred r.-t. elnöke. Oelhofer Henrik, forrástechnikus. Ormay József dr., fürdőtulajdonos (Korytnicza). Preysz Kornél dr., egészségügyi felügyelő. Saxlehner Andor, forrástulajdonos. Smialovszky Valér dr., fürdőtulajdonos (Rajecz). Szontagh Tamás dr., geologus.

XV. magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1905. április 8-án délelőtt.)

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Löw Sámuel.**

A rheumás bántalmak hideg- és melegkezelési módjainak kritikai méltatása.

Rottenbiller Ödön (Trencsén-Teplicz): Összefoglalás. 1. Semmiféle kezelési módnak privilégiumot nem biztosithatunk. 2. Tudásnuk mai állása szerint a betegséget directe vagy indirecte vasoconstrictor noxa idézi elő. 3. Legbiztosabb vasoconstrictor hatás a változó thermikus hatás. 4. Combinált eljárások a legczéltudatosabbak. 5. Recidivák így a legritkábbak. 6. Complikatiók is. 7. Residuum, izzadmányok, izomatrophiák, izületi merevségek leginkább combinált eljárosokkal kerülhetők el és gyógyithatók. 8. A vérkeringés megjavitása, a vér egyenletesebb elosztódása balneotherapiás úton befolyásolható.

Ásványvizek és mesterséges oldatok viselkedése a gyomorban.

Tausz Béla (Lipik): Hazai ásványvizeket, valamint ezeknek megfelelő mesterséges oldatokat vizsgált. Kimutatja, hogy az ásványvizeknek a szervezetre való hatása nem annyira molekuláris concentratiojuk mennyiségétől, hanem inkább azok minőségétől függ. A physikai törvények nem fejtik meg valamely ásványviz hatását, csupán adattal járulnak azok tulajdonságainak megitéléséhez.

A Bulling-féle belégzési eljárás gyógyértéke.

Ötvös József (Margitsziget): Ahhoz, hogy a légutak gyógyitására alkalmazásba vett szétporlasztott folyadék a tüdőnek mennél mélyebb részeibe tudjon behatolni, az szükséges, hogy a szétporlasztott folyadékcseppek mennél kisebbek legyenek és hogy azok mennél nagyobb számban legyenek jelen. Ezen feladatnak képes a Bulling-féle készülék megfelelni. Ugyanis a sűritett levegőnek porlasztó hatása által a folyadékcseppek annyira kisebbíttetnek, hogy górcsői nagyságot elérve könnyen a tüdő legmélyebb részeibe jutnak. *Emmerich* állatkisérletekkel, *Schrötter* embereken végzett vizsgálatokkal bebizonyította, hogy a Bulling-féle belégzési eljárásnál a folyadékcsöppek a tüdő legmélyebb részeibe képesek jutni. Az eddig divott belégzési eljárásoknak, mint főleg a Wassmuth-, Clar-, Reitz-féle rendszereknek főhibája az, hogy a levegő nedvességtartalma telitési szükségletének nem birnak kellően megfelelni.

A Bulling-féle belégző gyógyeljárás nagymértékű elterjedése fényes tanújele használhatóságának. Ily berendezés van Ischlben, Emsben, Reichenhallban, Lussinpiccoloban, Lipiken, Bécs mellett Badenben, Gmundenben, Ausseeban, Franzensbadban, Caramanicoban, Iglófüreden, Margitszigeten. Mult évben Reichenhallban, Emsben 30,000, Ischlben 15,000 és nálunk Szent-Margitszigeten több száz esetben lett igénybe véve. Belégző folyadékul leginkább sóoldatot tisztán, vagy terpentin, törpefenyő, juniperus és eucaliptus-olaj keverékével alkalmaztak. Ezen alkalmazások különösen a gége, légcső és hörgők idült száraz, vagy bő váladékkal járó hurutjainál, sőt gümőkóros elváltozásoknál is eredményre vezettek.

Bulling egy másik találmánya a „thermovariator", a melylyel a légutak betegségeiben szenvedő betegek otthonukban porlaszthatják szét a belégzendő folyadékokat.

Az idült vállizületi félficzamok fürdőkezelése.

Arányi Zsigmond (Herkulesfürdő): Négy ily esetét ismerteti. A négy kórtörténet jobbára fedi egymást. A kórelőzményt az képezi, hogy a beteg, ki hosszabb idő óta rheumás, azt adja elő, hogy a kabát felvételekor karja kificzamodik, de ő azt egy mozdulattal maga reponálja. Az izületen az izomatrophián kivül elváltozás nincsen. Az izületi felszinek épek, a mit a Röntgen-felvétel is igazolt. A felkarnak hátra- és felfelé való emelésekor a fejecs az izvápa mellső szélére, a processus coracoideus alá jut — subluxatio subcoracoidea —, de onnan könnyen visszacsúszik. Előado abból indul ki, hogy a subluxatio okát a tokszalagnak valamely lobfolyamat által előidézett szöveti lazulása és ennek következményekép mellső részének tágulása képezi; tekintettel arra, hogy ezen folyamat szerinte egyedül rheumás természetű lehet, betegeinél kénes fürdőkúrát alkalmazott, támogatván e kezelést massage-zsal és gymnastikával. Ezen gyógymóddal sikerült mind a négy esetben teljes gyógyulást elérni és igy a kilátásba helyezett művi beavatkozásnak — redőképzés a tokszalag tágult részén — esélyeit elkerülni.

Közkórházi orvostársulat.

(1905. január 18-dikán tartott I. bemutató szakülés.)

Elnök: **Schwarz Arthur**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök: az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Steiner Gyula* és *Csillag Jakab* tagtársakat.

Dupuytren-féle contracturával párosult psoriasis vulgaris második esete.

Steiner Gyula: A *Dupuytren*-féle fasciazsugor tudvalevőleg az aponeurosis palmaris ujjakhoz vezető kötegeinek megvastagodása és zsugora által kele kezik. Aetiologiája elég homályos. Míg némelyek, így *Dupuytren* is, állandó traumának következménye gyanánt fogják fel, mások (*Madelung*), mivel a baj rendszerint az öregkorban lép fel, a zsirszövet megfogyásának tulajdonitják. *Ledderhose* a fascia gyuladásának, illetőleg a fascia palmaris kisfokú beszakadásai folytán beállott „fasciti s" következményeként fogja fel. A baj rendesen az ötödik vagy negyedik ujjnak megfelelőleg a metacarpophalangeal izületek felett kezdődik, a midőn a fascia mentén gombostűfejnyi vagy kölesnyi kemény csomók tapinthatók, majd később az ujjakhoz menő kemény kötegek alakjában tapintható a fascia palmaris. A fascia zsugora által az ujjak hajlitott állásba kerülnek, a contractura mind kifejezettebb lesz és évek mulva annyira fokozódhatik, hogy a körmök a tenyérbe beválják magukat. A betegséget öreg korban és csak férfiaknál észlelték, nőknél s gyermekeknél soha. Psoriasis vulgarissal együttes előfordulása igen ritka lelet, mert az egész irodalomban nincs hasonló felemlitve. Az első esetet évek előtt *Róna* tanár mutatta be ugyanitt.

Áttérve a bemutatandó esetre:

A 62 éves férfibeteg, ki mult év deczemberében vétetett fel *Róna* tanár osztályára, 22 év óta szenved psoriasis vulgarisban; nehezebb munkát sohasem végzett; tiz év előtt vette észre, hogy jobb kisujját nem tudja kifesziteni, ugyanakkor a tenyerében kisebb csomókat tapintott, utána kevés idő mulva hasonló elváltozások keletkeztek a jobb kéz negyedik és mutatóujján és a bal kéz negyedik és ötödik ujján.

Jelenleg mindkét tenyerén a metacarpophalangeal izületek felett kezdődő, a jobb kézen a negyedik, az ötödik és a mutató ujjhoz vezető, a bal kézen a negyedik és ötödik ujjhoz vezető, tollszárnyi vastagságú kemény kötegek, a kötegek mentén helyenként kölesnyi kemény göbök tapinthatók. Az ujjak, melyekhez a kötegek húzódnak, flexioban vannak. Az egész köztakarón elszórtan inveterált typikus psoriasis-telepek. A *Dupuytren*-contracturának a psoriasishoz való viszonya ép olyan lehet, mint az arthropathiáknak viszonya a psoriasishoz, mely dolog azonban még mindig tanulmányozandó.

A therapiát illetőleg úgy a sebészi beavatkozás, mint a thiosinamin-injectiók végleges gyógyulást nem eredményeznek.

Traumás eredetű teljes scalpirozás gyógyult esete.

Balás Dezső: 1892-ben a *Bruns*-féle Beiträge zur klin. Chirurgie IX. kötetében *Gerok* a teljes scalpirozásnak az orvosi irodalomban addig közölt 16 esetét gyüjtötte össze. 1893-ban a Centralblatt für Chirurgie-ban *Riegner* és 1897-ben ugyancsak a Beiträge für klin. Chirurgie XVIII. kötetében *Altermatt* közöltek egy egy esetet. Bemutatandó esetem az orvosi irodalomban a 19. esetet képviseli.

Teljes scalpirozás alatt az egész fejbőrnek a galeával vagy esetleg a periosttal együtt való eltávolitását értjük. A mily módon ezt a sioux-indiánok ellenségeiken hajtották végre, ugyanoly mechanismussal jöhet létre a scalpirozás gépek transmissiós emelőinek vagy szíjjainak a hajzat útján a fejbőrre gyakorolt húzó s a testsúly ellenhatása folytán. *Pirogoff* két esetében és *Bergmann* egy esetében felbőszített medve mancsával scalpirozta ellenfelét.

Moore a New-York Medical 28. kötetében részletesen leirja azon eljárást, melylyel az északamerikai indiánok legyőzött ellenfelüket scalpirozták. Ugyanis áldozatuk nyakára vagy vállára téve lábukat, a hajzat erős rántásával, a galea alatti laza kötszövet beszakításával az epicraniumot elemelték a periosttól vagy a csonttól s az ily módon elemelt fejbőrt két ovalis vagy négyszögalakú metszéssel a hajzat határán körülmetszve eltávolitották. Ugyanily mechanismussal hozzák létre a gépek a scalpirozást. A transmissiós emelőrúdra vagy szijra felcsavarodott hajzat húzó hatása folytán a subaponeuretikus kötszövetben néha kiterjedt területen a periostban is beszakadás jön létre, a fejbőr elemeltetik a koponyától addig, míg a testsúly ellenhatása folytán a fejbőr feszülése a maximumig emelkedik, s ekkor a fejbőr leggyengébb helyén, ott, hol az aponeurosis okozta egyenletes resistentiája a fejbőrnek megszünik, beszakad. Igy elül az orrgyökön és a supraorbitális széleken, hol a galea a m. frontális lazább fasciájába megy át, oldalt a két fül felett, hol a galea a temporális fasciák feletti lazább kötszövetbe megy át és hátul valamivel a linea semicircularis maj. alatt, hol a m. occipitalis ere ésével a galea tapad.

Ha azonban a galeát elemelő húzó hatás hosszabb ideig érvényesül a bőr beszakadása nélkül, akkor a bőr az emlitett határokon túl is elemeltetik alapjától s távolabb szakad be. Igy *Gussenbauer* esetében az egész bal pofabőr, *Netolitzky* esetében a járomcsontok tájának bőre, esetemben pedig a bal fül és a tarkó bőre az V. nyaki csigolyáig terjedően szakittatott le.

Ha a fejbőr nem körkörösen szakad be, akkor a scalp keskenyebb-szélesebb nyélen lóg le oldalt vagy a tarkón. A scalpirozás után közvetlen észlelt tünetek közül főleg az eszméletlenség emlitendő, mely nem is annyira a scalpirozás, mint az agyrázkódás következménye. Ez az öntudatlanság néha csak nehány pillanatig vagy óráig tart, de az ezt követő zavartság eltarthat napokig, vagy mint *Brach* esetében, négy hétig is. Máskor a sérültek, mint ez esetben is, öntudatukat nem vesztik el, s vannak esetek, midőn a sérültek scalpjukat kezükben tartva gyalogoltak haza.

Mig *Wilhelm Bruns* és *Folin* is a scalpirozást mindenkor halálos kimenetelűnek irják le, addig a jelenlegi antiseptikus kezelés mellett a prognosis jónak mondható, a mennyiben az ismert 19 eset közül csak három vezetett exitushoz. A beteget különösen erysipelas és phlegmone keletkezése fenyegeti, mely azután ostitishez, meningitishez, agytályoghoz vagy pyaemikus sinusthrombosishoz vezethet. A három haláleset közül két esetben meningitis és egy esetben pyaemia volt a halál oka. A mi a sérült gyógykezelését illeti, első sorban a sokszor igen erős vérzést kell csillapitanunk és pedig vagy a vérző erek alákötésével, vagy comprimáló kötéssel. Ha a vérzés megszünt, akkor a sebnek és a kéznél levő scalpnak visszaforrasztását kell megkisérlenünk oly módon, hogy azt desinficiálva és a koponyára visszaillesztve, kellő drainezés után néhány csomós varrattal fixáljuk és antiseptikus kötéssel compriméljuk. Igy *Brach* esetében a visszahelyezett scalp nyolcz nap alatt forradt vissza. Ha a scalp nincs kéznél, vagy a visszahelyezett scalpot a fellépő láz miatt el kell távolitani, a gyógyulást a sarjadzásra kell biznunk. A gyógyulás következhetik spontan is, de ez rendkivül hosszú időt vesz igénybe. Igy *Keeling* betege négy év, *Syme* betege nyolcz év alatt gyógyult. Mai eljárásunk a kisarjadzott sebfelületnek *Thiersch*-bőrlebenynyel való beboritásában áll. Alig van terrenum, a hol a *Thiersch*-féle transplantationak annyi jogosultsága volna, mint épen scalpirozottaknál; ez az eljárás a gyógyulás tartamának tetemes megrövidítésével csökkenti a sérülés veszélyességét is.

L. R., 18 éves, keményitőgyári munkásnő, 1903. október 15-dikén munkaközben leeresztett hosszú haját felhajtva igazitotta, midőn a közvetlen felette működő transmissiós rúd haját elkapta úgy, hogy ez a rúdra csavarodva, a rúd a beteget hirtelen hajánál fogva felemelte, s fejbőrét leszakitva, a beteg ivben zuhant alá. A beteget comprimáló kötéssel hozták azonnal a *Janny* tanár által vezetett III. sebészeti osztályra, hol a vérzést a vérző erek alákötésével *Szegvári István* tagtárs szüntette meg, s a fej sebének alapos desinfectioja után antiseptikus kötést alkalmazott. A scalp a fejre visszahelyezhető már nem volt, miután ezt a sérülés után csak körülbelül 14 órával igen piszkos és sáros állapotban hozták osztályunkra.

A beteg statusa a következő: Az igen jól táplált és fejlett leány teljes öntudatnál van, nagyfokú fájdalomról nem panaszkodik. Hőmérséke, pulsusa normális. A fejbőrnek a periostig, helyenként fillérnyi egész kétkoronányi terjedelemben a csontig hatoló anyaghiánya található, mely mellül az orrgyökig, továbbá mindkét szemöldökív egy részét befoglalván az orbiták felső széléig, jobboldalt a fülkagyló gyökéig terjed. Baloldalt leterjed az anyaghiány az os zygomaticum tájának alsó harmadáig és leszámitva a fülczimpa alsó polusát, hiányzik az egész baloldali fülkagyló. Végül hátul négyszögű lebeny alakjában az V. nyaki csigolyáig nyuló bőranyaghiány található.

A betegnél a sebfelület besarjadzása láztalanul folyt le, úgy hogy a besarjadzás 1904. január elején teljesnek volt mondható. Január 28-dikán *Janny* tanár szives megbizásából *Sudek*-féle narcosisban mindkét czomb mellső felületéről vett *Thiersch*-féle lebenyekkel egy ülésben az egész sebfelületet fedtem és a lebenyeket steril gazekötéssel rögzitettem. A kötés megújitása alkalmával a lebenyek már megtapadtak, kivéve ama kisebb területeket, hol a beteg nyugtalan viselkedése miatt haematoma jött létre. Ismételt transplantatiók daczára a betegnél a behámosodás igen lassan ment végbe, és pedig azért, mert a teljesen behámosodott és már gyógyultnak mondható területeken, látszólag minden ok nélkül, a hám egész gyermektenyérnyi területeken hólyag alakjában felemelkedett, s csekély savó kiszivárgása után a hám leválva, ismét sarjadzó felület maradt vissza. Különösen a fejtetőn, a két halántéknak és a két homlokdudornak megfelelő helyen volt ez ismételt transplantatio daczára észlelhető. Ez ismételt hámelhalást a rossz edényzettségnek s igy a rossz táplálkozási viszonyoknak vagyok hajlandó betudni, mert ama helyeken, különösen az anyaghiány alsó peripheriáján, hol az edények szabad szemmel látható finom hálózata kiképződött, hámelhalás már kezdettől fogva nem volt észlelhető.

Jelenleg az egész sebfelület begyógyult; az újonnan képződött bőr sima, rajta még durva edényhálózat látható, s helyenként alapja felett már eltolható. Betegnek saját hajából készitettünk parókát, melyet a beteg bőre jól tűr, s mely a betegnek különben viss zataszító külemét, miután csaknem az egész anyaghiányt beborítja, elfog adhatóvá teszi.

Szabad lágyéksérv belső kapuja felett létrejött leszorítás és bélcsavarodás gyógyult esete.

Balás Dezső: Sz. J., 16 éves kereskedősegéd 1904. deczember 8-dikán sérvkizáródás tüneteivel vétetett fel a Janny tanár által vezetett III. sebészeti osztályra. Betegnek sérvéről eddig tudomása nem volt. Állitólag zsák emelése után fájdalmat érzett bal lágyéktáján, s miután hányni és csuklani is kezdett és állapota folyton rosszabbodott, osztályunkra vétette fel magát.

A beteg vizsgálatakor hőmérséke 37·8 C.°, pulsusa 92. Bal lágyéktáján körülbelül férfiökölnyi, csak kissé resistens, lökődést közvetitő, kocsányszerűen a hasűrbe folytatódó terimenagyobbodás található, melynek különösen a belső kapu tája igen fájdalmas. Külső kapu sérvtartalom daczára kisujj kúpját befogadja.

Betegnél azonnal műtétet végzett. A sérvtömlő megnyitása után benne csak lenőtt cseplesz talált. A lágyékcsatorna felhasítása után kitünt, hogy a belső lágyékgyűrűt harántul, teljesen szabadon, czukorspárga vastagságú köteg hidalja át, kettéosztva a belső kapu űrterét. A szalag feletti spatiumon át kicsúszott bélkacs a szalag alatti spatiumon át visszacsúszott a hasűrbe s ezáltal megtörve és leszorítva mintegy nyargalt a kötegen. A köteg átmetszése után pedig kitünt, hogy a nyargaló, körülbelül 40 cm. hosszú előhúzott bélkacs tengelye körül meg is csavarodott.

A betegnél a bél repositioja és a cseplesz resectioja után radikális Bottini-műtétet végzett s a beteg per primam való gyógyulás után január 2-dikán hagyta el az osztályt.

Abscessus subphrenicus gyógyult esete.

Balás Dezső: H. M., 38 éves máv. felvigyázó mult év november 14-dikén vétetett fel Hochhalt tanár osztályára. Beteg mult év szeptember havában állítólag typhuson ment keresztül, mely idő óta jobb vesetáján állandóan szuró fájdalmat érzett, járásközben pedig gyorsan elfuladt s ezért az ágyat volt kénytelen őrizni.

Az erősen lesoványodott, kissé icterikus színű beteg vizsgálatakor a jobb mellkas felett hátul a VIII. bordánál kezdődő absolut tompulat található, mely hátul csaknem a crista ossis ilei-ig és mellül a mammilláris vonalig terjed. A mellkasi tompulat felett gyengültebb légzés és pleuritikus frictionális zörejek hallhatók, hangvezetés azonban normális, sőt talán erősebb.

A beteget hasra fektetve, a gerinczoszlop mellett jobboldalt az egész táj az utolsó borda és csípőcsont között szembetünőleg kidomborodó, tésztatapintatú, a lumbális redőket kisimító beszüremkedést mutat, melynek mintegy punctum maximumán, a paravertebrális vonalban, körülbelül 2 koronányi területen hullámzást mutat. Próbapunctiora ennek daczára körülbelül csak 10 cm. mélységben nyerhető sűrű, zöldes-sárgás, szagtalan geny.

A vizelet tiszta, idegen alakelemeket nem tartalmaz. A betegnek hectikus lázai vannak, reggeli 36·8 és esti 38·5—39° C. hőemelkedéssel. A gerinczoszlop fájdalmatlan, az ágyéki rész baloldali deviatiót mutat.

Tekintettel az említett tünetekre, a vizelet tiszta voltára, a diagnosist paranephritikus tályogra állítottuk fel. A műtétet Janny tanár megbizásából mult év november 30-dikán végezte Sudek-féle narcosisban. Bergmann-féle metszéssel feltárva a vesekörüli kötszövetet, ezt teljesen épnek találta. A vese és vesemedencze punctiójára genyet nem kapva, májtályogra, vagy tekintettel az említett diaphragmatikus tasaknak megfelelő mellkasi tompulatra, esetleges subdiaphragmatikus abscessusra kellett gondolni. A vese felső polusának feltárása után a subdiaphragmatikus űr punctiójára tényleg genyt kapva, a punctio helyét bemetszette, mire körülbelül 2 liter zöldes-sárga szagtalan geny ürült A tályogűr kellő drainezése után a sebűrt szűkítette.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi deczember hó 6-dikán a szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott ülés.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Dapsy Viktor**.

A gümőkóros bélszükület sebészi kezeléséről.

Manninger Vilmos: Az elmult félév alatt gümőkóros bélszükülettel osztályunkon hat beteg került operatiora. A bántalom aránylagos ritkaságát tekintve, tisztára a véletlennek kell tulajdonitanunk az eseteknek ezt a halmozódását. (Az I. sz. sebészi klinikán hat év alatt négy, illetőleg öt eset került műtételre, a II. sebészi klinikán 1898—1902-ig hasonló eset nem operáltatott.) A gümőkóros bélfekély azért okoz csak elvétve szükületet, mert — mint secundaer bántalom — rendesen gyorsabban öli meg a szervezetet, semhogy szükület létesülhessen.

Hat esetünk közül háromnál a vékonybél, háromnál a vastagbél volt a bántalom székhelye.

A vékonybélre szorítkozó gümőszükület eseteinek rövid kórtörténete a következő:

1. K. Gy., 25 éves, felvétetett 1904. junius 27-dikén. Hónapok óta vannak panaszai, melyek főleg fájdalmas hasgörcsökre vonatkoznak, néhány napi székrekedés után heves görcsök után híg, hasmenéses székürítések. Ujabban csakis hashajtószerekre van széke.

Halavány, lesoványodott férfibeteg. A has puffadt. Alsó részén elmosódó határú resistentia. Erősebb tapintásnál kifejezett bélmerevedés, mely jól látható a vékony hasfalon át. Egyéb szervekben objective semmi elváltozás. Állítólag az elmult évben sokat köhécselt. Diagnosis: Stenosis intest. tenuis (tbc.).

Laparotomia: A hasban a promontorium felett tágult, összevissza nőtt vékonybelek. A bélgomoly körülbelül gyermekfejnagyságú. A hozzávezető vékonybéldarab alkarvastagságúra tágult, fala megvastagodott. Az elvezető kacs üres, vékony. Ennek megállapitása csak az erős összenövések megoldásával sikerül. Ezekből erős vérzés indul meg; a savós hártya, mely szakadékony és apró gümőkkel van telehintve, közben helyenként beszakad. Ez okból az egész megbetegedett rész kiirtását határozzuk el, miután meggyőződtünk arról, hogy úgy a többi vékonybél, mint az egész vastagbél egészséges. A bél resectioja, 140 cm., nagy nehézséggel jár, mert a mesenterium teljesen összezsugorodott és a hátsó hasfalhoz tapadt, úgy hogy helyenként a vena caváról kell leszabaditani. A bél egyesítése körkörös varrattal. Két tampon a seb alsó, illetve felső zugában. Réteges hasfalvarrat.

A varrott rész p. pr. egyesült; csak a sebkérők helye gyógyul be igen lassan. A felső sebzug helyén genyedő sipoly marad vissza, mely semmiféle eljárással állandó záródásra nem hozható. A beteg közben lényegest hizott és közérzete javult. A bélműködést illetőleg panaszai nincsenek. Naponként rendes székürítés. Október 7-dikén hazabocsátjuk. A sipoly most is fennáll, de jelentéktelen. A beteg 5 kgm.-ot hizott s objective és subjective jól van.

2. K. A., 33 éves, kovácsmester, felvétetett 1904. augusztus 8-dikán. Három év óta fennálló haspanaszok, melyek mindenben megegyeznek az előző esetben vázoltakkal. Mindkét tüdőcsúcs csekély infiltratiója. A hasban, a hólyag táján kis gyermekfejnyi daganat, mely göbös, egyenetlen felületű, minden irányban jól mozgatható. Diagnosis: Stenosis intestini verosimiliter carcinomatosa. Laparotomiánál az előző esetben leirt képpel egyező vékonybélgomolyag. Nagy, a mesenterium gyökéig felterjedő mirigyek. Ezért féloldali bélkirekesztés, kétréteges bélvarrat, végoldalas (end to side) bélszájadzással. Három réteges hasfalvarrat. Április 1-sején p. pr. egyesült hassebbel bocsátjuk haza. A bélgörcsök megszüntek. Az általános testi állapot nem javult. Ujabban vett értesítés szerint (október 14-dikén) a beteg otthon meghalt. Bővebb felvilágositást nem kaphattunk.

3. T. P., 23 éves, asztalos, két éve beteg. Kolikák, székrekedés, időről időre ismétlődő bélmerevségek, melyek hol a bal hypochondriumban, hol a köldök alatt láthatók.

Tüdőlelet negativ. Hason egyébként semmi nem tapintható. Szeptember 13-dikán laparotomia. A vékonybél felső részletén az ileum és jejunum határán körülbelül 1 méternyi kiterjedésben három, egyenként körülbelül 1—2 cm. hosszúságú körkörös heges szükület. Ugy a legfelső szükület, mint az egyes forradások között lévő vékonybélrészlet felkarvastagságúra tágult, fala vastagodott. A szükületek között tágult bélrészleteken több csillagszerű forradás a savós hártyán. Féloldali bélkirekesztés, kétréteges bélvarrattal, végoldalas bélszájadzással. Háromréteges hasfalvarrat.

Láztalan lefolyás. Hasseb p. pr. egyesült. Szeptember 29-dikén áttétel belosztályra, diaetás gyógykezelésre. November 16-dikán értesülés szerint görcsök vagy szakgatások nincsenek, emésztés jó, széke rendesen van naponta; három és fél kgm.-ot hizott.

Mindhárom esetben többszörös szükülettel volt dolgunk. Mig a harmadik esetben tisztán a bélszükület gyógyulásából származó heges szükülettel találkoztunk, addig az első és második esetben a szükületek részben a forradások zsugorodása, részben a peritonitises összenövések okozta szögbetörések folytán keletkeztek.

A következő három esetben a vastagbél volt a bántalom székhelye. Két esetben azzal a formával volt dolgunk, melyet német szerzők nyomán a tumori leocoecalis tuberculosus névvel illethetünk. A harmadik esetben két szükület a felhágó vastagbélen s az ileumnak a vakbélbe való áthajlásán volt.

1. P. K. I., felvétetett 1904. márczius 28-dikán. Bélszükülésre való panaszok. Ép mellkasi szervek. A jobb csipőtányérban kétökölnyi jól mozgatható resistentia, mely tapintásra nem érzékeny. Bélmerevedések. A diagnosis appendiculáris eredetű perityphlitises forradások és gümős vakbélgyuladás között ingadozik. Laparotomia, oldalsó ferde hasmetszéssel. A vakbélen és a hozzávezető ileum legalsó részén subserosus gümők; a vakbél fala merev, megvastagodott, összenövések nincsenek.

A vakbél és a kóros ileum resectioja; a vékonybél bevarrása oldal-oldalas bélszájadzással a colon transversumba. Egyréteges hasfalvarrat; sebkérő az alsó zugba. Tizednapra a tampon végleges eltávolítása. Csekély genyedés, mely elapad. Gyógyult hassebbel bocsátjuk haza.

November 10-dikén jó közérzet; lényeges súlygyarapodás. A sebkérő helyén fonalsipoly. Ujabban időről időre jelentkező köhögés bántja. A tüdőben kimutatható elváltozás nincsen.

2. Cs. E. Gy., felvétetett 1904. junius 25-dikén. Három év óta hasának jobb felében keményedést vett észre. Panaszai azonban csak egy év óta vannak, melyek mindenben bélszükülésre vallanak. Ép mellkasi szervek. A jobb csipőtányérban egyrészt a kis medencze felé, felfelé a bordaiv alá terjedő kemény, göbös felületű resistentia, mely oldalfelé mutat csak csekély mozgékonyságot. Diagnosis: Tumor ileocoecalis verosimiliter tuberculosus.

Laparotomia paramedian metszéssel. A vastagbél fala keményen beszűrődött, a vakbél heges összenövésekkel a hátulsó hasfalhoz van rögzitve. Az alsó ileum körülbelül 20 cm. hosszúságban apró gümőkkel van behintve. Resectio coli et int. ilei. A vastagbél zárása. Végoldalas bélszájadzás kétréteges varrattal. A vakbélkiirtás könnyitésére a paramedián hasmetszéshez derékszögben újabb metszést készitünk. Egyréteges hasfalvarrat. Sebkérő a ┐ metszés hátsó zugába.

A sebkérő eltávolitása a hetedik napon. A hasseb p. pr. egyesült. Julius 9-dikén hazabocsátjuk gyógyult sebbel.

3. Sz. F., 55 éves, tanító, felvétetett 1904. augusztus 24-dikén. Két és fél éve fennálló, bélszükülésre való haspanaszok. Bélmerevedés. Kezdetben hasmenés, újabban igen makacs székrekedés, mely csak erős hashajtókra enged. A bélmerevedésen kivül semmi objectiv tünet.

Augusztus 25-dikén laparotomia. Az ileum legalsó végén, a vakbélen és a vastagbélnek májhajlatán egy-egy hosszúra (több cm.-re) nyúló, kisujjat be nem fogadó szükület. A hashártya alatt porczellánfehér, köles-kendermagnyi (gyógyult) gümők. A hozzávezető vékonybél alkarvastagságnyira tágult. Tíz cm.-re az első strictura felett harántul

metszszük át a vékonybelet. Féloldalas bélkirekesztés. Végoldalas bélszájadzás. A mesenteriális vég zárása. Hasfalvarrás három rétegben.

A p. pr. egyesült hassebbel szeptember 10-én hazabocsátjuk. A csikaró fájdalmak az első székletéttől kezdve teljesen elmultak.

Szeptember 16-dikáról kelt értesítés szerint az általános állapot nem kielégitő. Fájdalmak, görcsök nincsenek ugyan, de étvágytalanság, általános gyengeség kínozzák.

Hofmeister szerint 83 gümős vékonybélszűkület ismeretes az irodalomban (1897).

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Thiosinaminnal kezelt hegcontractura esetét mutatta be *Mellin* a „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“ november 14-dikén tartott ülésén. Az 53 éves nőnél az arczot, karokat és kezeket ért másod- és harmadfokú égési sebek után, részben Thiersch-lebenyek implantatioja után, kiterjedt hegek képződtek, a melyek folytán a bal kar derékszög alatt volt összehúzódva, az ujjak teljesen merevek voltak, a száj alig volt nyitható, kétoldali nagyfokú ectropium képződött. A thiosinaminbefecskendezéseket körülbelül négy hónappal az égés után kezdették meg; a beteg hetenként 3 befecskendést kapott (15—20%-os alkoholos oldatból vagy vizes-glycerines oldatból 1 köbcentimeter). Az eredmény feltünő volt, a contracturák — noha úgyszólván semmi egyéb kezelésben nem részesült a beteg — megszüntek, kivéve az ujjakon, de itt is tetemes a javulás.

Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Mankiewicz* felemlitette, hogy húgycsőstrictura eseteiben már 10 év előtt használta a thiosinamint, a létrejött eredmény azonban mulónak bizonyult. *Lexer* a berlini sebészeti poliklinikán tett kiterjedt vizsgálatai alapján szintén a javulások muló volta mellett szólalt fel: Dupuytren-féle contractura eseteiben nem pótolhatja az operativ kezelést. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 4. szám.)

Ujjképlés esetét mutatta be *Eiselsberg* tanár a „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ február 24-dikén tartott ülésén. A 37 éves beteg jobb kezének középső ujját az alapphalanx közepe táján gép levágta. A két hónap mulva jelentkezett betegnél az ujj pótlására a jobb láb második ujját használták fel. A láb és a kéz 16 napig volt egymással érintkezésben gypskötéssel és csak azután metszették át a tápláló hidat. A lábujj új helyén jól odanött. Kosmetikai szempontból az eredmény nagyon kielégitő, functionalis szempontból természetesen még nem lehet szó valami nagy eredményről. A sensibilitás a transplantált részben még nem állott teljesen helyre. Egy régebben mütett hasonló esetben tett tapasztalatai alapján azonban azt hiszi szerző, hogy a sensibilitás teljesen helyre fog állani és functionális szempontból is lesz valamelyes eredmény. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 9. szám.)

PÁLYÁZATOK.

1881/905. sz.

Alcsernátoni körorvosi csoportban: Al-Felcsernáton, Maksa, Dálnok, Albis, Martonfalva, Márkosfalva, Futárfalva és Ikafalva községekkel más járásba történt megválasztás által üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazása 1536 korona fizetés, 200 korona lakpénz, 285 korona úti átalány és ezenkivül 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási dij.

Körorvos köteles községeit kéthetenként egyszer beutazni s ott a közegészségügyi teendőket végezni, a szegénybetegeket ingyen gyógykezelni.

Pályázni kivánók szabályszerűen felszerelt kérvényeiket az eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve **május 1-ig** adják be.

A választás május 2-dikán délelőtt 9 órakor fog Alcsernáton községházánál megtartatni.

Kézdivásárhelyt, 1905. évi április hó 4-dikén.

Cseh Gyula, főszolgabiró.

6905/1905. K. szám.

Szabolcs vármegye **nyiregyházai „Erzsébet“ közkórházánál** 1000 korona fizetés, lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett II-od alorvosi állásra pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 63. §-ának 3-ik bekezdésében előirt minősitésüket, eddigi alkalmaztatásukat s életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához czimezve hozzám **folyó évi május hó 25-dikéig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkezik: felsőbb jóvahagyástól feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni.

Nyiregyháza, 1905. április 5-dikén.

2—1 *Szikszay*, alispán.

6498 ki. 1905. sz.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegyébe bekebelezett **Túrkeve** r. t. városban a **városi főorvosi** választás megsemmittetvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása:

1. 1200 korona fizetés,
2. természetbeni lakás,
3. szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak és pedig:

a) ha a beteg megy az orvoshoz, megvizsgálás és rendelés 60 fillér,

b) ha az orvos megy a beteghez: nappal 1 korona, éjjel 2 korona, 2 km.-nél nagyobb távolságra kocsit követelhet,

c) a város külhatárában kétszeres díj számitható.

Szegényeket és a városi szolgaszemélyzetet ingyen köteles gyógyitani.

Ezen állásra csakis tisztiorvosi képesitéssel biró egyének pályázhatnak.

A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények Türkeve város polgármesteréhez nyujtandók be **1905 évi április hó 26-dikáig**. Az ezen határidőn túl beérkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Szolnok, 1905. évi április hó 5-dikén.

Bagossi Károly s. k., kir. tanácsos, alispán.

103 sz. 1905.

Bihar vármegye közkórháza elmebeteg-osztályánál egy segédorvosi állás lemondás folytán megüresedett.

Ezen megürült, s főispáni kinevezés útján betöltendő, évi 1200 korona fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhivom pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Beöthy László úrhoz czimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám **folyó évi április hó 25-dik napjáig** adják be.

Nagyvárad, 1905. évi április hó 12-dikén.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

6315/1905 szám

Elhalálozás folytán megüresedett, 2000 korona fizetéssel, 350 korona lakbérrel és 600 korona úti átalánynyal javadalmazot **homonnai járásorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. év I. t.-cz., valamint az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előirt képesitettségüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. é **április 29-dikének d. u. 5 óráig** adják be.

S.-A.-Ujhely, 1905. április hó 7-dikén.

Az alispán.

5244 sz. 1944.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400 korona, azaz egyezernégyszáz korona évi fizetés, a kórház belterületén egy szobából álló szabad lakás, azonkivül fütés és világitás.

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

Felhivom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előirt képesitéssel birnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi április hó 30-dik napjáig** terjeszszék be.

Arad, 1905. évi április hó 8-dikán.

Az alispán helyett:

Schill József, főjegyző.

787/1905. sz.

Gömör vármegyében a tornallyai járásban lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely Harkács, gyógyszertár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés 1200 korona,
2. lakbér 200 korona,
3. utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.
4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fillér, éjjel 1 korona, a beteg lakásán bármely községben nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 25-diké d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községházánál április hó 27-dikén d. e. 10 órakor fog megejtetni.

A megválasztott körorvos állását május 1-én tartozik elfoglalni.

Tornallya, 1905. évi április hó 1-én.

3—2 *Szentmiklósy*, főszolgabiró.

743/1905. sz.

Az üresedésben levő **oppovai körorvosi állásnak** végleges betöltése czéljából újból hirdetek pályázatot:

A körorvos javadalmazása:

1. 1800 korona törzsfizetés, mely legutóbb Oppova község képviselőtestületének intézkedése folytán 2300 koronára emeltetett föl és bekövetkezendő törvényhatósági jóváhagyás után ezen utóbbi fizetés képezendi a törzsjavadalmazást.
2. A szabályrendeletben megállapitott látogatási díjak.
3. A hüsszemlélet törvényes díjai.

Fölhivom tehát pályázni szándékozókat, hogy ebbeli szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **folyó évi április hó 20-dikáig** nyujtsák be. A megválasztott köteles a vármegyei orvosi nyugdijegyletbe belépni.

Antalfalva 1905. évi márczius hó 23-dikán.

3—3 *Lowieser Imre*, főszolgabiró.

36/1905. igazg. sz.

A vezetésem alatti m. kir. állami kórháznál megüresedett **két másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkivántatik az egyet. orvostudori oklevél.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1000 korona fizetés;
2. lakás, fütés, világitás, első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesiteni.

A kinevezés két évre történi k és esetleg két év mulva meghosszabbitható.

A pályázati kérvények a nagyméltóságú belügyministeriumhoz czimzendők és alólirotthoz adandók be, honnan hármas jelöléssel lesznek felterjesztve.

A pályázat lejárati határidejéül **1905. május 1-ső napját** tüzöm ki.

Maros-Vásárhely, 1905. évi márczius hó 29-dikén.

3—3 *Kozma Jenő*, igazgató.

Debreczen sz. kir. város közkórházánál **egy segédorvosi állás** üresedett meg, a mely főispáni kinevezés útján töltetik be.

Az állás 900 korona évi fizetéssel, bentlakással és teljes ellátással van egybekötve, azonban az ideiglenes és így nyugdijjogosultság vele nem jár.

Magángyakorlat, a mennyiben a kórházi teendők megengedik, üzhető.

Azok, a kik ezen állásra pályázni kivánnak, orvosi oklevéllel, valamint az eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 20. napjáig nyujtsák be.

Debreczen, 1905. évi márczius hó 27-dikén.

2—2 *Kovács József*, polgármester.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
ápr. 18.	közs. o.	Páty	1200 k., 400 k. lakás	Geréby, főszolgabiró
„ 19.	kórh. főo.	Budapest	3000 k., 1000 k. lakb.	Polgármester
„ 20.	vár. főo.	Eperjes	1600 k., 400 k. lakás	Városi tanács
„ 20.	körorv.	Etéd	1000 k., 250 k. úti átal.	Gálffy, főszolgabiró
„ 20.	körorv.	Puj	1000 k., 500 k. úti átal.	Török, főszolgabiró
„ 25.	alorv.	Nyiregyháza	1000 k., teljes ellátás	Szikszay, alispán
máj. 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.
„ 9.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 k. úti átal.	Gyürei gyógyszerész
—	gyári o.	Nagy-Szlabos	2500 k., lakás	Papirgyár-igazgatóság

HIRDETÉSEK.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Dr. BULLING-féle INHALÁCIÓ

orvosok ajánlják a légzőszervek összes betegségei ellen.

Készülék házi használatra **„Thermo-Variator"** minden szakmabeli üzletben kapható.

„Thermiol" (phenylpropriolsavas natron), kizárólagos gyáros: **Dr. Theodor Schuchardt, Görlitz,** jól bevált tüdő- és gégefötuberculosis ellen. Csakis a „Thermo-Variator"-ral lehet a nagyhatású **„Thermiol"**-inhalátiókat végezni. Téli inhalatorium: Lussinpiccolo. Felvilágositást nyujt a **Dr. Bulling-Inhalatorium-Syndicat, Wien, IV., Gusshausstrasse 10,** vagy ennek képviseletében **László Frigyes dr., Budapest, VII., Erzsébet-körút 41.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és b cteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak

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

Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.

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

Hirdetéseket kizárólagosan a „Petőfi" kiadóvállalat (Budapest, III., Zsigmond-u. 70) vesz fel.

Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirda. Prospektus ingyen.

Gyönyörü fekvés, élenydús, teljesen pormentes levegő. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Uj hydro-elektro-mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stilben. Hidegvizkúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus készülék, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközi székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok és légcső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóak Karlsbadhoz és Marienbadhoz.

Vegyészeti gyár Dr. Fritz és Dr. Sachsse Sollenau a/S. dbahn

ALBOFERIN

WIEN, I, Naglergasse 21.

egy könnyen oldható, szag- és izinélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecses

90·14% fehérnye, 0·68% vas, 0·324% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, **Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül** 100 db. = K. 1.50, **Alboferin-chocolade-tabletták** 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitünő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérveszteség, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapitja a testsúlyt, erősiti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál

a vízben oldható, jó ízü és kitünően emészthető Guajacol-készítmény:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy

Capsulae Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Aphthisin** capsulákban legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

A **Guajacol-készítmény** a legmegbizhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll. Mivel az anyag mint olyan hygroskopikus, csak a következő alakban kerül forgalomba:

1. **Szörp,** melyben 6%-a van a szernek és melyet **Syrupus Guajacoli comp. Hell**-nek neveznek.
   Betegpénztári tagok részére egy olcsóbb, 2 koronás csomagolást vezettünk be. Szíveskedjék ily esetek részére „agenam minorem" jelzéssel rendelni.
2. **Gelatin-tokok,** minden tok 0·25 gm. Guajacolt tartalmaz és **Capsulae Guajacoli comp. Hell** név alatt szerepel.

Egy teáskanál szörp egy tokocska tartalmának felel meg. — Adag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokocska.

Irodalom: „A tüdőtuberculosis kezeléséhez", Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez", Aerztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése", Aerztliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez", Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kivánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., egy doboz tokocska 2 kor.

A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.

G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

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

ALSOL

Aluminium acetico-tartaricum Athenstaedt.

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

Szíveskedjék irodalmat és ingyenmintákat kérni:

Athenstaedt & Redeker
Hemelingen, Bremen mellett.
Kapható a legtöbb gyógytárban.
Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A., gyógyszertára a „Csillag"-hoz Budapesten.

Reiniger, Gebbert & Schall
elektrotechnikai gyár
Budapest, VI. ker., Ó-utcza 42.
Wonke Rezső műszerész
Wien, IX/3. Universitätsstrasse 12.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kapcsoló készülékek villamos fényvezetékekhez.

Röntgen-berendezések.
Villamos fény-gyógykészülékek.
Gazdagon illusztrált árjegyzék ingyen és bérmentve.

Tüdőbetegek gyógyintézete
Sanatorium Wienerwald.

Vasuti állomás: **Pernitz**; postaállomás: **Ortmann, N.-Ö.**
Bécstől 2½ órányi távolságban.
Nyáron és télen át nyitva.
Dr. Arthur Baer. **Dr. Hugo Kraus.**

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete
Budapest, Városligeti fasor 11.
Magángyógyintézet **idegbetegek, belbetegek** és **üdülők** részére.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — **Prospektus.** Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA.**

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —

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

Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

Kriegner féle
TOKAJI CHINA-VASBOR

Vérszegénység, étvágytalanság, sápkór, idegesség gyógyítására és gyenge gyermekek erősbítésére a leghatásosabb készítmény.

E nagyon kellemes ízű ital kiváló sajátságait az országos egészségügyi tanács is méltatta s ajánlásra a belügyministerium engedélylyel látta el. **Nagy üveg 6 korona, kis üveg 3.20 korona.** Szegénypraxisban ajánlatos az

elixirum anisi ferrati sec. Kriegner

Főraktár:
„KORONA"-gyógyszertár Budapest, VIII., Kálvin-tér

D. R.-P.

Gyorsan ható puha Salicylszappanok.

Rheumasan
tubus K 2.50; edény K. 1.50.
Rheuma, csúz, ischias, migrän, pleuritis, influenza, tylosis.

Ester-Dermasan
tubus K 3.—; edény K. 1.80.
Úgyszintén makacs esetekben, továbbá psoriasis-, pityriasis-, tylosis-nál.

Ester-Dermasan
Vaginal-Kapsulák
10 darab K 2.50.
Para-, perimetritis, oophoritis.

Irodalom és minták ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLÄNDER, G. m. b. H., Berlin W. 64.
Ausztr.-Magyarorsz. képviselője: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2. Salierigasse 2.

D. R.-P.

„Tutulin"
Vegytiszta, homogen **növényfehérnye,** legczélszerűbb és legolcsóbb **tápszer.** Irodalommal és díjmentes mintákkal szolgál az ausztria-magyarországi főraktár: **Mr. Camillo Raupenstrauch, Wien, II., Castellezgasse 25.**

Serravallo
China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nők szivesen veszik.

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

Negyvenkilenczedik évfolyam. 17. szám. *Budapest, 1905. április 23.*

ORVOSI HETILAP.

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

SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Korányi Frigyes: Két alkalmi előadás a gümőkórtan köréből. 287. lap.
Alapy Henrik: A dongaláb súlyos alakjainak gyógyítása ékalakú resectioval. 290. lap.
Pólya Jenő Sándor: Közlemény a szt. István-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló sebészeti osztályáról. A zsirszövetnekrosisról. 292. lap.
Róna Sámuel: A Vincent-angina historicumához. 295. lap.

Tárcza. Guszman: A nemi betegségek elleni küzdés czéljából alakult társaság II. congressusa. 295 lap. — Meningitis cerebrospinalis epidemica. 296. lap.
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Pólya Jenő Sándor:* Az appendicitis miatt operáltak további sorsa. 297. lap. — *Könyvismertetés. Pecz Vilmos:* Ókori Lexikon. (Temesvári Rezső). 298 lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Vincent:* A tetanus és a chinin közötti összefüggésről. (Marikovszky). 298. lap. — *Idegbajok. Muskens:* A sócelvonásról az epilepsia kezelésében. (Kollarits Jenő). — *Pierre Roy:* Decubitus fennjáró tabeses betegen. (Kollarits Jenő). — *O. Juliusberger:* Lehet-e a plagium kórtünet? (Kollarits Jenő). 299. lap. — *Sebészet. Férè:* Adat a nemileg perversek castratiojához. (Gergő.) — *Delore* és *Duteil:* Levegőnek behatolása a visszerekbe sebészi műtétek alkalmával. (Gergő). 299. lap. — *Bőrkórtan. G. Thibierge:* A syphilis és vitiligo közti összefüggésről. (Guszman). — *Klingmüller* és *Halberstadter:* A fény bakteriumölő hatása a Finsen-kezelésnél. (Guszman). 300. lap. *Húgyszervi betegségek. Le Fur:* A hátsó húgycső lobos szűkületeiről. (Ráskai). — *Albarran:* A prostata-vérzésekről. (Ráskai). 300. lap. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Nacht:* Styracol. — *Galewsky:* Kalomelol-kenőcs. — Novargan. — *Runge:* A női húgycső gonorrhoeája. 301. lap.
Felszólitás a munkatársakhoz. 301. lap.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások és ösztöndijak. — A budapesti orvosszövetség választmánya. — Választás. — Pályázat. — Tuberculosis-congressus. — Doyen-féle rákserum. — Az úgynevezett „emberséges" lövegek hatása. — A villanyvilágitás hátránya. — Nőhallgatók száma a német egyetemeken. — Balesetbiztositási congressus. — A budapesti I. sz. női klinika. — Elhunyt. 301—302. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — XV. magyar balneologiai congressus. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.
Melléklet. Mirtl dr. „Meerscheinschloss" gyógyintézetének prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Két alkalmi előadás a gümőkórtan köréből.

Tartotta: *Korányi Frigyes* dr. egyetemi tanár.[1]

I.

Tisztelt urak!

Nagy megtisztelteténben részesítenek a kartárs urak, a kiket ma szerencsém van auditoriumom padjain vendégül látni, s a kik huszonöt év előtt mint orvostanhallgatók ültek velem szemben ugyanezen padokon. Az azóta lefolyt idő alatt sok történt. A tisztelt kartárs urak nagy utat haladtak meg az orvosi pálya legmagasabb fokozatai felé, s egy részükben tanártársaimat tisztelem, mások az ország kormányzata körében, a hadseregben, a közigazgatás és az orvosi gyakorlat terén érvényesitették kiváló képességeiket, ma mindezen tereken a vezető férfiak közt foglalnak helyet és fényes sikereik által a legjóltevőbb jutalmat nyujtották azoknak, a kiknek osztályrészül jutott, hogy Önöket mint ifjakat az orvosi tudományba bevezessék.

Az orvostudomány terén pedig még sohasem volt 25 éves időszakasz, a melyben az olyan rohamos fejlődésen, s ezzel olyan sokoldalú, mélyreható átalakuláson ment volna keresztül, mint a lefolyt uto!só negyedszázadban; s épen azon betegek, kiknek hallgatóim előtt való tárgyalását a mai napra kitűztem, alkalmat szolgáltatnak ezen haladás egyik oldalának jellemző feltüntetésére.

Méltóztassanak megengedni, hogy klinikai előadásomat úgy kezdjem meg ma is, mint a hogyan azt máskor tenni szoktam, tudniillik felvegyem a fonalat ott, a hol hallgatóim előtt letettem tegnapelőtti előadásomban, midőn a hallgatóságnak bemutattam egy veseköben szenvedő beteget, a ki egy hét előtt lett a klinikára felvéve. Emlékezni fognak, hogy azon betegnél hosszabb idő óta vesekólika tüneményei mutatkoztak. A beteg, a ki szavahihető, értelmes ember, azt adta elő, hogy nála időszakonként heves fájdalmak lépnek fel az ágyéktájon, többnyire összekötve élénk vizelési ingerrel, hogy néha tisztán érzi a fájdalmakat a vesetájról lehaladni a medencze felé, hogy időnként fájdalmak lépnek fel a hólyagban is és ilyenkor erős vizelési inger áll be, a melyet nem tud kielégíteni, mígnem igen heves fájdalmak kiséretében megindul a vizelet és vele kis kövecskék ürülnek ki. Ezen kövecskék néha nyálkával, sőt véres nyálkával vannak bevonva. A mikor a beteget bemutattam önöknek, oly tünemények is voltak jelen, melyek hólyaghurutra mutattak. Kérdés volt, vajjon nem az történt e meg, hogy a vesemedenczéből leszállott kövecsek valamelyike a hólyagban maradt vissza s azután mint hólyagkő okozta a tünetek egyeseit? Mi magunk azonban követ nem láttunk s én akkor figyelmeztettem önöket, hogy azon tünemények, a melyeket vesekólikának szoktak nevezni, csupán azt jelentik, hogy valahol a vizeletlefolyási utakon akadály keletkezik, mely ha egyszersmint az ureterek felületét sérti, reflextüneményeket idéz elő, a melyek közé tartozik az ureter görcsös összehúzódása, de az akadálynak sem szükséges épen kőnek lenni, lehet az más anyag is. Ebből következik, hogy a vesekőnek jelenlétét csak akkor lehet biztosra venni, ha a követ kimutatjuk. A beteg azt mondta, hogy van a birtokában egy kövecs, melyet vizeletében talált, ez azonban nem volt nála. Ilyen körülmények közt szem előtt kell tartani, hogy a betegek jóhiszemü kimondása nem mindig felel meg a valónak, hanem egyszer-máskor tévedésen alapszik s ezért törekednünk kell bizonyítékokat nyernünk a felől, vajjon csakugyan forognak-e fenn concrementumok?

Ez néha megoldhatlan feladat, mivel a vesemedenczében tényleg foglaltathatnak concrementumok, melyek azonban nem üríttetnek ki. S mivel újabb időben több oldalról közlemények jelentek meg, melyekből tudjuk, hogy a Röntgen-átvilágitás egyes esetekben, különösen ha Albers-Schönberg összenyomó csövének használatával,

[1] 1904 május 16-dik napján 1878/9-dik tanévi hallgatóim 25 év utáni találkozója alkalmából.

vagy Rumpel eljárása szerint ólomlemezeknek felrakásával az átvilágítási tér szükíttetik, a veseköveknek jelenlétét kimutatja oly módon, hogy a képen árnyékok mutatkoznak a gerinczoszlop tájékának azon részén, a hol a vesék feküsznek, azért a Röntgen-kép felvételét is eszközöltük, melyet önöknek itt bemutatok. A vesék árnyképeit jól ki lehet rajta venni, de követ nem mutat fel, és csakugyan a Röntgen-világítás által csak kivételes esetben kapjuk meg annak a bizonyítékát, hogy szenved-e valaki veseköbben.

E közben a beteg urotropint vett be. Az urotropin hatása alatt állapota jelentékenyen megjavult, úgy hogy a hólyagtünetek elmultak, a vizelet normális lett; ezen javult állapotban a kórodát elhagyta, s miután elhagyta, csakugyan beküldte az általa kiürített követ.

Az analysis azt mutatta, hogy ez oxalsavas mészből, továbbá szénsavas és phosphorsavas mészből állott. Ez a beteg tehát tényleg veseköbben szenvedett.

Ennek az esetnek kapcsán mindjárt bemutatok egy másik beteget azért, hogy a vesekólika képét és annak következményeit egy újabb esetben demonstrálhassam. A beteg joghallgató. Megbetegedése, a mint elmondja, ez év február 2-dikán minden előzmény nélkül kezdődött. Február 2-dikán éjjel álmából arra ébredt fel, hogy jobboldali ágyéktáján rendkivül heves görcsök támadtak. A fájdalmak az alhasában, a has jobb felébe sugároztak ki húzó jelleggel. Miután ezen fájdalmak egy ideig fennállottak, beállott egy 24 órás anuria. A betegnek nem volt 24 óráig egyáltalában vizelete, nem is volt vizelési ingere s midőn az első vizeletét 24 óra mulva kiüritette, benne jelentékeny mennyiségü vér volt látható. A véres vizeletben ez a beteg is megtalálta a köveket. A beteg azután egy ideig oly vizeletet ürített, a melyről azt mondja, hogy iszapszerü üledéke volt. Ezen kijelentése egészen megbizható és minden valószinüség szerint nyálkával és vérrel kevert homokszerü concrementumokra vihető vissza. A vizeletet mi nem láttuk, azonban a tünemények, melyekről értesülünk az ő előadásából, kiegészítését szolgáltatják annak a kórképnek, a melyet a másik betegnél a klinikán láttunk.

Fontos jelenségnek kell tekintenünk először a vérvizelést, másodszor az anuriát. Itt csupán annyit említek meg, hogy az anuria veseköbetegeknél ugyanazon jelentőséggel bir, mint azon anuriák, a melyek olyan betegeknél állanak be, a kiknél csak az egyik vese beteg, és mégis, ha a kóros oldali vesén valamely műtétel vitetik végbe, a vizeletelválasztás a másik oldalon is teljesen megszünik. Ez reflexanuria, mely az idegrendszer közvetítésével az ép vese véredényeinek görcsös összehúzódása következtében áll elő. Csak jelezni akartam ezt, a folyamat további fejtegetésébe most nem bocsátkozom, hanem bemutatok önöknek egy harmadik idetartozó beteget.

Ez egy 15 éves fiú, a ki szintén azzal a panaszszal jött a klinikára, hogy egy időben véres volt a vizelete. Az előzmények azonban, melyek nála észleltettek, az előbbiekétől eltérők voltak. Mindkét előbbi beteget látszólagosan egészség közepette lepték meg igen heves fájdalmak, azon tünetek, melyeket mint a vesekólika képéhez tartozókat felemlítettünk; az első bemutatott beteg erőteljes férfi volt, a fiatal jogászt ma mutattuk be; mind a kettő úgy nézett ki, a hogyan az alkati megbetegedéssel biró egyének kinézni nem szoktak. Ellenben ez a fiú itt egészen gyenge testalkatú, kissé hátramaradt fejlődésü, sápadt, hiányosan táplált egyén. Kórtörténetéből a következőket kell kiemelnem. A fiú kezdett bizonyos kényelmetlenségi érzést érezni a bal horpasztájon, különösen ha járt, vagy ha törzsét mozgatta. Azután jöttek idők, a mikor gyakori vizelési ingere volt. A mult évben ezen fájdalmak növekedtek s julius végén először jelentkezett a véres vizelet. A beteg azt adja elő, hogy augusztusban néhány napig egymásután véreset vizelt, ennek elmultával azt észlelte, hogy mind gyakrabban kell vizelnie, azután hólyagtáján végbelébe kisugárzó fájdalmakat érzett, a vizelés gyakorisága egyre fokozódott, úgy hogy a mult év deczemberében majdnem minden öt perczben kellett vizelnie. Ez év januárjában azután orvoshoz fordult, a ki neki fürdőket ajánlott. Ezek használata alatt állapota javult, de nem gyógyult; ugyanazon orvos tanácsára a sebészeti klinikára került; itt megvizsgálták hólyagköre, de negativ eredménynyel. Egy héttel később pedig, folyó évi április 21-dikén, hozzánk küldték.

A beteg rossz kinézése, lesoványodása, valamint azon körülmény, hogy vizeletében mindjárt az első vizsgálatnál nagyobb számú genyséjtet lehetett találni, de cylindereket nem, szükségessé tette kutatni, vajjon az időnkénti véres vizeletnek nem más okai vannak-e, mint a vesekő. A vérvizelés oka, a mint tudjuk, sokféle lehet, a vesegyuladásoktól eltekintve, a melyeknek a betegnél semmi nyoma nem mutatkozik; ezen okok közé kell számítani mint legfontosabbat a veserákot és a vesetuberculosist. Számbavéve az előzményeket, valamint a beteg korát, első sorban a vesetuberculosis kérdésével kellett foglalkoznunk. A kérdés, a mely a gyakorlatban előttünk áll akkor, ha vesetuberculosis gyanuja forog fenn, annyira fontos a beteg jólétére, sőt a beteg életére, hogy azt sokáig eldöntetlenül hagyni nem tanácsos. S ha erre nézve a vizelet vizsgálata nem ad kellő felvilágositást, akkor keresnünk kell más bizonyítékokat.

A betegnél ez irányban végbevitt vizsgálatok menete jó képét nyujtja azon viszonyoknak, a melyek a gyakorlatban ilyen betegeknél előfordulhatnak.

Már az első napon megejtett húgyvizsgálat alatt a górcsői praeparatumban olyan bacillusok találtattak, a melyek a Ziehl-Neelsen-féle carbolfuchsin-festéssel pirosra festődtek, tehát azt a színeződést mutatták, mint a gümőbacillusok. Ez utóbbiak festési tulajdonságainak jellegzetességére nézve azonban a vélemény az utolsó években lényegesen átalakult. Az már régebben ismeretes volt, hogy a lepra- és a smegmabacillusok ugyanazon színanyagokkal festhetők, mint a gümőbacillus és a savaknak is épen úgy ellenállanak, mint ez; ezen savállóság ma már a bacillusok elég nagy számánál lett kimutatva. A smegmabacillusok megkülönböztető jeléül el volt fogadva, hogy alaki tekintetben nem teljesen egyeznek a gümőbacillussal, nem festődnek oly jól, mint ezek és a górcsői készítményben nem csoportokban, hanem elszórva találhatók. És tényleg a beteg vizeletében talált bakteriumok elszórtan mutatkoztak, vastagabbak és kevésbé piros festődésüek voltak, mint a gümőbacillusok szoktak lenni s igy meghatározásuk nem volt sem morphologiai, sem a gyakorolt festési alapon eldönthető. Mivel a smegmabacillusok rendszerint a praeputium tájékáról jutnak a vizeletbe, azért a következő napon a külső nemi részek pontos letisztitása után catheterrel lett a hólyagból vizelet bocsátva, ebben is találtatott elszórtan néhány saválló bakterium, de egészen megállapitottnak még mindig nem tekinthettük azt a fontos kérdést, hogy a beteg szenved-e vesetuberculosisban? Mert ismeretes, hogy a smegmabacillusok néha bevándorolnak a húgycsőbe és kiürülnek a catheterizeletben, viszont a festés diagnostikai értékének egy további hiányosságát épen a legutolsó időben derítették ki Marmorek és Klein, midőn kimutatták azt, hogy a fiatal gümőbacillusok némely esetben nem, vagy csak hiányosan veszik fel a festőanyagokat, mert bennük bizonyos vegyi anyagok még nem fejlődtek ki.

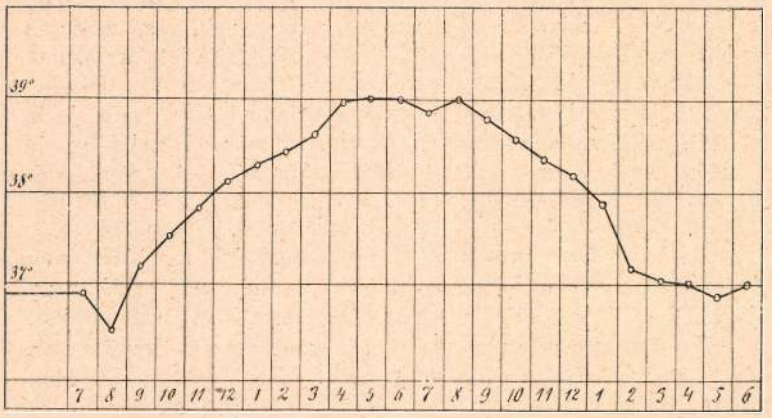
A vizsgálatoknak egyre előrehaladó behatósága még tovább menő nehézségeket is hozott felszinre, a mennyiben kiderült, hogy a saválló pseudotuberculosis-bacillusok még az állatkisérletekben is bizonyos körülmények között olyan gümőalakú képletek keletkezésére vezethetnek, melyeket még histologice sem lehet a valódi gümőtől megkülönböztetni.

Ezek a kételyek nem esnek nagy súlylyal a diagnosis mérlegébe olyan esetekben, a melyekben tapintható vesedaganat, a betegség lefolyásának tartósabb észlelése, esetleg más szervekben is kimutatható gümős megbetegedés irányzást nyujtanak. És itt felemlithetem, hogy ilyen irányzó tünetek mellett már 1883-ban, tehát alig egy évvel a gümőbacillusnak Koch Róbert által ismertetése után a vizeletbeni bakteriologikus lelet alapján lett megállapitva először klinikámon a vesetuberculosis egy betegen, kinek kórtörténetét, mint az irodalomban az elsők egyikét egykori hallgatóm s később tanársegédem, *Irsai* tanár úr ismertette az Orvosi Hetilap és a Wiener Med. Wochenschrift hasábjain. Az előttünk fekvő betegnél azonban sem tapintás, sem nyomás valamely számbavehető kórjelenséget nem nyujtott.

Ily körülmények közt szükségessé vált egy más újabbkori diagnostikai módszert igénybe venni: a tuberculin-befecskendezést. Igaz, hogy ez a befecskendés sem ad minden betegnél biz

tos felvilágositást. Kétségtelen, hogy vannak esetek, melyekben a tuberculosis jelenléte daczára az injectio szabályszerü alkalmazása sem hozza létre azon változást, a melyet tuberculin-reactionak nevezünk és vannak viszont olyan esetek, a melyekben az injectio után ezen változások fellépnek, noha a beteg nem tuberculotikus. Ezért ezen injectio helyes értékesítésének feltétele az, hogy az adott esetben meggyőződjünk előbb arról, nincsenek-e jelen más olyan betegségek, melyek fennállása mellett tapasztalat szerint a tuberculin ezen reactiót szintén létrehozza. A hatás jelentősége tehát nem feltétlenül biztos, csak közelebb jutunk általa a valósághoz.

Az injectiót április 22-dikén este megadtuk. Egy mgm. tuberculin lett befecskendezve és itt látható a hömérsékben beállott változást feltüntető görbe. Reggel 6 óra után, rövid idővel



egy kis esés után a hömérséklet kezdett emelkedni s délután 4 órakor elérte a maximumot; ezután megint egy kis ingadozással fokozatosan esett, s reggel 3 órakor a beteg láztalan volt. Ez a hőmenet olyan betegnél, ki az injectio előtt lázas nem volt, megfelel annak, a mit lázas reactionak nevezünk. De nem csak ennyiben maradt a dolog, hanem azt észleltük, a mit néha tuberculin-befecskendezés után tüdőbetegeknél észlelünk. Ugyanis, hogy ha kétes esetekben tuberculin injectiót teszünk olyan tüdőbetegeknél, kiknél gümőbacillusokat a köpetben kimutatni nem lehet, akkor azt látjuk, hogy beáll egy helybeli reactio, hyperaemia, sőt izzadmány is a tüdő bizonyos helyein, s ezek többnyire lappangó gümős tüdőgóczok; néhány nap mulva azután megjelennek a köpetben bakteriumok. Ez azt jelenti, hogy a helyi reactio hatása alatt a hörg- vagy tüdőszövet felületes rétegei leváltak és ez által mobilizáltattak az előbb beágyazva volt bacillusok. Ugyanez történt ennél a betegnél a vizelettel. Néhány nappal az injectio után a vizeletben oly bacillusok találtattak, a melyek nemcsak a Ziehl-Neelsen-féle carbolfuchsin-festésnél, hanem controll-festésnél is a gümőbacillusokkal megegyezőknek találtattak. A controllfestés abban áll, hogy a praeparatum utókezelésénél a sósav vagy chromsav a smegmabacillusokat elszinteleníti s ha most alkoholos methylenkékkel festjük meg a készítményt, a smegmabacillus azt felveszi, a gümőbacillus nem. A vizeletben kiürített bacillusok még abban is különböztek a smegmabacillustól, hogy a górcső alatt csoportokba halmozódva voltak láthatók. Ezekből már annyit meg lehetett állapítani, hogy a betegnek húgyszerveiben tuberculosis forog fenn. Azonban ismeretes, hogy a vizeletben kiürített gümőbacillusok nemcsak a veséből származhatnak, hanem a hólyagból, ureterekből, prostatából és ondóhólyagcsákból is s azért fontossággal bírt a tuberculinnak egy további hatása.

A tuberculin-befecskendés után tudniillik épen a vesére jellemző localis reactio mutatkozott, a mennyiben fájdalmak jelentkeztek a jobboldali horpasztájon, hasonlók azokhoz, a milyeneket gyengébb fokban a beteg azelőtt már érzett volt. Továbbá május 1-én, midőn a beteget vizsgáltuk volt, a vesét megnagyobbodottnak, jobban tapinthatónak találtuk. Ugyanígy találjuk ma is, ha a beteget hanyattfekvésben bimanuális vizsgálatnak vetjük alá, egyik kezünkkel a gerinczoszlop jobb oldalán a tizenkettedik borda alá nyulva, s midőn a mellső hasfal felől másik kezünk ujjaival ugyanazon tájék felé nyomást gyakorolva, a vesét érintjük: a mint önök látják, már a beteg arczkifejezése elárulja, hogy ez a nyomás neki élénk fájdalmat okoz.

A vizsgálati eljárásnak vázolt sorozata tehát kiderítette, hogy a beteg gümőkórban szenved, s azután azt is, hogy a gümős megbetegedés szinhelye a vese.

Ilyen jellemzetes kórismészeti viszonyokkal azonban nem minden esetben találkozunk; gyakoriak az olyanok esetek, a melyekben akkor, midőn elénk kerülnek, a kórjelek sorozata hézagos és homályos. Ilyenkor még más kórismészeti támpontokat kell keresni, a melyek néha az ilyen eseteket is képesek tisztázni.

A legújabb időben egy oly vizsgálati módszert szolgáltattak a tudományos vizsgálatok a diagnostikának, a mely az újkori felfedezések egyik legérdekesebbjével áll kapcsolatban, t. i. a *Gruber* és *Durham* által 1898-ban felfedezett specifikus serumagglutinatioval, a melyet ez alkalommal megemlíteni helyén van.

Az agglutinatio hatása oly módon nyilatkozik, hogy bizonyos bakteriumok hatása alatt a vérsavóban oly anyagok képződnek, a melyek ha ugyanazon bakteriumokat tartalmazó folyadékkal kevertetnek: a bakteriumok összetapadnak, és a folyadékban alásülyednek. Ennek megfelelőleg, a mint azt legelőször *Courmont* és *Arloing* kimutatták, ha folyékony közegben úszó gümőbakteriumokhoz gümős betegnek vérsavóját adjuk, akkor a bakteriumok összetapadva, a folyadék aljára sülyednek, tehát az elfogadott kifejezés szerint agglutinálódnak ép úgy, mint typhusos betegek vérsavója által hasonló eljárással a typhus bakteriumok.

A gümőbakteriumok agglutinatiojának kimutatását megkönnyítette a höchsti vegyészeti gyár, mely Koch módszere szerint gümőbacillusokat készletben tartható, száraz por alakjában állított elő, a mely egy-két hétig hatásos marad és az élő bakteriumokat helyettesítheti. Az eljárás az, hogy centrifugálás segélyével a betegek véréből serumot állítunk elő és azt a bakteriumokat tartalmazó folyadékkal úgy vegyítjük, hogy 10,000-szeres vagy még nagyobb higitást hozunk létre. Itt mutatok be önöknek két keskeny kémcsövet, a melyek tartalmát gümős beteg serumával kezelt höchsti gümőbakterium por képezi. A csövek alján látjuk a lecsapódott, agglutinált bakterium-testeket.

Ezen specifikus agglutináló hatás azonban szintén nem mindig bir biztos jelentőséggel. Egyrészről kiderült, hogy egyes más betegségben szenvedők seruma is agglutinálhatja a gümőbakteriumokat, habár csak nagy concentratioban és lassan; de viszont, hogy létező tuberculosisnál nem mindig áll be az agglutinatio, azt mutatják olyan esetek, a melyek nagyon előrehaladt és más jelekből biztosan felismerhető tüdővészesetekre vonatkoznak. A magyarázat Koch Robert szerint az, hogy a gümőbacillusok agglutinatiojánál úgy, mint a typhusbakteriumoknál is, a szervezetnek egy bizonyos energiája jut kifejezésre, a mely mutatkozik az agglutininek, valamint az alexinek keletkezésében. Az agglutininek a bakteriumok burkát mintegy felpuhítják és tapadóvá teszik, az alexinek pedig megölik. Előrehaladt, súlyos esetekben ezen anyagok úgy látszik nem képződnek, mivel a hanyatlott szervezet nem képes védőanyagot termelni.

Ha vesebetegeknél a tuberculosis más tünetek alapján biztossággal ki nem deríthető, úgy ezen eljárás szabályszerüen végrehajtva positiv eredmény esetében a diagnosis megállapításában jelentős szereppel bir, habár azon fokát a biztosságnak, a melylyel a typhusdiagnosisnál bir, eddig nem érte el.

Ha a gümős megbetegedés kérdése már tisztázva lett, akkor élesen kiemelkedik azon kérdés fontossága, vajjon a vesében székel-e a baj, és hogy egyedül abban, avagy más szervben is?

A kérdés igen nagy fontosságú, mert egész más eset forog fenn akkor, ha egyedül vesetuberculosissal állunk szemben és a beteget fenyegető halálveszedelmet, mely a tuberculosisból ered, a beteg vesével együtt műtét által eltávolíthatjuk; és egész másképáll a dolog, ha ép vesék mellett más szervek betegek, vagy ha a gümőkór a vesén kivül még más szervek is meg vannak támadva. Leggyakrabban a tüdő az, a mely a tuberculosis kérdésénél számba jön és így a beteg vizsgálata nincs befejezve a vese vizsgálatával.

Hogy hogyan ismerjük fel a tüdőtuberculosist, arról más esetek kapcsán elég gyakran szólottam, azért arra most nem fogok kitérni.

Van azonban egy másik szervi rendszer, melynek tuber-

culosisa szintén fontos, azonban az esetek egy részében igen nehezen állapítható meg.

Az előttünk fekvő betegnél az áll alatt néhány apró mirigy mutatható ki, melyeknek természetét nem lehet egész pontossággal megállapítani, hacsak nem histologiai vizsgálat alapján. Még nehezebb valamely adott esetben megállapítani, vajjon nem forog e fenn a bronchialis és mediastinalis mirigyek tuberculotikus megbetegedése?

Ezen kérdés eldöntésénél is egy új vizsgálati eljárásra támaszkodhatunk, a melynek tanulmányozását mintegy 10 év előtt kezdtem meg a klinikán, s a mennyire tudom, először én ismertettem.

Azok a tisztelt hallgatók, kik a klinikai szemléket figyelemmel kisérik, többször hallhatták fejtegetni, hogy a gerinczoszlop kopogtatása milyen fontos kórjelt szolgáltat bizonyos esetekben és különösen mediastinális daganatoknál. Az eljárás nehéz és gyakran legalább is annyi körültekintést kiván, mint a festett bakteriumok morphologiai megitélése, de hálás is, mert egyes esetekben határozott eredményt ad.

(Vége következik.)

A dongaláb súlyos alakjainak gyógyítása ékalakú resectioval.

Nyolcz operált eset kapcsán.

Irta: *Alapy Henrik* dr. egyetemi magántanár, a Bródy Adél-gyermekkórház sebészfőorvosa.[1]

A dongaláb gyógyítására tudvalevőleg igen számos segédeszközzel rendelkezünk. Mennél fiatalabb korban kerül a beteg gyógykezelés alá és, a mi ezzel csaknem egyértelmü, mennél kevésbé kifejlett és rögzített a dongaláb, annál enyhébb eszközökkel érünk czélt. Igy például egészen fiatal *csecsemők dongalábainak* gyógyításánál gyakran még kontentiv kötésre sincsen szükségünk; ezeknél massage-zsal, naponként 1—2-szer ismételt redressálással és vagy puha kötések, vagy különböző alakú sinek alkalmazásával néhány hónap alatt tökéletes gyógyulást lehet elérni.

Ez a kor, t. i. az élet első napjai, a legalkalmasabb időpont a kezelés megkezdésére: majdnem igazat kell adnunk *Sayre*nek, midőn azt mondja, hogy az orvos, ki a szülésnél segédkezett, először a szülőnőt lássa ugyan el, de ha világra hozott dongalábat konstatált az újszülöttön, ki ne lépjen a házból, míg ennek a gyógyítását meg nem kezdte. Ezt a talán kissé túlszigorú aphorismát — joggal — oda szoktuk módosítani, hogy egy-két héten át bevárjuk, vajjon a gyermek fejlődése szabályszerüen indul-e meg. Ha igen, akkor ez időpont elteltével a kezeléshez csakugyan azonnal hozzáfogunk, miáltal elérjük, a mit már fennebb említettem, hogy a ferdülést igen *enyhe és gyöngéd eljárással* tudjuk meggyógyítani.

Már más, erélyesebb módszerekre van szükség azoknál az *idősebb gyermekeknél*, kiknél a dongaláb gyógyítása a csecsemő korban részben a szülék indolentiája, részben — sajnos — az orvos tájékozatlansága folytán elmulasztatott. Ilyen esetben szintén sokféle eljáráshoz fordulhatunk. Van közöttük sok jó és czélravezető. *Csak egytől kell óva intenem: ez az úgynevezett orthopaed czipők és gépek használata.* Nem akarom azt állítani, hogy ezekkel gyógyulást nem lehetne elérni. A jól készített gépezettel, különösen a *Hessing*-félével, ha *folytonosan szakértő felügyelete alatt áll*, szintén lehet eredményt elérni. De ez a feltétel conditio sine qua non; mert a gépezetek és czipők a gyermek fejletlen lábán amúgy is rosszul állanak meg; ha most nincs szakértő, a ki naponként utána nézzen és a gépet jóformán naponként a gyermek lábához hozzáigazitsa, akkor az ilyen gépek, czipők haszna illusoriussá válik.

Már pedig épen azok a betegek, kik csak ily későn kerülnek gyógykezelés alá, nem szoktak olyanok lenni, a kikre az ilyen apparatusok kezelését reá lehetne bizni. És igy az eredmény az szokott lenni, a mint a poliklinikai gyakorlatban mindennap látjuk, hogy a lelkiismeretfurdalás hatása alatt a szülők rászánják magukat arra, hogy a gyermeknek egy többé-kevésbé költséges gépet vagy czipőt csináltassanak, karbantartásával azonban nem törődnek, a gép tönkre megy, másikat csináltatni se pénzük se kedvük, a vége a dolognak az, hogy a gyermek megjelenik a kórházi rendelésen rongyokká taposott készülékkel és félig gyógyult vagy teljesen gyógyulatlan dongalábbal.

Ezen okulva, én ilyen gyermeknek *gépet sohasem rendelek*, hanem a gyógyitásra legczélravezetőbbnek találtam és állandóan alkalmazom a Wolff-féle *étappeszerü gypskötéseket*. Ezt a módszert, ismertnek tételezve fel, részletesen leirni nem kivánom, csak konstatálni óhajtom, hogy ha a gyermeket eleinte hetenként, később két-három hetenként kellő kitartással, tudniillik hónapokon át van módunkban gyógykezelni a corrigáló gypskötések e módjával — akár ínmetszéssel, akár ínmetszés nélkül (a mint az eset megkivánja) — *tökéletes gyógyulást lehet elérni*. Egy hátránya mindenesetre van e módszernek, az, hogy a kezelést nagyban elősegítő massage-t és tornagyakorlatokat eleinte nélkülöznünk kell és csak akkor vehetjük igénybe, midőn a láb állása már teljesen ki van corrigálva, vagy a mi ennél még jobb, kissé túlcorrigálva, a midőn a gypskötéseket már elhagyhatjuk és a midőn *csupán a már elért eredmény állandósítására* hordatunk a gyermekkel egy lehetőleg egyszerü készüléket, a milyen például az egyszerü és olcsó *Scarpa* czipő is. Az ilyenkor még jó sokáig folytatott massage, torna, ellenállási mozgások stb. már azért is nagyon ajánlatosak, mert a kiújulásra való nagy hajlandóságot idejekorán észreveszszük és csirájában leküzdhetjük.

Egészen más megitélés alá esnek azonban azon *elavult esetek*, melyek mai előadásom tárgyát képezik. Nem kell az illetőnek egészen felnőtt egyénnek lennie, elég ha a gyermeket 4—5 éves koráig vagy nem kezelték, vagy hibásan kezelték, a midőn a csontok hibás állása és alakja a testsúly reánehezedése miatt annyira fokozódott, a csontok belső szerkezete a *Wolff* törvénye szerint annyira megváltozott és a dongaláb nagyfokban torzult alakja annyira rögzítődött, hogy az eddig említett eljárásokkal nem lehet gyógyulást elérni. Hiszen alkalmazzák igen számos esetben ilyenkor is vagy az étappe-kötéseket, vagy *König* meglehetősen brutalis eljárását, de az igen hosszadalmas, az orvosra nézve nagyon fáradságos és főleg a beteget a többször szükséges narcosis daczára is felettébb megkínzó módszereknek kedvező esetben is csak fél gyógyulás szokott az eredménye lenni.

Ez okból *ilyen esetek számára a véres mütétek vannak javalva*, melyek két nagy csoportba oszthatók. Ezek egyike a dongaláb homorú (belső) oldalán támadja a *lágyrészeket*. Ez a *Phelps* operatioja, mely a belbokától a talus nyakáig vezetett metszéssel nyiltan vágja át az összes megfeszülő lágyképleteket, nevezetesen a musculus tibialis posticus inát, azután az öregujjtávolitóját, a talpbőnyét a rövid és a hosszú hajlitót és a ligamentum deltoidest, a mi ha még mindig nem bizonyulna elengedőnek, még a talus nyakának átvésését, sőt a sarokcsontból ék kivésését is kell végezni.

A véres mütétek másik csoportja rendkivül számos változatban, melyeket itt felsorolni nem kivánok, *a dongaláb domború (külső) oldalát* támadja meg és különböző csontok vagy csontrészek eltávolitását czélozza. Legelterjedtebb közöttük két módszer, melyek egyike az ugrócsont kiizeléséből, másika a hátsó lábtőből alapjával kifelé vagy felfelé irányitott éknek kivéséséből áll.

A *Phelps*-féle módszerrel azért nem tudok megbarátkozni, mert hatalmas nyilt sebzést ejt, mely csak hetek multva várható gyógyulásáig nyiltan utókezelendő, úgy hogy az esetleges fertőzés ellen teljes biztosságot nem nyujt, semmiesetre sem olyan biztonságot, mint egy subcutan osteotomia.

Az *ugrócsont kiirtását* pedig azért nem gyakorlom, mert utána ideális lábalakot nyerni többé nem lehet. Tapasztalásból tudom, minők a járási eredmények a gümőkóros bokaizületi gyuladás gyógyulása után, ha ezt a *Kocher*-féle arthrektomiával értük el. Azt a kitünő áttekintést, melyet ez a mütét a bokaizületbe nyujt, csak akkor érjük el, ha az ugrócsontot kiirtjuk. Kiirtjuk még azon (nem gyakori) esetekben is, midőn egészséges. Csak ekkor tudjuk a gümőkóros izhártyát minden tasakjában hozzáférhetővé tenni, illetve kiirtani.

Ezt a mütétet igen szép gyógyulás szokta követni, azonban a gyógyulás után a járás mindig hiányos marad azon körülmény

[1] A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztályában 1904. deczember 13-dikán tartott előadás.

miatt hogy a bokák villája túlmélyen leszáll. A villa a sarokcsont két oldalát foglalja el, a láb alakját formátlanná teszi és míg a bőr a bokákon erősen meg nem vastagszik, még jó czipőben is folytonos decubitus-szal kell küzdeni. Jól tudom, hogy a dongalábas lábtő alakja nem ugyanaz, mint az ép lábé, hiszen egyik jellemző tulajdonsága, hogy a külső boka a sarokdudor közvetlen közeléig szállott le. Mindennek daczára mégsem tudom közömbösen tekinteni az ugrócsont teljes hiányát, különösen, ha ez a hiány elkerülhető.

Pedig elkerülhető.

Mindazoknak a műtéteknek, melyek *Lücke*, *Albert*, *Hueter*, *O. Weber*, *Davies Colly*, *R. Davy*, *Schede*, *Rydygier* nevéhez fűződnek és melyek a lábtő különböző helyeiből külső alappal biró éknek a kivésését czélozzák, az szokott az eredménye lenni, hogy kellő orthopaediai utókezelés után *ideális alakú lábakat* adnak. Az elavult dongaláb már magában véve rövidebb, mint az ép láb, az ékkimetszés valamivel még rövidebbé teszi, de ez tekintetbe sem jön a mellett az óriási előny mellett, hogy *az ékkimetszés után igen rövid idővel a legeltorzultabb lábat épalakú lábbá tudjuk változtatni.*

Ezt az eljárást gyakoroltam eddig nyolcz esetben és eredményeivel annyira meg vagyok elégedve, hogy a figyelmet reá szeretném terelni arra a körülményre, hogy ezt *a látszólag nagyon beható, alapjában véve mégis enyhe eljárást*, necsak a legextremebb esetek számára tartogassuk, hanem alkalmazzuk bizonyos körülmények között már a félsúlyos esetekben is.

A felsorolt nevek nagy számából bárki láthatja, hogy eszemben sincs a módszer számára eredetiséget vindikálni. Csak egyben különbözik eljárásom a fent nevezettekétől és ez az, hogy *egyáltalán nem törődöm vele, mely lábtő-csontok fognak a resecáló vész alá jutni*; majdnem azt mondanám, hogy legjobb, ha a műtét idejére elfelejti az ember a lábtőcsontok és izületek boncztanát. Csak arra vagyok tekintettel, hogy az ék alapját a legdomborúbb részlet képezze és az ék csúcsa a legkifejezettebb homorulat felé irányuljon.

A műtét a következő lefolyást veszi.

A műtőtér kellő megtisztogatása és a beteg elaltatása után a végtagot vértelenítjük. A láb külső szélére merőleges metszést a torzulás foka szerint 2—4 cm. hosszúra ejtjük. Rétegről rétegre praeparálunk a csontig, miközben az esetleg elénk kerülő inakat (peroneus tertius) kikészítve kampóval félrehuzatjuk és az átmetszéstől megkíméljük. A csonthártyát és az ízhártyát erős rövid pengéjű csontkéssel (nem raspatoriummal) készítjük vissza, míg a lábtő 2—3 cm. szélességben szabadon fekszik. A lábtő ez a része rendesen a sarokcsont elülső nyúlványa, a köbcsont és az ugrócsont feje szokott lenni, az eset szerint vagy az egyikből, vagy a másikból több vagy kevesebb. Most széles lapos vésővel (Mac-Ewen-vésővel) egy pár kalapácsütéssel olyan éket vágunk ki, melynek alapja a Chopart izületben való hajlás foka szerint $1^1/_2$—3 cm-t tesz ki. Ha szemmértékünk nem nagyon gyakorlott, akkor mindig előnyösebb előbb keskenyebb éket vésni ki és ha ez nem bizonyulna a correctiohoz elegendőnek, akkor vésni utána egy-egy szeletet az elülső vagy a hátsó sebfelületből, esetleg mind a kettőből. Ha most a sebfelületeket összeillesztjük, akkor többnyire azt szoktuk érezni, hogy a teljes correctionak még akadályai vannak és ez csak akkor válik lehetségessé, ha az ékresectiohoz még egymásután hozzáfűzzük az Achilles-ín, a talpbönye és az ujj hajlítók böralatti átmetszését. Ha ez megtörtént, akkor igen kis ellenállás leküzdése mellett lehetségessé válik a lábat korrigált sőt túlkorrigált helyzetbe hozni. Most két rétegben egyesítjük először a csonthártyát (illetve ízhártyát), azután a bőr sebét és egy keskeny steril gazecsíknak a sebvonalra helyezése után a lábat *túlkorrigált helyzetében* gypskötéssel rögzítjük, a seb felett ablakot vágunk, kissé nyomó kötést helyezünk reá és csak most távolítjuk el a czombról az Esmarch-pólyát.

A lefolyás meglepően sima és fájdalmatlan szokott lenni. Míg a forcirozott redressio után napokon át nagy fájdalom kínozza a beteget, addig a leirt műtét után csak némely esetben van jelen pár óra hosszáig tartó jelentéktelen fájdalom. *Még eddig nem láttam esetet, melyben a gyermekek a műtétet követő napon teljesen jó kedvűek és vidámak ne lettek volna.*

Mind a nyolcz esetem *per primam* gyógyult; a mi természetes is, mert bármily nagynak látszik is leirásra a beavatkozás, az mégis alig bir más jelentőséggel, mint egy böralatti osteotomia. A sebbel ugyanis mindössze 4—5 műszer jut érintkezésbe és egy pár törlő, melyeket az ápolónő keztyüs kézzel nyujt, a műtő és segédje azonban *gondosan óvakodik attól, hogy bármennyire tisztára mosott kezével a sebhez hozzányúljon*, a mire különben semmi szükség sincs. A seb bevarrása után a sebzés alig különbözik például a Mac-Ewen-féle osteotomia sebétől, melynek elgenyedése tudvalevőleg elenyészően ritka eset.

Két-három hét elteltével, miután a varratokat már előbb kiszedtük és a seb per priman begyógyult, vagy erre az első alkalommal vékonyra készített gypskötésre helyezünk még egy pár réteget, vagy újabb gypskötést készítünk és ezt látjuk el vastag gyps-talppal, mire *a betegnek a járást nemcsak megengedjük, hanem ajánljuk is.* A kiújulásra való hajlam miatt czélszerű, ha a beteg több hónapon át jár hasonló gypskötésben. Ezzel mindenesetre elérjük azt, hogy a beteg lábformája annyira meg van javítva, hogy talpára lépve tud járni. Szegénysorsú szülők gyermekeinél gyakran nem is tudunk egyebet elérni — bár ez már magában véve is nagy eredmény —, miután a szükséges *orthopaediai utókezelésre* nem kaphatók. A hol azonban ez módunkban van, ott ez utókezelést okvetlenül *hosszú időn át kell folytatni.* Mert nem szabad azt gondolnunk, hogy ha helyes alakú és talpra lépő lábat formáltunk, ezzel már teljes gyógyulást értünk el. A gyógyulás csak akkor válik teljessé, ha az egyén lábát maga képes mozgatni, különösen active pronálni, ha képes lábujjhegyre állani, a sarok felemelése nélkül leguggolni stb. Ezt pedig csak akkor érjük el, ha a forma helyreállítása után hosszabb, néha egy éven át tartó orthopaediai utókezelést alkalmazunk, mely fürösztésből, massageból, passiv mozgatásokból, ellenállás ellen gyakorolt mozgásokból és torna alkalmazásából kell hogy álljon. Bár régebbi eseteimet nem láttam viszont, benyomásom mégis az, hogy *erre az utókezelésre az ékalakú resectio után rövidebb ideig van szükség, mint azon enyhébb esetekben, melyekben a láb formáját étappekötésekkel állítjuk helyre.*

Eseteim között két *hüdéses dongaláb* is volt. Bár tudjuk, hogy a bénult dongalábnak nemcsak keletkezési módja, de anatomiája is más, mint a világra hozott dongalábé, a dolog mégis úgy áll, hogy midőn az illető már évek óta járt félig bénult lábán, és a dongaláb a már fentebb említett statikai átalakuláson ment át, akkor már annyira hasonlít a veleszületett dongalábhoz, hogy ha a kórelőzményt nem ismernénk, bajosan volnánk képesek megkülönböztetni egymástól a két alakot.

Első esetemben is bénult dongalóláb, melynél az enyhébb eljárásokról már eleve lehetett tudni, hogy sikerre nem vezetnek, kényszerített az ékalakú resectiora.

1. *W. Pista*, 13 éves, felvétetett 1903. október 3-dikán. Két éves korában lázas betegségben szenvedett, mely idő óta a bal lábára sántít. Szülei leirásából azt kell következtetni, hogy másuti achillotenotomiát és a talpbönye átmetszését végezték már a betegség elég korai stadiumában. Azóta egész felvételéig füzős gépczipőben járt. A bal alszár és láb jelentékenyen lesoványodott, a láb kisebb, a támaszkodó felületet a külboka és talp közötti felszin képezi. Legfeltünőbb torzulása a lábnak a Chopart-féle izületben való behajlása, mely oly nagyfokú, hogy a lábközép a lábtővel 90° szöget képez, és a lábcsúcs a másik láb belbokája felé néz.

A külboka táján galambtojásnyi bőrkeményedés, melyet a rosszul alkalmazott gép idézett elő. A láb oly merev, hogy alakján a nagyobb erővel megkisértett egyenesítési kisérletek is alig változtattak valamit.

Műtét október 5-dikén. A narcosisban végzett redressáló kisérletek sem változtatták meg szót érdemlőleg a torzult állást. A supinatiót félig meddig sikerült kiegyenlíteni, de a Chopart-izületben való elhajlást a talpbönye átmetszése után sem lehetett kiegyenesíteni, még megközelítőleg sem. Ékkivésés a sarokcsont elülső nyúlványából és az ugrócsontból. Két cm. alappal biró ék kivésése után a redressálás könnyen sikerült, úgy hogy egészen rendes formájú láb keletkezett. Varrat. Gypskötés túlkorrigált helyzetben.

Gyógyulás per primam. Másnap a fiúnak már semmi fájdalma nem volt. Október 16-dikán járó-gypskötésben bocsátottuk

el. Midőn körülbelül 3 hónapi viselés után kötését levetette, teljesen talpra lépve, jól tudott járni. Néhány héttel később, midőn újra jelentkezett (ez időn át közönséges czipőben járt), a hibás helyzet kiújulásának kezdő tünetei mutatkoztak, miért is az utókezelés folytatását ajánlottuk, melyre azonban a fiú nem jelentkezett. Az eredmény tehát ebben az esetben az utókezelés túlságosan rövid volta miatt nem teljes. Azonban jelenleg is, bár körülbelül egy év óta jár közönséges czipőben, talpára lép, csak a láb ivelése kifejezettebb s némi adductio mutatkozik. (Bemutatás.)

(Folytatása következik.)

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

A zsírszövetnekrosisról.[1]

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

(Folytatás.)

IV. G. I., 26 éves, varrónő, Pápáról. Gyermekkori betegségeire nem emlékszik. Öt év előtt szült, menstruatioja mindig rendes volt. Jelen bajáig soha komolyabb betegségben nem szenvedett, csak újabb időben van gyakrabban székrekedése.

1903. deczember 16-dikán este hirtelen kirázta a hideg, majd hányni kezdett s hasában borzasztó fájdalmak keletkeztek, melyek eleinte diffusak voltak, később azonban csak az ileocoecalis tájra szorítkoztak. Hasa megpuffadt, sem szék, sem szelek nem mentek, s e mellett folyton hányt.

Beöntésre széke, szelei elindultak, hányása is megszünt, de láza, fájdalmai nem s ezért orvosa utasítására a szt. István-kórházba jött, hol *Herczel* tanár osztályára vétetett fel 1903. deczember 23-dikán.

Felvételkor az igen elesett nő arcza fakó halvány, nyelve erősen bevont, meglehetősen száraz; tüdők felett kopogtatási eltérés nincs, csekély diffus hurut; szívtompulat normális, szívhangok gyengék, tompák.

A has meglehetősen puffadt, kissé feszes tapintatú, kopogtatási hangja az ileocoecalis táj kivételével mindenütt éles dobos; máj és lép nem tapinthatók, tompulatuk normális.

A jobb hypogastriumban a kopogtatási hang egy körülbelül tenyérnyi területen tompa s ugyanitt egy kemény resistentiát érzünk, mely nyomásra szerfelett érzékeny. Ezen terület lefelé a Poupart-szalagig ér, felfelé két ujjal a bordaív alatt végződik; külső határa a mellső hónaljvonalban, a belső a mammillaris és parasternal vonalak közt húzott egyenesbe esik.

Vaginalis, rectalis exploratio, valamint a vizeletvizsgálat is normális viszonyokat tüntet fel.

Hőmérsék felvételkor (délelőtt 10 órakor) 38·9°, pulsus 132. A beteg kissé somnolens és soporosus.

A bántalom fellépési módja, az érzékenység, a tompulat és a resistentia helye genyes appendicitis felvételére utalt s a magas hőmérsék, szapora pulsus, nagy elesettség s az intoxicatiós tünetként felfogott sopor és somnolentia azonnali műtétet indicált, ezért a beteget még a felvétel napján Herczel tanár megbizásából megoperáltam.

A Schleich-féle anaesthesiával végzett műtétnél a Poupart-szalaggal párhuzamosan hatoltam be, majd tompán szétfejtve az izmokat, már a praeperitonealis zsírszövetben igen sajátszerű változások tüntek fel. A normális zsírlebenyek közt ugyanis helyenként sötétebb sárga, másutt egész fekete, csak egyes sárga petytyekkel tarkázott képletek foglaltak helyet, melyek consistentiája kenőcsszerű volt, s mely helyeken a zsírszövet szakadékonyságával és vérzékenységével tünt ki. Hátrafelé a csípőtányér irányában ezek a helyek mind számosabbak lettek s retrocoecalisan a zsírszövet túlnyomó többsége ilyen természetű volt. A peritoneumból punctiora egyik helyütt tiszta sárgás savó, majd egy másikon zavaros, kissé véres savó ürül; e helyen megnyitjuk a hasüreget s itt a praeperitonealishoz hasonló külemű, igen szakadékony, mállékony, kenőcsszerűen elmázolható zsírszövetre bukkanunk; ezenkivül egy bélrészlet is feküdt elül, részben a nekrotikus zsírmassával körülvéve, részben a peritoneum parietalehez odatapadva. E bélkacs a hasür megnyitása közben kissé megsérült, a kis nyilást azonnal két sor varrattal elzárjuk s úgy az intra-, mint az extraperitonealis üreget bőven tamponáljuk.

A műtéti lelet alapján a betegnél az intra- és retroperitonealis zsírszövet elhalását kellett felvennünk s a kivett zsírdarabok szövettani vizsgálata, melyet *Genersich* tanár végzett, e diagnosist megerősítette. Az általa megállapított szövettani lelet a következő:

A szennyesszürkés, bomlatag szövettörmelékekből készült metszeteken kitünik, hogy azok jórészt zsírlebenykékből állanak. A nagy zsírsejtek között levő kevés kötőszövet szerfelett erősen gömbsejtesen és vérzésesen beszürődött, a gömbsejtek legnagyobbrészt mononuclearisok, de azért bőven vannak köztük polynuclearis leucocyták is. A zsírsejteket egy-egy nagy zsírcsepp tölti ki, a sejt magja egészen félre van tolva. A mag körül kevés, finoman szemcsézett protoplasma látható. Ezen zsírlebenyek között elvétve kisebb-nagyobb lebenyek vannak, melyek gyenge nagyítással megtekintve egészen egynemüek, magfestést nem mutatnak, a sejtek határa is bajosan ismerhető fel. A zsírsejtek maguk pedig egész pázsitokat alkotó tüalakú jegeczekkel vannak kitöltve (zsírjegeczek).

Bár a gömbsejtes beszürődés egészen elmosódott határú, legkifejezettebb mégis ezen fakó lebenyek körül. Míg a szövetdarabkák fakó részei az épen leirt szerkezetet mutatják, addig a szennyes feketés részek csupa zsíralvadékból állanak, mely töméntelen nagy mennyiségü tüalakú barnás jegeczczel van megrakva; ezek hol egyenként álló tüket, hol kéve- vagy kométaalakú jegeczcsoportulatokat alkotnak.

Diagnosis: *Necrosis textus adiposi (omenti) cum subsequente inflammatione.*

A műtét után a beteg állapota még hosszú ideig igen súlyos volt; állandóan igen frequens, 130—140 közt járó s e mellett kicsi pulsus, s igen magas, esténként rendszerint 39-ig emelkedő hőmérsék, nagy elesettség s a hőemelkedéssel sajátszerü contrastot képező fakóhalvány arczszín állottak fenn; a bélpassage beöntésekkel, glycerinklysmákkal elég jól fenn volt tartható.

Ezen állapot körülbelül január végéig tartott; a sebből ezenközben igen nagy mennyiségben ürültek rendkivül büzös zsírsequesterek; hogy ezeknek s az általuk fenntartott bő és igen büzös secretionak szabadabb lefolyást biztositsunk, január 5-dikén a lumbalis tájon contraincisiót végeztünk, s a sebből mintegy kétmarokra való penetrans büzü, fekete zsírczafatot távolitottunk el.

Ennek kivétele után az ureter mintegy 15 cm.-nyi hosszban mint szabaddá praeparált, a sebüregen át húrszerüleg kifeszülő köteg állott előttünk. A zsírczafatok eltávolítása, bő tamponád, öblités, gyakori kötözés azonban nem birta leszállitani a lázakat; az esti hőmérsékek ezután is 39·2—38·7 közt ingadoztak, a beteg elesettsége, gyengesége, pulsusának szapora volta sokszor ijesztő volt, néha peritonealis izgalom jelenségei: hányás, haspuffadás, szélrekedés, máskor a sebüregben részben kötözésnél, részben spontan előálló bő parenchymás vérzés (igen erős ilyen vérzés volt január 19-dikén) súlyosbitották a kórképet, úgy hogy a beteg élete sokszor egy hajszálon függött és sokszor felhagytunk gyógyulásának reményével.

Január vége felé kezdett állapota jobbra fordulni, az esti hőemelkedések 38·1—38·3, pulsusa javult, jobban táplálkozott, s a secretio csökkent, bár igen büzös maradt.

Február 1-jén távozott az utolsó nekrotikus zsírczafat, ettől kezdve a váladék csökkent, a hőmérsék normális lett, február 3-dikán a lumbalis táj felé vezető draint el lehetett már távolitani; hydrogenhyperoxyd-öblitésekre a váladék elvesztette büzét. Február 8-dikára a lumbalis seb behegedt, a teljesen láztalanná lett beteg rohamosan összeszedte magát, február 18-dikán felkelt s miután február 25-dikén a közkórházi orvostársulat ülésén bemutattatott, márczius 2-dikán egy kis lencsényi sarjfelülettel elhagyta a kórházat teljesen jó erőbeli állapotban és teljes egészség érzetében. A műtét nyomán maradt heg mélyen behúzódó, s a bőr direct a csípőtányérra tapad. Herniának nyoma sincs, a hasban semmiféle érzékenység nem mutatható ki. Mint levélbeli értesitéséből tudjuk, a kórházból való távozása ótá is változatlan jó egészségnek örvend.

Említettük a felvételi statusban, hogy a vizelet normális volt; többszöri vizsgálattal sem birtunk benne czukrot kimutatni, s a vizelet napi mennyisége január 2-dika és február 13-dika

közt 650—1600, fajsúlya 1004—1016 közt ingadozott; többnyire azonban 900—1000 gm., fajsúlya 1010 volt. Január 15-dikén a betegnek 100 gm. szőlőczukrot adtunk, 2 órával ennek bevétele után 1·5% czukor volt kimutatható, 3 órával utóbb a czukor már csak nyomokban volt jelen. A február 23-dikán megismételt hasonló kisérletnél alimentaer glycosuria nem volt kimutatható.

Steatorrhoeát, a székletétnek zsírban való bőségét, daczára, hogy direct ennek előidézése czéljából zsírban dús táplálékot nyujtottunk a betegnek, nem birtunk kimutatni.

V. G. P., 63 éves, napszámos neje. Jelen bajáig mindig egészséges volt. 1904. év október 7-dikén délben hirtelen nagy fájdalmak támadtak hasában, és ennek jobb oldalán daganat keletkezett; bajának kezdetén hányt, hányadéka epés színezetü volt. Széke, szelei eleinte nem voltak, azonban egy héttel utóbb széke elindult és állítólag néhányszor szelei is mentek. A mióta beteg, állandóan lázas; orvosa ez ellen porokat rendelt; ezek bevétele után október 14-dikén egész testén vörös kiütések keletkeztek. Ezen idő óta vizelni sem tud.

A beteg október 15-dikén Székács főorvos szt. István-kórházi osztályára vétette fel magát. Ekkor hőmérséke 38·9°, pulsusa 140; a nő igen elesett, hány, hasa jobb oldalában egy emberfejnyi, mozgathatlan, befelé és lefelé domborodó convexitással biró daganat tapintható, mely nyomásra igen fájdalmas; a hólyag csapoláskor üres; az egész hason, farpofákon, háton, alsó végtagokon scarlatiniform küteg (antipyrinexanthema).

A jobboldalt tapintható daganat formája vesére emlékeztető volt; e körülmény összevetve a lázzal és az anuriával első pillanatban azt a gondolatot keltette, hogy köves eredetü pyonephrosissal állunk szemben; másfelől a daganatnak peritonealis tünetekkel való kezdete, előző görcsök hiánya egy appendicitises retrocoecalis tályogra engedett gyanakodni. Mindenesetre mütéti beavatkozásról közvetlenül felvétele után már nemcsak a kórkép tisztázatlan volta miatt, hanem a beteg igen rossz erőbeli állapota miatt sem lehetett szó.

A következő napok alatt a beteg állapota valamennyire javult, a mennyiben vizelete elindult s ekkor kiderült, hogy a vizelet alkalikus, de sem genyet, sem fehérjét nem tartalmaz. Hasmenés naponta 3—4-szer; egy izben erősen zsíros székletét észleltetett; véres széke sohasem volt. Hőmenete koronként 38·2—38·4 ig emelkedő, de némely napon át csak 37·4—37·7 ig megy, igen szabálytalan.

A tumor alakja is megváltozott, a mennyiben befelé a köldöktájon harántirányban haladó karvastagságú nyulványt képez, míg aláfelé convex domborulata inkább elmosódott.

Majd jobboldali pleuralis exsudatumot lehetett constatálni a betegnél, melyből punctiora kissé zavaros sárga savó ürült.

Praevaleált azonban állandóan a kórképben a beteg nagy gyengesége, elesettsége; ennek fokozódása, valamint a folytonos lázas állapot indikálták a sebészi beavatkozást s ezért tétetett át 1904. október 27-dikén reggel Herczel tanár osztályára a következő állapotban:

Igen elesett nő, hőmérsék 38·3, P. 128, Resp. 40, felületes, costalis jellegü. Nyelv bevont, száraz. Halványpiros küteg a hason, háton, farpofákon; a keresztcsont felett tenyérnyi decubitus. A mellkas alsó része tágult s igy megy át a hordószerüen puffadt hasba. A szivtompulat kissé felfelé tolt s harántirányban megnagyobbodott, különben normális A tüdő t. é. n. d. kopogtatási hangjának alsó határa a IV. borda a parasternalis vonalban s innen horizontalisan megy hátra, míg a scapula csúcsát el nem éri; próbapunctio azonban most negativ.

A bal tüdő felett hangos sejtes légzés, jobboldalt hasonló, csak hátul a tompulati zóna felső határán kissé hörgi jellegü; elszórtan néhány száraz szörtyzörej, sipolás hallható.

A has erősen puffadt, különösen jobboldalt, mely oldal a légzési mozgásokban is kevésbbé vesz részt; az epigastrium is feltünően elődomborodó. A has jobb felét egy emberfejnyi, nagyobbrészt sima felületü, a lumbalis tájra kifejezetten átfluktuáló terimenagyobbodás foglalja el, mely a jobb bordaiv alatti és a lumbalis tájat teljesen kitölti, lefelé a Poupart-szalagig terjed, ezt körülbelül 3 ujjal a középvonaltól kifelé szelvén, felfelé a bordaív alatt tünik el és pedig úgy, hogy ezt körülbelül a bimbóvonaltól egy ujjnyira befelé metszi; a mesogastriumba a tumor egy körülbelül karvastagságú folytatást küld, mely azonban már nem oly élesen tapintható, mint a daganat többi részlete s mely a középvonalat egész a bal parasternalvonal meghosszabbításáig túlhaladja.

A terimenagyobbodás mellső fele felett egy a bimbóvonal meghosszabbításában fekvő, erősen befelé concav vonalig dobos a kopogtatási hang; felfelé a terimenagyobbodás tompa hangja a májtompulattal folyik egybe, mely általában a bordaív szélét követi.

Vaginalis vizsgálat: uterus retroflexioban, de mozgékony, a daganat a genitaliákkal nem függ össze.

A diagnosis megállapításánál a vesedaganat felvételét mindjárt eleinte el kellett ejteni, a mennyiben a daganat formaváltozása, a vizelet normális volta ezen suppositiót megdöntötték; felmerült egy pillanatra az a gondolat is, vajjon nem béldaganattal, talán intussusceptio által okozottal állunk-e szemben, azonban a daganat nagysága, átballottálhatósága a lumbalis tájra, a véres székletét hiánya ezen felvételnek is ellene mondottak. Azért első sorban egy retrocoecalis elhelyezésü appendicularis tályogra gondoltunk; a második eshetőség, melyet feltételeztünk s melyet főkép a mesogastriumban tapintható tumor, mely appendicitisnél mégsem szokott előfordulni, engedett sejtetni, az volt, hogy pankreas zsírnekrosissal állunk szemben, mely, mint a IV. esetben láttuk, a jobb csípőtányér és a vese körüli zsírszövetre terjedt át.

De ezen kórkép nagy ritkasága miatt direct erre tenni a diagnosist nem lehetett, bár a mesogastriumbeli tumor, mint újolag hangsúlyozzuk, igen biztató támpontul szolgált erre. Appendicitis ellen szólt az is, hogy a lumbalis tájon megejtett próbapunctio negativ volt a kifejezett fluctuatio daczára, a miből arra lehetett volna következtetni, hogy e fluctuatiót nem közönséges geny adja, a mi újabb támasza lett volna a zsírszövetnekrosis felvételének.

Appendicitis retrocoecalis, esetleg zsírszövetnekrosis diagnosissal láttunk a műtéthez azonnal, miután a beteg osztályunkra került, október 27-dikén.

A mütétet *Herczel* tanár végezte Sudeck-féle aetherbódításban 15 cm. hosszú, ferde lumbalis metszéssel hatolt be a daganat legnagyobb domborúsága felett, a metszést a Poupart-szalag külső és középső harmada határáig folytatva. A praeperitonealis és vesekörüli zsírszövetbe jutván láttuk, hogy az világosbarna, szakadékony, kenőcsszerü consistentiájú zsírtömeggé alakult és az igy elváltozott zsírszövet lebenyei közt barnásszürke folyadék foglal helyet; az egyes zsírdarabokon több helyütt fehér, pontszerü pettyek vannak. A zsírszövet ezen elváltozása egész a gerinczoszlopig terjed, elöfelé pedig, a meddig csak a praeperitonealis zsírszövetbe ellátunk. A beteg a mütét alatt igen collabált, ezért a mütétet gyorsan befejezzük. Bő tamponád, kötés. Kámforinjectio, konyhasó-infusio.

A beteg a délután folyamán kissé magához tért, pulsusa azonban igen gyenge, 140; következő nap 40 2°-ra emelkedik a hőmérsék, 150 pulsus, és folytonos rohamos gyengülés után október 28-dikán este meghalt.

A *Genersich* tanár által végzett bonczolás a következőket mutatta ki:

A hulla kisebb termetü, mérsékelten táplált; a jobb lumbalis tájon a csípőtaraj felett 1½ ujjnyira harántirányú seb van, mely a colon ascendens mögé vezet. A nagy hasürben és a kismedenczében vagy 200 cm³ sárgásbarna, borsólészerü, nem bélsárszagú folyadék. A vakbél a hasfalhoz és a csípővájulathoz odatapadt és csak leválasztása után tünik elő a féregnyújtvány, mely a vakbélhez néhány szálaggal oda volt nőve. Egyes vékonybélkacsok egymással, mások a fodor tövével, a mesocolon ascendenssel, illetve descendenssel összenőttek; szétbontásuknál kevés sürü, sárgásbarnás folyadék lesz szabaddá, a melyben tömött, de könnyen szétnyomható fehéres czafattömegek vagy köles-lencsényi pépes, lapos fehér testecskék vannak. A mesenterium tövén a belek odatapadása helyén baloldalt a savós hártya néhány-lencse-babnyi és két tallérnyi anyaghiányt mutat, melyeknek terü letén a zsírszövet sürü, sárgásbarnás nedvvel át van ivódva és czafrangosan szétbomolva. A czafrangok közt több mákszem-borsónyi, fehéres, pépesen szétnyomható lemez van. A ligamentum

gastrocolicum közepe táján egy féltenyérnyi, szintén barnás lével átivódott, ellágyult terület van, melyben hol gyérebben, hol sürübben elhintett köles-borsónyi fehéres foltok láthatók.

A jobb vese körüli kötőszövet, valamint a colon ascendens körüli kötőszövet barnás lével átivódott, mely a rekesz közelében több helyt okkersárga. A zsírszövetben magában nagyon sok, sürün elhintett fehér folt van, melyek helyenként akár lóbabnyi lemezekké összefolynak; legvastagabban van beszürödve a vesemögötti kötőszövet, egész fel a rekeszig, és itt legnagyobbrészt okkersárga, zavaros nedv hatja át a fehéres pettyekkel sürün behintett, szétfoszladozott zsírszövetet. Ugyanilyenformán átivódott a periportalis kötőszövet jobboldalt, továbbá az epehólyag nyaka és a hozzánött duodenum savós hártyája alatti zsírszövet is. E tájon is a nedv okkersárga. A jobb májlebeny alsó felszinén epesárgán elszineződött rostonyás lepedék van, mely a colon transversumot és a flexura hepaticát odatapasztja.

A retrococcalis kötőszövetből a barnásszínü lével való átivódás a hashártya mögötti kötőszövetben a jobb csipővájulat egész területén folytatódik s a zsírszövet itt is hol gyérebben, hol sürübben elhintett, köles-lencsényi, pépszerüen szétnyomható fehér lemezkéket tartalmaz. A bal vese körüli zsírszövet az alsó felnek megfelelően mellül 3—5 cm. vastagságban barnás, részben okkersárga nedvvel átivódott s ellágyult; itt csak kevés fehér lemez van.

A pankreas szélein a körötte levő zsírszövetben gyéren elszórt fehéres góczocskák vannak legsürübben a farka mellett; a *hasnyálmirigy maga vékony, halványvörös, mirigylebenykéi mindenütt jól kivehetők, fehéres szemcsék nem láthatók benne.* A ductus pankreaticus mindvégig középtág, benne szürkés nyák. A hasnyálmirigy teste mögött közel a fejhez a zsírszövet egy fillérnyi terjedelemben sárgás-barna, levesesen átivódott.

A lépütér legnagyobbrészt meszes, merev csővé van átalakulva, a lép sorvadt.

A vesék kissé duzzadtak, petyhüdtek, szakadékonyak, tokjuk elég könnyen levonható. Vesemedenczék kissé tágak.

A jobb vese zsírtokja akár 2 cm. vastagságban részint barnás, részint okkersárga vagy akár kifejezetten epés színü lével beszürödött, számos fehér nekrotikus góczczal; a vese kapuja mellett egy diónyi sötétbarna részlet van, melyben azonban szintén megkülönböztethetők fehér foltok.

A duodenumban kevés világossárga nyák, nyákhártya duzzadt és belövelt. A pylorus alatt egy ujjnyira egy koronányi kerek fekély van a jobb falon, melynek alapját egyrészt a lobus quadratus, másrészt az epehólyag fala képezi. A fekély szélei az említett szervekhez odanőttek ugyan, de némi vongálásra leválnak. A pylorus magasságában egy borsónyi és egy mandolányi, sima alapú, ovalis nyálkahártyahiány van. A pylorus alatt 11 cm.-re még két borsónyi kerek fekély látszik.

A tág gyomorban vagy 160 cm^3-nyi, gyengén sárgán színezett, csak kissé savi nyákos folyadék és sok levegő. A ductus choledochus középtág, nyálkahártyája mindenütt sima, nyomásra világossárga epe ürül belőle a bél felé. Az epehólyagban vagy 50 cm^3 színtelen, híg, kissé nyákos folyadék és számos köles-borsónyi, szegletes, fehér felületü kő. A ductus cysticusban is néhány apró kő.

A máj középnagy, jobb lebeny a rekeszszel több vékony szálag által összenött. A vena cava körüli kötőszövet akár $^1/_2$ cm. vastagságban sárgásbarna lével átivódott és pépes, fehér lemezkéket tartalmaz. A nagy cseplesz nem igen tartalmaz fehér góczokat. A fodorban csakis a már említett helyeken vannak nekrotikus és levesesen átivódott részletek, a hol t. i. a belek oda voltak nőve.

A mellürben jobboldalt vagy 200 cm^3-nyi, sárgásbarna, gyengén savi, genyszerü folyadék foglal helyet, mely a felső tüdőlebeny odatapadása folytán alófelé el van tokolva. A mellhártya 1—2 mm. vastag sárgás rostonyával bevont, az alsó lebeny is össze van nyomva. A mellső gátorbeli zsírszövet akár 2 cm.-nyi vastag és mindvégig sárgásbarna genyszerü nedvvel van átivódva, s a mellett szintén számos fehér lemezt tartalmaz. E változás egészen a jobb tüdő kapujáig folytatódik. A bal tüdőben nincs változás. A szív sorvadt.

A hashártya alatti zsírszövetet átitató nedv mindenütt savi vegyhatású.

Diagnosis: Nekrosis textus adiposi peripankreatici, mesenterii, mesocoli, subperitonealis, perirenalis lat. utriusque praecipue dextri, textus adiposi subperitonealis, fossae iliacae dextrae. Peritonitis. Nekrosis textus adiposi mediastini cum pleuritide purulenta lat. dextri et compressione lobi inferioris pulmonis dextri.

Ulcus rotundum duodeni, vesicae felleae et lobo quadrangulari hepatis accretum, ulcera parvula duodeni altera. Anaemia universalis.

VI. P. A., 24 éves, kubikos.

Jelen bajáig teljesen egészséges volt. 1903 deczemberben egy este nehéz súly emelése után hirtelen úgy érezte, mintha köldöke táján valami megszakadt volna benne, s itt hasa hirtelen megkeményedett. Rögtön lefeküdt, következő nap felkelt, de hasában nagy fájdalmai voltak, úgy ismét hogy le kellett feküdnie s azóta állandóan beteg. Kezdetben hasa erősen megpuffadt, e puffadás körülbelül 6 hétig tartott. Széke, szelei mindig mentek s nem hányt. Hasa köldöke felett oly fájdalmas volt, hogy hozzá sem lehetett érni.

A puffadás elmultával a fájdalmasság e helyen továbbra is fennállott, s köldöke felett egy kemény daganat képződött, mely 12 héttel a bántalom kezdete után „meggyült", s orvosa ekkor felvágta. Ezt megelőzőleg körülbelül 2 hétig lázas is volt, s a láz a megnyitás után is még körülbelül 2 hétig tartott.

A tályogból bő sárgás geny ürült, de egyes kásaszemnyi „kékes" kerek csomók is távoztak.

Orvosa, ki a beteget odahaza operálta, a geny minőségéről felvilágositást nem adott.

Mivel sebe folyton folyt, daganata és fájdalmai fennállottak. 1904. április 1-jén *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályára vétette fel magát a következő jelenállapottal:

Halvány, lesoványodott férfi mellkasi szervei épek. Az epigastrium erősen elődomborodó. A köldök felett a bőr piros, s itt egy lencsényi lyukon keresztül kevés, sürü sárga geny ürül. A sipolynyiláson át a sonda körülbelül 15 cm. mélyen megy be a hasürbe. Az epigastrium elődomborodó helyén egy kökemény terimenagyobbodás foglal helyet, mely meglehetősen éles határú, oldalsó szélei a jobb mammillaris és a bal axillaris vonalak meghosszabbításában feküsznek, alsó határa pedig 1 ujjal a köldök alatt foglal helyet; felette a kopogtatási hang tompult dobos, csak baloldalt egy körülbelül gyermektenyérnyi, a bordaív alatt helyet foglaló területen absolute tompa; e tompulat a IX. és X. bordák közt helyet foglaló léptompulattól élesen elkülöníthető; a májtompulat alsó határa egy ujjal a bordaív felett, felső határa a II. borda mentén foglal helyet.

Egyébként a hasüregben sem tapintásra, sem kopogtatásra eltérés nem mutatható ki; vizeletben abnormalis alkatrészek nincsenek.

A diagnosist ily körülmények közt pankreas körüli tályogra, mely a hasfalon áttört, tettük.

Ezen diagnosis alapján 1904. április 5-dikén Schleich-féle anaesthesiában végeztem a betegnél laparotomiát és pedig előbb a régi heg és sipoly mentén a középvonalban a köldök alatt és felett fekvő körülbelül 10 cm.-nyi metszéssel hatolva be, kitártam az üreget, melyben egyes sárgás szigeteket tartalmazó vérzékeny laza sarjszövet foglal helyet a büzös váladékon kivül.

A tályogür alsó falát a colon és a mesocolon transversum képezte, felfelé és hátrafelé egész a gerinczoszlopig terjed az üreg. A bal bordaívvel párhuzamosan egy contraincisiót ejtünk az e helyütt körülbelül 3 cm. vastag, callosusan heges tályogfalon át s az üreget lazán tamponáltuk.

A seb ezután gyorsan megtisztult, nagyrészben teljesen láztalan, koronként azonban 38·4, sőt 39-ig felmenő hőemelkedést mutató lefolyás után a nagy sebüreg teljesen begyógyult, s teljesen consolidált heggel, jelentékenyen meghízva és jó közérzettel hagyta el a beteg 1904. május 26-dikán a kórházat.[1]

(Folytatása következik.)

[1] Bemutatva a közkórházi orvostársulat 1904. május 25-diki ülésén.

A Vincent-angina historicumához.

Irta: *Róna Sámuel* dr., egyetemi rk. tanár.

Az Orvosi Hetilap 1904. 37—38. számában megjelent „*Plaut-Vincent-angina stb.*“ czimü czikkemben *Plaut*, majd *Bernheim* és *Pospischill* közleményei alapján a következőket irtam: „*Plaut* és nem *Vincent* volt az első, a ki a *pseudodiphtheriás* anginát (1894-ben) ismertette, és a *Miller* által már 1883-ban leirt *spirochaetára* és kihegyezett végü (fusiform) bacillusokra viszi vissza, melyek gyér számban a foghús széle mögött, továbbá az odvas fogak üregeiben, a normalis szájüregben is találhatók, melyek tetemesen megszaporodnak, mihelyt a szájnyálkahártya lobos lesz“.

Ennek helyesbítésését kéri tőlem *Vincent H.*, jelenleg a párisi „École d'Application du Val de Grace“ tanára, egy április hó 9-dikén hozzám intézett levelében, melyben, valamint a beküldött újabb czikkeiben *magának vindikálja* nem a prioritást, hanem a *kóralak megteremtését és pathogen agensének felfedezését.*

Lényegében ezt irja *Vincent*: „*Plaut sohasem látta és le sem irta a fusiform-bacillust.* Én újabban is fejtegettem e kérdést (Gazette des Hôpitaux 1905. február 14-dikén, márczius 7-dikén és 9-dikén) és *Plaut* maga is beismerte, hogy a bacillus, melyet 1894-ben talált, Miller bacillusa vagy spirilluma, a *spirillum sputigenum* volt. Tehát *Plaut* nem a bacillus fusiformist, az angina, a noscomiális gangraena és a noma essentiális agensét látta, hanem a spirillum sputigenumot, annak kurta alakjában („bacilles de Miller“) és hosszú alakjában („spirilles de Miller“); de ezek a bacillus fusiformistól, jóllehet *Plaut* minden bizonyítás nélkül az ellenkező hypothesist állitá fel, teljesen különböznek. A fusiform bacillusok oly kevéssé hasonlítanak a spirillum sputigenumhoz, a morphologiát, nagyságot, mozgást, festődést, a protoplasma structuráját illetőleg, hogy soha senki sem gondolna a kettő azonosítására. A nem tenyészthető spirillum sputigenum morphologice azonos a *spirillum cholerae* val“.

Készséggel közlöm a nagyérdemü tudós helyreigazító észrevételeit, de miután nem áll módomban azokkal birálatilag foglalkozni, csak annyit jegyzek meg, hogy akármint döljön is el a *Plaut*- és a *Vincent*-bakterium egymáshoz való viszonyának sorsa a jövő kutatások folyamán, az eredmény egészen háttérbe szorul *Vincent* eredményeivel szemben, és hogy ennélfogva *Vincent* neve nemcsak a *pseudodiphtheriás anginával*, hanem a mi ennél sokkal fontosabb, a *kóralakok egész tömkelegével* mindörökre elválaszthatatlanul összeforrva marad.

Tárcza.

A nemi betegségek elleni küzdés czéljából alakult német társaság II. congressusa.

(München, 1905. márczius 17—18.)

A nemi betegségek elleni küzdés czéljából alakult német társaság rövid multja daczára máris nagy arányokban müködik. Mutatja ezt a többi között azon tevékenysége, melylyel most már a 2-dik népes congressust sikerült összehoznia. Főczélját és feladatát az képezi, hogy a nagy közönség figyelmét és a közérdeklődést a nemi bajok rendkivüli fontosságára és veszedelmére irányitsa s ezzel azok elhárítását, illetőleg leküzdését elérje. Ezen czélját, a közfigyelem felkeltését nagy részben el is érte a társaság, a mi nem csoda, ha látjuk, mily kitartó lelkesedéssel buzgólkodik a társaság jeles vezetősége: *Lesser*, *Neisser* és *Blaschko*. De az eredmény még sem az, a mit az orvos méltán várhatna. A nemi betegségek elleni mozgalom széleskörü ugyan, orvosokon kivül a jogászvilág és a tanügyi körök is cselekvő részt vesznek a küzdelemben, az előadások és közlemények az ügyre vonatkozólag nagyszámúak, de azért a haszon idáig vajmi kevés. S ez nem is lehet másként; a küzdés módjaira és tényezőire vonatkozó nézetek, felfogások és tanácsok ma még a szakorvosok között is oly ellentmondók s ezzel szemben még oly kevés az, a miben még a szorosan vett szakkörök is megegyeznek, hogy csak zavarólag hat az a körülmény, hogy különféle laikus körök és a női jogok harczosnői is belevegyülnek a vitába. Ezek állandóan eszméket pendítenek meg, tanácsokat osztogatnak és sujtó kritikával illetnek minden jelenleg fennálló intézkedést. Egy további hátrány és véleményünk szerint a nemi betegségek elleni küzdésben egyenesen gátló körülmény az, hogy az eredetileg tisztán orvosrendészeti és hygienés irányzatba lassanként egy, főleg nők által kultivált, moral-philosophiai irány is beleolvadt, a mely a kitüzött czélt könnyen elhomályosíthatja. Mert ma már kétségtelen, hogy a nemi bajoknak csakis helyes orvosi, hygienés és hatósági intézkedésekkel tudunk gátat vetni és azoknak terjedését csak igy tudjuk lehetőleg csökkenteni. Ezen intézkedéseket pedig csakis a szakköröknek kiforrott, a helyi viszonyokat mindig szemmel tartó véleménye alapján lehet létesíteni. A meddig a szakorvosok és az illetékes hatóságok még abban sem tudnak megegyezni, hogy például a legfontosabb kérdést, a prostitutio ügyét, az abolitionisták vagy a reglementaristák elvei szerint intézzék, addig a mozgalom szálait laikusok kezébe is átengedni nem látszik egészen czélra vezetőnek.

De azért hibás volna ismét túlságba esni és a társaságnak létjogosultságát kétségbe vonni. Mert a laikusok belevonása a küzdelem általánosítása czéljából csak fokozza azt a befolyást, a melynek segélyével a döntő tényezők: kormányok és törvényhozások figyelme felébresztetik. Ez utóbbiban találjuk ez idő szerint a mozgalom általánosításának legnagyobb értékét és jelentőségét, mert a laikusok mintegy közvetitőkként és szócsövekként szerepelnek a szakemberek és a döntő faktorok között. E czélból pedig elsőrangú szerepet játszanak a látogatott és a napilapokban is méltatott congressusok.

A congressus első és egyik főtárgya a bordélyházakról és bordélyutczákról szólott. A kérdéssel több referens foglalkozott. *Wolff* tanár véleménye, mely Strassburg helyi viszonyainak és saját tapasztalatainak mérlegeléséből ered, az, hogy a zárt prostitutiós rendszer (bordélyházas) annyiban előnyös a többivel szemben, hogy a prostituáltak lehető pontos ellenőrzése miatt a fertőző nemi betegségek száma jelentékeny csökkenést mutat. A zárt rendszert már a közerkölcs szempontjából is jobbnak tartja a többinél. *Düring* tanár (Kiel) mindennek épen ellenkezőjét tapasztalta. Szerinte a zárt prostitutionak semmiféle előnye nincs a másik felett, már csak azért sem, mert csak jelentéktelen részét képezi az egész prostitutiónak. A bordélyházi intézménynek erkölcsjavító hatását önámításnak tartja. Nagy hibája még az is, hogy úgy a hatóságok, mint a közönség, bizva az ellenőrzés értékében, a bordélyházakban bizonyos védelmet vélnek feltételezhetni a fertőzés ellen, jóllehet a veszedelem ezekben sem kisebb.

Hippe ügyvéd (Drezda) is a reglementatiót követeli, mert egyedül ezt tartja némikép czélra vezetőnek a prostitutio okozta veszedelmek leküzdésében. Referatuma során a kérdés jogi oldalára tér át és erős támadásban részesíti a német büntetőtörvénykönyv 180. §-át (ú. n. Kuppeleiparagraph). Ennek hibás szövegezése egyrészt ártatlanok zaklatására ad sokszor alkalmat, másrészt sujtja a prostitutio megtürését akkor, mikor azt a 361. §. mint elkerülhetlen rosszat maga is elismeri.

A bordélyházak ügyében *Fürth*-né (Frankfurt) is referált. Előadásában elvetendőnek tartja a zárt prostitutiós rendszert, mert azt helyesen kivihetőnek úgy sem tartja; helyette a szabad prostitutiót pártolja. A közérdekből szükséges ellenőrzésnek hatósági, nevezetesen rendőri szinezetét elvetendőnek tartja és annak inkább orvosi magánrendeléses jelleget óhajt adni. Kötelező kórházi kezelésnek csak akkor legyen helye, ha a beteg a közerkölcsiség rovására vétett, avagy ha fertőzés miatt bepanaszolták. A prostitutiós ügy javulását nagyban előmozditaná a lakásviszonyok helyes rendezése is s ezért ezt melegen pártolja.

A referatumokat követő szélesmedrü discussioban számosan vettek részt és a nézeteltérések ekkor még jobban feltüntek, mint az előadók referatumaiban. A zárt prostitutiós rendszert (kaszárnyarendszer, bordélyház) pártolták: *Fabry* (Dortmund), *Hammer* (Stuttgart), *Loeb* (München), *Müller* (Metz) és *Hopf* (Hamburg); teljesen elvetették, illetőleg nem pártolták: *Gruber* tanár (München) és *Blaschko* (Berlin). *Gruber* a prostitutio elleni küzdés legjobb fegyverét a helyes lakástörvényben látja, a melynek segélyével a társadalom legjobban izolálhatja magát a prostitutiotól. A házasságra, mint elsőrangú hygienés tényezőre különösen felhivja a közfigyelmet. A bordélyházaknak egy utczába való össz-

pontosítását, tehát a prostitutio helyi izolálását különösen *Steengrave* (Brema) pártolta.

Nagy érdeklődést keltett a napirend első tárgya: „az orvosi titoktartás és a nemi betegségek". A tárgyalást *Neisser* tanár (Boroszló) referatuma nyitotta meg, melyet a távollevő szerző helyett *Chotzen* olvasott fel. *Neisser* abból a kétségtelenül helyes nézetből indul ki, hogy a nemi bajok veszedelme nagyban csökkenne, ha azok bejelentésére az orvosok ép úgy volnának kötelezhetők, mint a legtöbb fertőző betegség bejelentésére. Ezt azonban tiltja a törvény, nevezetesen a német birodalmi büntetőtörvénykönyv 300. §-a *Neisser* ezért az idézett paragraphusnak megtoldását ajánlja bizonyos pontokkal, a melyek alapján az orvos hathatósan hozzájárulhatna a nemi betegségek megakadályozásához. Az orvost főleg két körülmény esetén óhajtja a titoktartás kötelessége alól felmenteni: 1. Büntető és polgári perekben, hol a biró az orvosi titok feltárása nélkül helyes itéletet alig hozhat. 2. Mikor az orvos a titoktartás mellőzésével valószinű fertőzéseket megakadályozhat. *Neisser* tehát szabad nyilatkozási és feljelentő jogot óhajt az orvosoknak törvényben biztositani. Ezen ajánlat bármily helyes is elvben, a gyakorlatban igen kétes értékü lesz az orvosra nézve, a ki minduntalan a törvényben tiltott és megengedett utak között tévelyegne.

Flesch tanár (Frankfurt) hasonló értelemben nyilatkozott; ő a nemi bajok nyilvántartására vonatkozólag azt óhajtja, hogy a közegészségi hatóságok befolyása a nemi betegekre épen úgy kiterjesztessék, a mint azt a birodalmi törvény az ú. n. ragályos betegekre nézve meghatározza.

Neisser-rel és *Flesch*-sel szemben *Bernstein* igazságügyi tanácsos (München) nemcsak hogy bővíteni nem kivánja a 300. §-t, de az ápolószemélyzetre nézve egyenesen szigorítani óhajtja azt. Felfogása szerint egyedül helyes álláspont az orvos titoktartási kötelessége. A referatumokat követő discussioban *Hippe* (Drezda) *Bernstein* álláspontját támogatta; ugyanezt tették még *Lesser* (Berlin), *Ries* (Stuttgart) és *Touton* (Wiesbaden).

A napirend egy további tárgya: „a nemi bajok elleni óvószerek hirdetésének büntethetősége" volt. A tárgyalás alapját azon birodalmi törvényszéki döntvény (1903) képezte, mely a birodalmi büntető törvénykönyv 184. §-ának 3. pontja értelmében e szereket erkölcsteleneknek tartja, mert használatuk az extramatrimonialis coitust veszélytelenné s ezáltal csábitóvá teszi. *Neustätter* (München) az incriminált paragraphus megváltoztatását sürgeti; a társulat egyik létalapját veszti, ha a ragály elleni óvószerek hasznos voltát nem ajánlhatja. Az állam ne kárhoztassa, hanem egyenesen hirdesse és ajánlja e szereket. Referens szerint a leghelyesebb mód az volna, ha az állam egy létesítendő új birodalmi törvényben felhatalmazná egyik közegészségi forumát (pl. a Kaiserliches Gesundheitsamt-ot) arra, hogy kellő birálat után hirdesse e szereket. A fennálló törvény, illetőleg döntvény ellen *Bernhard* (Berlin), *Lesser* tanár és *Ries* is nyilatkoztak, kiemelvén, hogy az óvószerek ajánlása megfelelő formában és kellő tapintattal csak helyeselhető eszköze a nemi betegségek elleni küzdelemnek.

A congressuson elhangzott referatumok és hozzászólások végéhez értünk. Resolutiókat — a congressus szabályzata értelmében — nem hoztak s igy tulajdonképen valódi eredmények sem létesültek. Mindazonáltal a társaság munkája mégsem veszett kárba, mert a nemi bajok elleni védekezés eszméjét mégis csak terjesztette, a társadalom figyelmét felkeltette, sőt hatása bizonyára a mértékadó körökig is eljutott. Ez utóbbi körülmény egymagában is elég biztató arra nézve, hogy a társaság a jövőben positivabb irányban végezheti majd fontos feladatát. *Guszman.*

Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Világszerte élénken foglalkozik az orvosi és napi sajtó a most uralkodó meningitis-járványnyal s aggodalmas figyelemmel követi a terjedését. Nekünk különösen okunk van arra, hogy ügyet vessünk reá, mert az epidemia egyik főfészke tőszomszédságunkban: Galiciában van, hol a hivatalos adatok szerint márczius 16-dikáig 169 egyén betegedett meg meningitisben (köztük 163 tiz éven aluli gyermek) 56 halálesettel (33%). A betegséget alkalmasint Porosz-Sziléziából hurczolták be s a kiinduló pontja Krakó volt, hol február elején észlelték az első eseteket. Porosz-Sziléziában Kattowitz környékén van a járvány góczpontja; itt az utóbbi időben 450 eset fordult elő, 37% halálozással. Rossz hirek érkeznek Amerikából is: New-Yorkban márczius hó utolsó hetében 148 áldozatot követelt az epidemia; a halálozási arány a kórházakban 40%, a magángyakorlatban 50—60% volt. Ujév óta New-Yorkban összesen 1800 esetet jegyeztek fel. Ugy látszik, hogy az epidemia még terjedőben van s még szerencse, hogy a járvány a szelidebbek közé tartozik, mert voltak már olyanok is, a melyekben a halálozási arány 77%-ra rúgott.

Álljon itt ez alkalommal néhány adat a meningitisről. Ezt a nevet először 1803-ban olvassuk egy Herpin nevü katona-orvos czikkében, de a betegség első pontosabb kórrajzát Vieusseux genfi orvos adta az 1804/5-diki genfi járvány alkalmából. 1806-ban Amerikában észlelték a betegség járványos megjelenését, de bizonyos, hogy már előbb is előfordultak ilyen epidemiák, csakhogy összetévesztették typhussal és más lázas betegségekkel. 1806 óta a betegség mint önálló kóralak polgárjogot nyert az orvostudományban s ezóta gyakran észleltek meningitis-járványokat Németországban, Irlandban, Amerikában; nagyobb mérvet azonban a járvány egyszer sem öltött, s úgy látszik, az a sajátszerüsége, hogy mindig csak egyes körülirt tájékokra szorítkozik.

Kétségtelen, hogy a meningitis a fertőző betegségek sorába tartozik s igy természetes, hogy a bakteriologia már régóta vizsgálatai körébe vonta e betegséget. Weichselbaum 1887-ben a betegek véréből egy bakteriumot izolált, melyet diplococcus intracellularisnak nevezett el, mert gyakran található a polymorph-magvú fehérvérsejtek belsejében. Adatai eleinte kevés figyelmet keltettek, s az uralkodó nézet tovább is az maradt, hogy a meningitist a tüdőgyuladás diplococcusa, vagy annak egy válfaja idézi elő, a mi mellett a két betegségnek gyakori együttes járványos megjelenése, valamint az a körülmény szólt, hogy a tüneteikben van némi megegyezés (herpes, leucocytosis, genyes-fibrinosus izzadmány, stb.) Ámde 1895-ben Jaeger teljes mértékben megerősitette Weichselbaum adatait s ma a tudomány elfogadott igazságai közt foglal az helyet, hogy a Weichselbaum-féle meningococcus sajátlagos bakteriuma és kórokozója a meningitisnek. Ugy látszik, a bacterium válfajai a betegség más-más alakját hozzák létre, igy Still a csak csecsemőkön előforduló meningitis basilaris posterior (opisthotonus cervicalis) eseteiben egy a Weichselbaum-féléhez hasonló, de vele nem teljesen megegyező bakteriumot tudott kimutatni.

Hogy mily körülmények közt lesz a szórványosan mindig előforduló betegség epidemikussá, azt nem tudjuk, csak annyit tudunk, hogy leginkább télen, vagy erős telek után tavaszszal szokott a járvány megjeleni, s legfőkép kórházakból, börtönökből, kaszárnyákból, menedékhelyekből szedi áldozatait. A betegségnek leginkább gyermekek és fiatal egyének vannak kitéve; 35 éven túl nagy ritkaság a meningitis. Az 1865-diki danzigi járvány alkalmával az elhaltak 93%-a 15 éven alul volt. Az eddigi tapasztalatok szerint a betegség nem közvetlenül ragadós, de ez a kérdés még nincs végkép eldöntve. Jaeger az orrüreget tartja az infectio kapujának, a mi mellett az szól, hogy a meningococcust gyakran találni az orr nyálkájában.

A kórboncztani lelet a lágy agyburkoknak genyes-fibrinosus izzadmánynyal járó gyuladásában s a liquor cerebro-spinalis felszaporodásában áll, minek folytán az agy-gyomrok tágultak. A betegség veszedelmes szövődményekkel és utóbajokkal járhat, minők: idült hydrocephalus, vakság, süketség, arthritis, periarthritis. A kezelés azelőtt kizárólag symptomatikus volt s leginkább morphium és opium rendelésében állott. Az utóbbi időben mind nagyobb tért hódit mint gyógyító eljárás a lumbalpunctio, vagyis a subarachnoideális üreg megcsapolása. W. Essex Winter ajánlotta és alkalmazta ezt először 1891-ben, csakhogy más betegségben: gümőkóros meningitis egy esetében. Sokkal nagyobb figyelmet keltett Quincke-nek ugyanazon évben megjelent dolgozata, melyben a lumbalis punctiót nemcsak gyógyító eljárásképen, hanem diagnostikus czélokra is ajánlja. Azóta a meningitisnél széltében használják, de a vélemények különbözők a hasznáról. Osler 1899-ben kedvezőtlen tapasztalatokról számolt be. Épen most jelent meg (Münchener Mediz. Wochenschrift, 1905. márczius 21-dikén) Lenhartz hamburgi orvos egy figye-

lemreméltó dolgozata, melyben 45 eset alapján igen kedvezően nyilatkozik a lumbalis punctio gyógyító értékéről meningitis cerebro-spinalis eseteiben. Eljárása a következő: A beteg az oldalára fekszik, erősen felhúzott czombokkal. A műszert a csípőtarajokat összekötő vonalban két tövisnyúlvány közt szúrjuk be s 30, legfölebb 50 cm³ agy-gerinczvelői folyadékot bocsátunk ki. Fődolog, hogy a betegség korai stadiumában lássunk hozzá a kezeléshez s mindaddig ismételjük a punctiót, a míg az agynyomás tünetei jelen vannak. Igy Lenhartz egyik esetében 15-ször pungált s összesen 400 cm³ l'quort bocsátott ki. A punctionak valamelyes rossz következményét egy esetben sem látta. El kell ismernünk, hogy a beavatkozás észszerű, mert megszünteti a meningitis egyik legaggasztóbb tünetét: a fokozott agynyomást.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az appendicitis miatt operáltak további sorsa.

Az appendicitis miatt operáltak további sorsa három ülés napirendjét kitöltő élénk megbeszélés tárgyát képezte a londoni „Royal Medical and Chirurgical Society"-ben. A vitát *Treves* nyitotta meg. Előadásában saját esetein kivül még egy *Leth* által készített, a londoni kórházakban négy év alatt megoperált 1000 appendicitises betegre vonatkozó statistikára is támaszkodott. Az appendixnek „à froid" eltávolítása után a rohamok visszatérését 45-ször észlelte saját eseteiben s 11-szer találta ezt feljegyezve a a kórházi anyagra vonatkozólag. A rohamok visszatérésének az esetek egy részében az volt az oka, hogy az appendixet a műtét alkalmával nem találták meg vagy pedig nem távolították el teljesen s gyökere a coecumon maradt.

Az esetek többségében azonban más okok: oophoritis, colitis, epekövek, vándorvese hozták létre az appendicitisszerü tünetek kiújulását. Némely esetben valószinüleg neuralgiás és több esetben határozottan neurotikus alapon újultak ki a fájdalmak. Az appendicitises tályog kiürítése után a gyógyulás tökéletlen volt 100 esetben és pedig 40 esetben sarjadó üregek maradtak vissza (többnyire a beteg appendixnek vagy concretióknak visszamaradása miatt), 24 esetben recidivált a tályog (többször az appendix eltávolítása után is), 16-ban újabb appendiculáris rohamok léptek fel, 8 esetben pedig nagy exsudatum maradt vissza a csipőtányérban, mely nem egyszer sarcomának is imponált. A bélsársipolyokra nézve az a tapasztalata, hogy 1. a míg a fistula fennáll, újabb roham nem szokott bekövetkezni, 2. a fistulák spontan gyógyulásra igen hajlamosak, 3. a műtét után néhány nappal jelentkező fistulák kedvezőbb gyógyulási eredményt mutatnak, mint azok, melyek már az operatio idején fennállanak, 4. néhány esetben a beteg appendix vagy concretio jelenléte oka a fistulának. Ha az appendiculáris tályog megnyitása alkalmával a féregnyúlványt nem távolítjuk el, utólagos zavarok csak az esetek 17%-ában állanak be, a többi 83%-ban a műtét teljesen felesleges; ezért a féregnyúlvány másodlagos eltávolítását appendiculáris tályogok megnyitása után csak akkor végzi, ha arra különös symptomák ösztönzik.

Az appendicitis műtétek után néha beálló czombvisszér-thrombosis 12 eset közül 11 esetben a bal vena femoralist érte. (E tényt a párisi Société de chirurgie 1903. május 20-diki ülésén számos előkelő sebész kiemelte. Ref.)

Symonds 72 appendicitises magánbetege közül egynél észlelt thrombosist szintén a bal vena femoralisban, egynél halálos kimenetelü emboliát a szívben s egynél szerencsés végződésü tüdőinfarctust; kórházi betegeinél ilyen complicatiókat sohasem látott. (*Sonnenburg* nak tapasztalatai szerint is a venathrombosis s az ebből származó tüdőemboliák magánbetegeknél sokkal gyakoriabbak, mint kórháziaknál. V. ö. Verh. der deutschen Ges. für Chir. 1902. Ref.) Két esetben vándorvese idézte elő az appendicitises fájdalmak visszatérését s az egyik beteg, ki újabb műtétnek vetette magát alá, a vese fixatiója után teljesen meg is gyógyult.

Lauder Brunton szerint az appendiculáris fájdalmak kiújulását egy már előzetesen fennállott chronikus colitis exacerbatiója is okozhatja; egy másik oka a fájdalmaknak az idegek vongálása a képződött összenövések által, a melyek folytán a fájdalom néha a czombba is kisugárzik.

A betegek túlnyomó többségét azonban teljesen és végleg megszabadítja bajától a műtét.

Pearce Gould 300 operált esetére hivatkozik. Ő is kiemeli, hogy az appendix gyökerének visszahagyása oka lehet recidiváknak. Tályognyitás után, ha az appendixet benhagyjuk, csak az esetek 10%-ában tértek vissza az appendicitis tünetei. 214 operált appendicitis-esete közül, hol genyedés nem volt jelen, csak három végződött halálosan; 92 tályogos és peritonitises esete közül csak 25 ben volt halálos a kimenetel.

R. Douglas Powell szerint a tüdő-embolia gyakoribb appendicitis-műtétek, mint másféle operatiók után, s azt hiszi, hogy az ezen operatio után jelentkezni szokott pleurális ömleny és száraz pleuritis ilyen tüdőinfarctusok következménye. Érdekes azon esete, melyben egy ilyen appendicitis utáni tüdőinfarctus később tuberculosussá vált. (?)

H. P. Hawkins az appendix-műtétek utáni tökéletlen gyógyulások okának — a mennyiben nem forgott fenn diagnostikai tévedés és a betegnél fennálló tüneteket nem vándorvese, epe- vagy vesekő-betegség okozza — a colon neurotikus megbetegedését, mely motorius és secretorius zavarokat idéz elő, tartja. Ilyen esetekben, a melyek rendszerint általános neurastheniával, hypochondriával is járnak, a féregnyúlvány kiirtása nem vezet gyógyulásra.

H. Bennet óva int attól, hogy tályogos esetben az appendixnek minden áron való eltávolítására törekedjünk a tályog kiürítése alkalmával; a féregnyulvány másodlagos eltávolítása pedig, hacsak azt különös körülmények nem teszik kivánatossá, szerinte teljesen felesleges. Bélsársipolyok az esetek 5%-ában keletkeznek s többnyire igen gyorsan begyógyulnak. Figyelmeztet arra is, hogy a jobb ureterbe ékelt kő is okozhatja az appendicitis symptomáit. Ilyen esetekben a röntgenezéstől várhatunk fontos útbaigazitást.

Lockwood az appendicitisek további sorsára nézve igen fontosnak tartja ama pathologiai folyamatot, mely magában az appendixben játszódik le s mely egyszerü, szabad szemmel való vizsgálatkor nem itélhető meg teljesen. Okvetlenül szükségesnek tartja ezért a mikroskopi vizsgálatot, mert igy az egyszerü makroskopi megtekintéssel sokszor fel nem ismerhető carcinoma, tuberculosis nyomára juthatunk, a mely azután a prognosist eo ipso fatalissá teszi. Azt hiszi, hogy rendszeresen megvizsgált 250 appendix közül egy rákos; tuberculosist 200 esetből négyet talált. Az appendicitises tünetek visszatérésében a coecum bélsártömegek által való kitágulásának jelentékeny szerep juthat.

Battle a tályog korai megnyitásának s az appendix secundaer eltávolításának híve; tapasztalatai szerint, ha a tályogon át bélsárkő ürült, ez nem szól a mellett, hogy az appendicitis tünetei nem fognak újból jelentkezni, ha nem is távolítjuk el az appendixet.

Turner a korai operálás hive; 125 esetére 10 halálozás esik, ezek többnyire a roham későbbi stádiumában kerültek műtétre. Az „a froid" műtétek mortalitása 0·5%, a többi esetben 23% a halálozás.

Waterhouse is a korai operatio híve, 19 betege, kit az első 24 órán belül operált meg, mind meggyógyult.

Cripps utal arra, hogy az appendixből származó peritonitist nemcsak az appendixben levő exulceratiók, perforatiók, idegen testek indíthatják meg, hanem az appendix csavarodásai, melyek a volvulusokkal, a cysták kocsánycsavarodásával analog pathologiai folyamatok. Ő is a korai műtét híve.

West hangsúlyozza, hogy a betegek ³/₄ része az appendicitistől teljesen meggyógyul belső kezelés mellett; a diffus peritonitis-esetek pedig, melyek az esetek 13%-át képezik, úgy belgyógyászi, mint sebészi kezelés mellett többnyire halálosan végződnek (de főleg azért, mert többnyire későn határozzák el a sebészi beavatkozást! Ref.). Az operatiót csak a recidiváló, a biztosan vagy valószinüleg genyedő esetekben, továbbá a szabad hasürbe való perforatio eseteiben tartja indokoltnak, ilyenkor korábbi műtétet ajánl.

Clarke 200 eltávolított appendixet vizsgált meg; 191-ben epitheldefectusok voltak, 2-ben tuberculosus ulceratio. Hét appendix normális volt. Ezen utóbbi esetek közül öt a további észlelés

alól kikerült; a másik kettő közül egyiknél vesekő, másiknál epekő miatt kellett utólag mütétet végezni. Egy másik esetében a féregnyúlvány eltávolítása után az „appendicitis“ rohamok többszörös visszatérése miatt relaparotomia történt, mely alkalommal egy coecum-polypus okozta intussusceptio ileocolicát találtak.

Malcolm az operatiót minden esetben javaltnak tartja, a hol a beteg a vizsgálat idején nincs a kifejezett javulás útján. *Pitt* az appendicitisnek az influenzával való coincidentiáját hangsúlyozza.

Az elnöklő *Douglas Powell* a vita nevezetesebb eredményeit a következő pontokban foglalta össze:

1. Perityphlitikus tályogoknál, ha a processus vermiformis, mint az rendszerint megtörténik, erős összenövésekbe van bevágyazva, a féregnyúlvány eltávolítását meg sem kell kisérleni.

2. A recidivák okát az képezheti, hogy az appendixet nem teljesen a gyökeréig irtjuk ki, és azon része, mely a coecumba invaginálva lehet, benmarad.

3. Az indicatiora nézve főleg az képezte vita tárgyát, vajjon az abscessusképződés előtti, korai operálás végeztessék-e. Utal arra, hogy míg egyfelől a beteg appendix benhagyása súlyos complicatiókra adhat alkalmat, addig másfelől fennáll annak veszedelme, hogy ép appendixek is kiirtatnak s a tulajdonképen más szervben fekvő betegség gócz benmarad. (The Lancet, 1905. márcz. 4, 11, 18.)

Pólya Jenő Sándor dr.

Könyvismertetés.

Ókori Lexikon. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi minister megbizásából a M. Tud. Akademia támogatásával szerkesztette **Pecz Vilmos** dr. egyetemi ny. r. tanár, a M. Tud. Akademia r. tagja. Budapest, 1902—1904. Franklin-Társulat. (I. kötet, A—L. 1143 lap, és II. kötet, M—ZS. 1260 lap).

Harminez évi előkészület után jelent meg e nagyszabású mű, mely a magyar tudományos irodalomban régen érzett és igen sokszor emlegetett hiányt pótol. Már 1875-ben hangoztatta *Bartal Antal* ily mü kiadásának szükséges voltát és azóta ez az eszme állandóan foglalkoztatta az illetékes köröket, míg végre hivatalos megbizás és legelső tudományos intézetünk támogatása lehetővé tette ennek az eszmének megvalósítását.

A szerkesztés óriási munkáját *Pecz Vilmos* tanár végezte és teljesen elérte a kitűzött czélt, hogy t. i. a müvelt közönség azon része számára, mely az irodalom nemesebb alkotásai iránt érdeklődik, az ókorra vonatkozó összes tárgyi ismereteknek — a tudomány legújabb vívmányai alapján — úgy a szöveg, mint az ábrák tekintetében kikerekített kézikönyvét adja.

Az Ókori Lexikon hatezernégyszáz czikkben (a melyekhez még 2600 czímbeli utalás járult) az ókorra vonatkozó összes tárgyi ismereteket szótári rendben adja elő. Felöleli az ókor egész szellemi életét, irodalmát, költészetét, történelmét, művészetét, állami, jogi, vallási és magánrégiségeit, továbbá természettudományát és orvostanát. A munka megirásában a tudós szerkesztőn kivül negyvenhat munkatárs vett részt, kik mindannyian jónevü, elismert szakférfiak.

Lapunk olvasóit első sorban az orvostanra és természettudományokra vonatkozó rész érdekelheti, a melyet túlnyomó részben *Tihanyi Mór* dr. irt meg. Az „Orvosok, orvostudomány“ (19 hasáb) és „Természettudományok“ (25 hasáb) cz. összefoglaló czikkei valóságos monographiák. Közel százra rugó czikkei közül (a melyek közt 53 olyan van, a mely a mintául szolgált Lübker-féle lexikonban egyáltalában nem fordul elő) mint nagyobb terjedelmüek kiemelendők a következők: Dogmatikus orvosi iskola, Empirikus orvosi iskola, Erasistratus, *Galenus*, Herophilus, *Hippokrates*, Lycanthropia, Methodikus orvosi iskola, Mithridatium, Nestoriánusok, Opium, Oribasius, Periodeuta orvosok, Pneumatikus orvosi iskola, Praxagoras, Rufus, Scribonius Largus, Soranus, Therapeuták, Theriaca. Minden czikk végén az arra vonatkozó magyar és külföldi irodalom van felemlítve.

Tihanyi czikkeiről a philologusok is dicsérőleg emlékeznek meg, s többek közt hangsúlyozzák, hogy „azok pontosak és megbizhatók, szerző stylusa gondos és élvezetes, szinvonala modern, álláspontja természettudóshoz méltó, közreműködése határozott nyereség.“ Azt hiszem, hogy a Lexikont használó orvosok is csatlakozni fognak ezen elismerő birálathoz, mert Tihanyi feladatát tényleg kifogástalanul oldotta meg.

Az Ókori Lexikon, melyet a Franklin-Társulat tetszetős alakban, szép nyomással és kilenczszáz diszes ábrával adott ki, valóban megérdemli, hogy helyet nyerjen minden hazai orvosi társulat és minden tudománykedvelő orvos könyvtárában.

Temesváry Rezső dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tetanus és a chinin közötti összefüggésről ir *Vincent* az Ann. de l'Inst. Pasteur 1904. évi deczemberi számában. Az utóbbi években ugyanis elég nagy számmal közöltek oly eseteket, a melyekben chinin hypodermikus alkalmazása után tetanus lépett fel, a nélkül, hogy az esetet vissza lehetett volna vezetni a hiányos asepsisre, akár a müszer, akár a beteg bőre, akár az alkalmazott oldat részéről. Az is feltünő, és az is megerősíti azt a feltevést, hogy itt nem a hiányos asepsisben van a baj, hogy cocain-, morphium-, coffein-befecskendések után, melyek sokkal gyakrabban alkalmaztatnak, mert indicatiojuk köre sokkal tágabb, még nem észleltek tetanust. Ugy látszik tehát, hogy a chininum hydrochloricum, melyet leggyakrabban alkalmazuak ily czélokra, igen kedvezően befolyásolja a tetanusfejlődést. Első kisérleti sorozatában *Vincent* tengerimalaczok bőre alá három órán át 80 fokon tartott tetanusculturát fecskendett be igen kis mennyiségben, s a culturával egyidejüleg 2—5 cgm. chininum hydrochloricumot Az eredmény az volt, hogy az állat igen hamar elpusztult. Még hamarább következett be a halál, ha a befecskendés nem a bőr alá, hanem a hasüregbe történt. Az utóbbi esetben a halál 14—16 óra alatt állott be. Egy másik kisérleti sorozatban Vincent a chinin-oldatot és a hevített culturát izoláltan fecskendezte be, de ugyanazon ponton. Ha a chinint négy nappal a cultura után fecskendezte be, az infectio mindig beállott, sőt az esetek harmadrészében akkor is, ha a chininbefecskendés egy héttel a culturáé után történt. Egy héten túl ritka a tetanus fellépése. Ha a tetanust fecskendezte be később, az infectio akkor is sikerrel járt, ha a két befecskendés között 6—8 nap telt el, a mikor tehát a gyógyszer már eliminaltatott. Ezt csakis a chininbefecskendés okozta localis laesiora lehet visszavezetni. Ha *Vincent* egy malacz jobb inguinalis tájába toxinjától megfosztott öt csepp culturát, két nappal később pedig bal inguinalis tájába 50%-os chininum hydrochloricumot fecskendett, három nappal később fellépett a tetanus, mely 24—36 óra alatt ölt, míg a csak culturát vagy csak chininsolutiót kapott állatoknak semmi bajuk sem lett. A bonczolatkor az derült ki, hogy a controll-állatokban a tetanus-bacillus nem szaporodott, a kétfélével oltottak exsudatumában viszont tiszta tetanus tenyészet volt található. Itt az a nevezetes, hogy a bacillus nem ott szaporodott el, a hol a cultura lett befecskendve, hanem ott, hol a chininsolutiót fecskendezték be. A chinin a további kisérletek tanúsága szerint nemcsak akkor segíti elő a bacillusok kifejlődését sporákból, ha subcutan alkalmazzuk, hanem akkor is, ha per os vagy a légutak útján viszszük a szervezetbe. A mi e kisérletek praktikus hasznát illeti, *Vincent* arra figyelmeztet, hogy ha oly malariás betegnek akarunk chinin-befecskendést adni, kinél rosszul gondozott seb, vagy a legkisebb excoriatio, szóval oly hely van, hol a Nicolaier-bacillus megfészkelheti magát, a legnagyobb körültekintéssel járjunk el, és a chinin-befecskendéssel egyidejüleg praeventive antitetanus-serumot is adjunk.

Marikovszky dr.

Idegbajok.

A **sóelvonással az epilepsia kezelésében** foglalkozik *Muskens* közleménye. A *Toulouse-Richet*-féle kezelés, mely a brómtherapia hatását fokozza és abban áll, hogy a beteg konyhasóban szegény diaetát használ, az epilepsia kezelésében az utolsó idők legfontosabb momentuma. Ezt a hypochlorisatiót már sokan kisérlették meg, a szerzők többsége meg van elégedve az eredménynyel, kevesebben ismertetnek rossz tapasztalatokat.

Muskens 180 epilepsiás betegen tett megfigyeléseket. A rohamok alatt és után ágyban tartja a betegeket. A konyhasó-

elvonásra megjegyzi *Muskens*, hogy vannak egyes egészséges emberek, a kik minden baj nélkül eltürik a konyhasó elvonását, ha azt brómsóval helyettesítjük; felemlíti továbbá, hogy vannak Dél-Amerikában néptörzsek, a melyek konyhasót egyáltalában nem használnak.

Az étel sózásának megszüntetése és konyhasótartalmú ételek korlátozása minden más kezelés mellett hasznos, úgyannyira, hogy néha félannyi, sokszor harmadrész, vagy még kevesebb brom kell ugyanazon hatás elérésére, mint a mennyire szükség van, ha a beteg sózott ételeket eszik.

Muskens tapasztalataiból a következőket emeljük ki. A hypochlorisatio az acnefejlődést alig befolyásolja, ez ellen meleg konyhasós lemosások és Fowler-solutio bevétele hasznosak. A nagy epilepsiás rohamok könnyebben befolyásolhatók, mint a petit mal és a psychés aequivalensek. Némely beteg a sótalan diaetát nem jól türi, szédül, lábai gyengék, székrekedést vagy hasmenést kap, feledékeny lesz. Néhány beteg a konyhasóelvonás után trigeminus-neuralgiát kapott, mások, különösen fiatal egyének, ingerlékenyek lettek, ismét mások, a kik egyébként semmittevéssel töltötték idejüket, elevenebbek lettek és szívesen dolgoztak, a melancholiás betegek kedélye javult.

Szívbajokban, szívizommegbetegedésekben ellenjavalt a sótalan diaeta; bizonyára ezen a szívgyengeségen alapszik, ha öreg embereken oedemák támadnak a só elvonásakor. Ettől eltekintve sem az öregkor, sem semmi más körülmény nem szól ellene ezen módszernek, különösen kedvező volt az eredmény idiota epilepsiásokon.

Az első hetekben a betegek híznak, később inkább fogynak, ez utóbbinak oka főleg az, hogy a diaeta huzamosabb alkalmazása étvágytalanságot okoz, néha a menstruatiót késlelteti.

A kezelés kezdete különösen szorgosan megfigyelendő; ha a lefolyásban kellemetlen tünet támad, a diaetát módosítani kell. A diaetatartás időtartama változó; van beteg, a ki hónapokon át elbirja, sőt volt ezek között olyan is, a ki e mellett nagy bromadagokat is vett, és daczára ennek nem volt akadályozva igen nagy szellemi munkájának rendes elvégzésében. Más betegek csak rövid ideig birják el a sótalan étrendet, gyengülnek, étvágytalanok lesznek, és ha nem adunk hamar újból sót nekik, erősen lesoványodnak. Sőt egy fiatal beteg 2 heti sótalan étrend után collapsusba esett, de sós ételek evése után hamar magához tért, egy másik beteg heves asthmás rohamokat kapott, melyek só adása után ritkultak. De ez a két beteg már előbb is mutatott rendellenességeket, az elsőnek érverése kihagyó volt, a második kisebb fokú asthmás rohamokban szenvedett.

Muskens arra is figyelmeztet, hogy az epilepsiás rohamot minél előbb vegyük rendes kezelésbe, mert minden roham megkönnyíti a következőnek kifejlődését, annak úgyszólván útját egyengeti, míg ha valakinek hosszabb ideig nem volt rohama, nehezebben esik újra bele.

Muskens a sótalan étrendet brom adásával kapcsolatban egyes psychosisokban, álmatlanságban, „atoniás“ neurastheniában is jó eredménynyel használta, migraine ellen is hasznát vette.

Muskens-nek a genuin epilepsia sebészeti kezelésére tett megjegyzéseit ezen referatumban mellőzhetjük, jó klinikai tapasztalatokat és meggyőző kisérleteket igér jövő közleményében, majd akkor megbeszélhetjük azokat.

Még azt kell megjegyeznünk, hogy *Muskens* 4—5 gramm bromsónál többet ritkán adott és azt tapasztalta, hogy ha ez nem használ, úgy többel sem érünk eredményt. Ezt a tételt azonban általános érvényünek nem fogadjuk el. (Neurologisches Centralblatt. 1905. 5. szám.) *Kollarits Jenő* dr.

Decubitus fennjáró tabeses betegen. *Pierre Roy* 50 éves tabeses nőt észlelt, a kin két nap alatt gyorsan előhaladó decubitus támadt a keresztcsont táján. Ez a decubitus öt hét alatt oxygenes vízzel történt mosásokra és bekötésre jelentékenyen javult. Ugyanezen betegen régebben több kisebb decubitus támadt a faron, az ott kellő asepsissel végzett kéneső-befecskendezések után. Nevezetes azonban ezen esetben, hogy a beteg ezen *„felfekvéseket“* akkor kapta, mikor fennjárt, tehát nem nyomás, hanem táplálkozászavar okozta azokat. (Revue neurol., 1905. márczius 30.) *Kollarits Jenő.*

Lehet-e a plagium kórtünet? Erre a kérdésre igennel felel *O. Juliusberger, Keller Helén* önéletrajzának elolvasása után. Ez a nő kiskorában agyvelőgyuladás után siketnéma lett és látását elvesztette. Keller Helén daczára ennek ismert irónő lett. Életrajzában a következő sajátságos dolog fordul elő. 12 éves korában „Der Frostkönig“ czímmel mesét irt, mely a Perkin-féle bostoni vakok intézetének évkönyvében megjelent. Nemsokára azonban kiderült, hogy több mint 12 évvel ezelőtt teljesen hasonló tartalmú mese jelent meg, Margaret Caubytól, melyről a kis leány kénytelen volt elismerni, hogy az övével majdnem azonos, daczára ennek nem emlékezett arra, hogy azt valamikor hallotta volna. Később azonban kiderült, hogy e mesét felolvasták neki valamikor régen. Észrevette azután azt is, hogy leveleiben gyakran egész mondatok fordulnak elő, melyek ugyanazon könyvből voltak véve, melyből öntudatlanul vette a plagiumot. Ekkor félelem érzése támadt, mindig attól tartott, hogy a mit irt, plagium. E miatt még anyjához irt leveleit is számtalanszor újból elolvasta és kereste, nincs-e valami benne, a mit mástól vett át. Érdekes továbbá, hogy Keller Helén ugyancsak a Margaret Cauby mesekönyvében előforduló egy mesére úgy emlékezik vissza, mintha azt gyermekkorában álmodta volna. *Juliusberger* ezen önéletrajzból bebizonyítottnak tekinti, hogy a plagium öntudatlan volt. (Neurolog. Centralbl., 1905. 4. sz.) *Kollarits Jenő.*

Sebészet.

Adat a nemileg perversek castratiojához. Féré egy észlelését közli, melyben egy 24 éves homosexuálisan pervers férfi bajának orvoslására castratiót végeztetett magán. Mütét után a perversérzelmek továbbra is fennállottak, sőt a betegnek neurastheniás panaszai még fokozódtak. Szerző bár észleléséből absolut szabályt nem vezet le, ezen tapasztalatát mégis érdemesnek tartja arra, hogy közölje. (Revue de chirurgie, 1905. 3. sz.) *Gergő.*

Levegőnek behatolása a visszerekbe sebészi műtétek alkalmával. Delore-nak a Revue de chirurgie 1903. október havi füzetében közölt egy idevágó esete után, hol méhkiirtáskor történt a levegő behatolása a visszerekbe, *Delore* és *Duteil* most a casuistikát egy újabb szomorú észleléssel gazdagítják: nagy kiterjedésü nyaki sarcoma kiirtásakor megsérült a vena jug. ext. és a beteg légemboliában halt meg Ezen tapasztalat, továbbá kiterjedt állatkisérletek és irodalmi tanulmányok képezik a dolgozat alapját.

A baj *tünettanát* szerzők következőleg ismertetik. A visszér sérülését egy távolról is hallható, különös, szörtyögő zörej követi; röviddel reá a beteg elhalványodik, majd elkékül, a pupillák kitágulnak, a pupillaris és cornealis reflexek megszünnek, a légzés gyorsul, mélyebbé leszen, néhány percz mulva felületessé válik és kimarad; a pulsus gyenge, szabálytalan, de gyorsított, a szív felett néha valódi szörtyzörejeket hallunk. Epileptiform görcsök jelentkezhetnek, a légzés megszünik s legvégül a szívverés is. Mindez átlag 8—10 percz alatt zajlik le.

A *halál okát a)* egyesek (Morgagni, Bichat, Nysten, Arloing, Tripier) az agy vérkeringési zavaraiban keresik, *b)* mások (Camerarius, Amussat, Magendie, Muron, Laborde stb.) syncopéban, *c)* végül még mások a tüdőben. Itt egyesek (Leroy d'Etiolles, Piédagnel) ismét a capillarisok szakadását veszik fel, a szerzők egy más csoportja ellenben (Boerhave, Poiseuille, Erichsen) a capillarisok egyszerü eltömeszelésében látja a halál okát.

Szerzők maguk igazat adnak valamennyinek. Szerintük legfontosabb ugyan a szívnek és ereinek telődése levegővel, de a letalis kimenetelt nagyban sietteti úgy az agyvelő, mint a tüdők légemboliája.

A halálnak azonban nem mindig kell beállnia; a sértés nagysága, a venafal tátongása s végül egyéni dispositio határozza meg a sérülés kisebb-nagyobbfokú veszélyességét. Néha ugyanis már kevés levegő behatolása is halálos, máskor nagy légmennyiségek is felszívódhatnak.

Ép ezen halálos mennyiségü levegő meghatározása igen nehéz. Állatkisérletekben pl. a lónak visszereibe sok levegöt vezethetünk be különösebb veszély nélkül.

A levegőnek gyors behatolása veszedelmesebb, mivel szívdilatatiót okoz és gátolja a szív összehúzódását.

A baj orvoslását illetőleg Senn azt ajánlja, hogy ültessük-

fel azonnal a beteget: így a vérnél könnyebb levegő ismét kitódulna. Csakhogy ezen művelet alatt a mellkas aspiratioja folytán még több levegő is hatolhat be. Ajánlatosabb tehát a visszérlumen rögtöni leszorítása. Mások venaesectiót, mesterséges légzést, a nyelv rhythmikus előhúzását, villamozást vagy a levegőnek aspiratioját a venákból fecskendő segélyével, tanácsolják.

Delore és *Duteil* állat- és hullakisérleteik nyomán a jobb szívfülecske punctioját ajánlják, mint a mely szívrész, falának vékony volta miatt leginkább szenved. A punctiót emberen a jobb III. bordaközben, $1^1/_2$ cm.-nyire a szegyszéltől végzik; idejekorán való végzése esetén biztos eredményt várhatunk tőle. (Revue de chirurgie, 1905. 3. sz.) *Gergő.*

Bőrkórtan.

A syphilis és vitiligo közti összefüggésről értekezik egy nagyobb tanulmányában *G. Thibierge* (Paris), melyben több idevágó érdekes kórrajzot és megfigyelést ismertet. A kérdés, mely a bőr szerzett pigmenthiányának csaknem egész aetiologiáját érinti, nagyon bonyolult, és még sok tekintetben újabb vizsgálatokat igényel. Szerző az irodalmi adatok, valamint saját tapasztalatai alapján következőképen nyilatkozik a kérdésben. Azon gyakori esetek, hol a syphilis oly egyéneket támad meg, kiknek bőre már hosszabb idő óta mutat vitiligós elváltozásokat, azt bizonyítják, hogy a két betegség teljesen független lehet egymástól. Az esetek egy másik részében a vitiligo kifejlődését syphilises infectio előzi meg, a mi oly módon magyarázható, hogy a bőrnek festékhiánya a syphilis következtében indirekt úton, az idegrendszer közvetítésével jött létre. Máskor ismét a bőr syphilises jelenségei kiindulási pontjait képezik egy többé-kevésbé elterjedő vitiligonak, a melynél a syphilis, úgy látszik, olyképen hozza létre a pigment anomaliát, mint pl. az egyszerű traumás behatások. Végül kifejlődhetnek a syphilis folyamán oly pigmentatiozavarok is, melyek tévesen vitiligonak tarthatók, ha kifejlődésük előzményeit pontosabban nem ismerjük, jóllehet egészen más természetüek. (Annales de dermatol. et de syphiligraphie. 1905. 2. szám.)

Guszman.

A fény bakteriumölő hatása a Finsen-kezelésnél címen igen érdekes kisérletes tanulmányt közölnek *Klingmüller* és *Halberstaedter*. A fénynek a bakteriumokra való hatását *Downes* és *Blunt* vizsgálták először, mely alkalommal annak bakteriumölőképességét kétségtelenül megállapították. A fénynek ezen tulajdonsága újabban különösen azáltal nyert nagy fontosságot, hogy a *Finsen* által alkalmazott concentrált fény a therapia körébe vonatott. A fény baktericid hatásának a lupus vulgaris gyógyításában maga *Finsen* is nagy fontosságot tulajdonított; e hatást főleg a kék, ibolya és ultraibolya sugarak fejtik ki. Kiderült továbbá a vizsgálatok során, hogy a concentrált elektromos fény bakteriumölő képessége csak akkor nyilvánul, ha a bakteriumok a felületen vannak s így a fény közvetlenül érheti őket. A gyakorlatban (főleg lupus vulgarisnál) másként áll a dolog, itt a szövetekben ülő bakteriumokra kell a fénynek hatnia, holott ily viszonyok között a baktericid hatás vajmi kétséges. E tekintetben a eddigi vizsgálatok meglehetősen ellenmondók voltak, bár valószínűnek látszott, hogy a gyógyításban a bakteriumölő képesség nem viszi a főszerepet, hanem hogy abban egyéb faktorok fejtik ki a főhatást. A kérdést tisztázandó, *Klingmüller* és *Halberstaedter* a következő kérdés megoldását tüzték ki czélul: szerepel-e a lupusnak *Finsen*-kezelésében a fény baktericid hatása? E czélból több állatkisérleti sorozatot végeztek. Az első kisérleti berendezést úgy végezték, hogy egy betegnek lupusos góczát 70 perczig megvilágították (*Finsen-Reyn*-féle lámpa) s azután abból részben nyomban a megvilágítás után, részben rövidebb-hosszabb idő mulva, apró részleteket tengeri malaczokba intraperitoneálisan beoltottak. E szerint a lupusos szövet tuberculosis-bacillusai hol egyedül a fény hatása, hol azonkivül a fény által előidézett szöveti reactio hatása alatt állottak. Az oltások egy része positiv eredményt nyujtott, más szóval tuberculosist eredményezett; a fény tehát a tuberculosis-bacillusokat nem pusztította el. Szerzők egy későbbi kisérleti sorozatukban *Nagelschmidt* eljárása szerint experimentalis oltási tuberculosissal kisérleteztek. Tengerimalaczokon helyi bőrtuberculosist hoztak létre, azt megvilágították (70 perczig) s abból ismét oltottak. Az eredmény állandóan positiv volt, az ezen anyaggal oltott állatok mind tuberculosisba estek. A tuberculosis-bacillusok tehát ezen kisérleti sorozatban sem pusztulhattak el a Finsen-megvilágítás hatása alatt. Positiv oltási eredménynyel jártak még azon kisérletek is, melyeket szerzők tuberculosis-bacillusok-tiszta kulturáival (0·5—3 mm. vastag rétegben) és staphylococcus pyog. aur.-sal végeztek. Szerzők mindezek után arra a positiv eredményre jutnak, hogy a *Finsen*-kezelés még hosszú megvilágítás után sem tudja elpusztítani az aránylag felületesen fekvő tuberculosis-bacillusokat. A börtuberculosis kezelésében a fénynek különben igen erős bakteriumölő ereje tehát nem játszik nevezetesebb szerepet s így a *Finsen*-kezelés kiváló jó gyógyeredményei sem függnek annak baktericid hatásától. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 14. sz.) *Guszman*

Húgyszervi betegségek.

A hátsó húgycső lobos szűkületeiről ir *Le Fur* (Páris). Ellentétben az általánosan elfogadott és helyesnek ismert felvétellel, hogy a húgycsőszűkületek határa a húgycső hártyás része, szerző egyetértve *Bazy*-val állítja, hogy szűkületek a húgyső hátsó részében is találhatók, a mint azt hat kórtörténetileg közölt esete igazolja.

E szűkületek okozója a legtöbb esetben a gonorrhoea, de „primaer" húgycső- vagy prostatalobok következtében is fellépnek. Alkalmi okul szolgálhat sokszor valamely sérülés, a húgycső katheterrel való megsértése, mirigy elgenyedésének betörése a hártyás részbe vagy prostatatályog áttörése a prostatikus részbe; keletkezésüknek elengedhetlen és primaer okozója azonban a húgycső megfelelő részének lobja. A stricturák többnyire körkörösek, néha azonban csak a húgycső hátsó falán lépnek fel. Alakjuk, a szerint, a mint a környezetben lefolyt genyedésnek vagy pedig a mirigyek áttörésének következményeként lépnek fel, változó, többnyire heges szalagok, vagy pedig körülirt tömött kiemelkedések találhatók, néha többes számban. Vannak végül körkörös, gyürüszerü szükületek, a melyek az egész húgycsövet körülölelik, következményeként valamely proliferáló vagy sorvasztó prostatitisnek, a mely csakhamar a prostatismus tüneteit idézi elő (fiatal prostatikusok). Gyürüszerü szükületek azonban egyszerü prostatitisek kiséretében is fellépnek, valószínüleg túlzott vagy hibásan alkalmazott gyógybeavatkozások, nevezetesen túlságos erős szereknek (arg.-nitr.) becsepegtetése folytán. Ezen ritka esetektől eltekintve azonban leggyakrabban a chronikus prostatitis mellett és ennek végső stádiuma (szerző szerint), a prostata hypertrophia kisérőjeként lépnek fel. Szövettanilag rostos és rugalmas szövetképzés jellemzi őket, ez magyarázza meg nehéz gyógyíthatóságukat és recidivákra való hajlamukat. A nyákhártyán a laphám néha elszarusodva található. A működési zavar a vizeletsugár erősségének csökkenésében, nyomás és égés érzésének felléptében a gáttájon, vizelésnél való fájdalomban és a vizelés gyakoriságában nyilvánul. Ehhez járulnak a gyakran és könnyen ismétlődő prostatitisek, genyes vizelettel, sőt prostataabscessusok. Gombos fémkutatóval vizsgálva, a végbélbe vezetett ujj ellenőrzése mellett a hátsó húgycsőben ellenállásra bukkanunk. Nehéz esetekben a diagnosist a húgycső- vagy hólyagtükörrel teszszük meg. A lefolyás, ha nem avatkozunk be elég gyorsan, hólyaghuruthoz, sőt következményes húgyfertőzés útján halálhoz vezethet. Ajánlatos a húgycső erős kitágítása, belső vagy külső húgycsőmetszés, a prostatának megfelelő kezelése és a húgycső bőséges öblítése. (Annal. d. mal. d. org. genit.-urin. 1905. 1. füzet). *Ráskai.*

A prostata-vérzésekről a következőket mondja *Albarran*. A vérzések ezen edénydús szervben igen gyakoriak. A prostata szövete a húgycső szivacsos részének folytatásaként fogható fel, ehhez járul a mirigykörüli szövetnek véredényekben dús volta (plexus Santorini) a mely véredények nagyobb edényekkel közlekednek. A mellső mirigyfelületnek a veru montanumot vivő részlete merevedés alkalmával megduzzadva, az ondónak a hólyagba való visszafolyását akadályozza meg. Ennek congestioján alapszanak a reggeli merevedések is, a midőn a telt hólyag a peripherikus plexusra nyomást gyakorolva, a mirigyet megduzzasztja. A vérzés

lehet kezdeti, lehet befejezési (terminális) és teljes. Az elsőnél a vizelet vérrögöket és alvadékot hoz magával, a másodiknál kis edények megszakadása jő létre, a teljesnél a bőséges vérzés a sphincteren áthaladva a hólyagba jut és keveredik az egész vizelettel. A vérzések okát hibás sondázások, álutak, prostatakövek és újképletek alkotják. Ez utóbbi okból fellépők fájdalmatlanok, hirtelen megjelenők és ismét eltünők. A leggyakoribb okot azonban a prostata megnagyobbodásai alkotják, húgyrekedés, a vizeletnek egyszerre való lebocsátása (ex vacuo) következtében, vagy a vizeléstől függetlenül. (Amer. Journ. of Derm. and Genito-urin. Diseases, 1904. 5. szám.) *Ráskai.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A styracol (guajacolfahéjsavester) *Nacht* szerint jó eredménynyel használható gümőkór eseteiben. Előnye, hogy még nagy adagokban sem mérgező, kellemetlen melléktüneteket nem okoz, teljesen íztelen. Por- vagy tabletta-alakban használandó; az adag 1 gramm 3—4-szer naponként. (Ärztliche Central-Zeitung, 1904. 49. szám.)

A kalomelol-kenőcs (unguentum Heyden) *Galewsky* szerint bedörzsölési kúrához használható olyan esetekben, a melyekben enyhébb higanyhatásra van szükség, vagy a melyekben a bőr érzékenysége vagy egyéb okok miatt szürke kenőcsöt nem vehetünk igénybe. Befecskendések alakjában a kalomelol nem használható a rendkivüli fájdalmasság és a keletkező erős beszürődések miatt. Belsőleg azonban nagyon jónak bizonyultak a kalomelol-tabletták, a melyek egyenként 1 centigramm kalomelolt és 6 milligramm opiumot tartalmaznak. Lokálisan eredménynyel használható a 2%-os kalomelol-oldat borogatások alakjában, avagy az egyenlő mennyiségü amylummal kevert kalomelol behintés alakjában. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 11. szám.)

A novargan új ezüstkészitmény, a mely 10% ezüstöt tartalmaz. Előnyei: jól oldhatósága, úgyszólván közömbös kémhatása, a gonococcusokra gyakorolt erős ölő hatása, a nyákhártyákra gyakorolt izgató hatásának rendkivül csekély mérve és végül az, hogy kifejezetten képes a mélybe is hatni. Használata azon esetekben javalt, a melyekben eddig a protargolt, argonint, argentamint és albargint vették igénybe. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1905. 8. szám.)

A női húgycső gonorrhoeáját *Runge*, a berlini egyetemi nőbeteg-klinika segédje következő módon kezeli: Ugy egészen friss, mint idültebb esetekben gonosant kapnak a betegek (3-szor naponként 2—2 capsulát). Heveny esetekben 1—3 nap mulva, a mikor a leghevesebb lobtünetek már nincsenek meg, megkezdi a helyi kezelést is, még pedig 10%-os protargol oldatból 1 köbcentimetert fecskendez naponként a húgycsőbe. Ha ezen kezelés mellett ismételt mikroskopi vizsgálat esetén sem találhatók már gonococcusok (a mi némelyik esetben már 7—9 nap mulva előfordul): a protargol-befecskendezést lassanként elhagyja és helyette Ricord-oldatot (Rp. Plumbi acetici, Zinci sulfurici āā 2·0; Aquae destill. 200·0) fecskendez be 10—20 köbcentimeter mennyiségben. A protargol-befecskendéshez a Fritsch-féle celluloid-toldalékot ajánlja (5 centimeter hosszú, 4 millimeter széles, végén olivaszerüen megvastagodó cső, a melynek fúrása nem a végén nyilik, hanem oldalt számos kis lyuk alakjában). Fontossággal bir még szerző azon tapasztalata, hogy a gonosan nem okoz gyomorzavarokat, ha ½ órával az étkezések után meleg tejben vétetjük be; ha mégis gyomorzavarok állottak volna be, akkor használatát 1 napra beszüntetjük és azután lassan emelkedünk a már előbb használt adagig. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 5. szám.)

Tisztelt munkatársainkhoz.

Az Orvosi Hetilap szerkesztésének átvételekor szükségét érezzük annak, hogy néhány szót intézzünk tisztelt munkatársainkhoz.

Fogadják először is köszönetünket eddigi szives közreműködésükért s engedjék remélnünk, hogy lapunkat ezentúl is felkeresik czikkeikkel.

Legyen szabad egyúttal azt a kérésünket kifejezni: sziveskedjenek dolgozataikat, ha csak lehet, úgy megfogalmazni, hogy a czikk egy-egy számban elférjen. Ennek egyaránt hasznát látja az olvasó, a lap s a szerző is, mert bizonyos, hogy czikke nagyobb hatást kelt, ha rövidebb s ha a olvasó azt egyfolytában olvashatja végig s nem csak egy héttel később kapja szemei elé a derékon ketté vágott közlemény másik felét, olyankor, a mikor szinte már elmosódott az emlékezetében az első fél tartalma. Rövid, tömör fogalmazással, mértéktartással az irodalmi visszatekintésben s a casuistikában temérdek dolgot leh t egy-egy 4—5 hasábnyi czikkben elmondani. Vannak persze esetek, a hol az anyag bősége elkerülhetlenné teszi a dolgozat nagyobb terjedelmét; ezt tudjuk és respektálni fogjuk.

A czikkekhez mellékelt rajzokat a lap ezentúl készségesen el fogja készittetni; de minthogy azok sok helyet foglalnak el, kérjük t. munkatársainkat, hogy ebben csak a valóban szükségesre szoritkozzanak.

Végül az a kérésünk volna, hogy a lapunknak szánt közleményekben szerzőik lehetőleg gondot fordítsanak a helyes magyarságra. Egy kis jóakarattal, figyelemmel, jó magyarsággal irt orvosi czikkek például vevésével sokat lehet ebben elérni. Ne méltóztassék úgy gondolkozni, hogy orvosi czikkekben mellékes a forma s csak az határoz, tartalmas-e a dolgozat vagy nem. Igaz, hogy ez fontosabb amannál, de a forma sem mellékes, mert a legtartalmasabb czikk is élvezhetlen és hatását veszti, ha nincs meg a kellő irodalmi formája s ha rossz és idegenszerű a stylusa és nyelvezete. *A szerkesztőség.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. április 21.

Lapunk szerkesztőségét és kiadóhivatalát május hó 1-jén ideiglenesen Papnövelde-utcza 2. szám alá helyezzük át.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 11. hetében (1905. márczius 19-től márczius 25.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 433 gyermek, elhalt 323 egyén, a születések tehát 141-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 26·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·1, az egy éven felüli lakosságnál: 18·2, az öt éven felüli lakosságnál: 17·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 7, meningitis tuberculosa 1, apoplexia cerebri 8, convulsiones 5, paralysis progress. 4, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 2, alii m. syst. nerv. 4, morbi org. cordi. 8, morbi myocardii 2, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 7, pneumonia 10, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 41, emphysema pulm. 2, pleuritis 5, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 0, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 3, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 5, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 0, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 0, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 0, scarlatina 4, pertussis 1, croup-diphth. 2, dipht. faucium 0, influenza 2, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 2, suicidium 2, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3680 beteg, szaporodás 933, csökkenés 862, maradt e hét végén 3692 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 166 (156), vörheny 55 (68), álh. gége- és roncsoló toroklob 26 (32), hökhurut 15 (27), gyermekágyi láz 1 (2), hasi hagymáz 3 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 35 (20), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (2), trachoma 14 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Egyetemi alkalmazások és ösztöndíjak.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők nyertek egyetemi alkalmazást: A II. számú női klinikához: Blau János dr díjazatlan gyakornok; a II. számú sebészeti klinikához: Demeczky Ödön dr. ösztöndíjas műtőnövendék; az elmekórtani tanszékhez: Goldberger Márk dr. díjas gyakornok; az idegklinikához: Hammer Dezső dr. díjas gyakornok (meghosszabbitás); a fogászati intézethez: Salamon Henrik dr. I. tanársegéd, Walheim Béla dr. II. tanársegéd, Sturm József dr. díjas gyakornok; a II. számú kórboncztani intézethez: Vas Jakab díj azatlan gyakornok.

Ugyanazon ülésben a dr. muraközi Rózsay-féle utaztató ösztöndíjat Fleischmann László dr.-nak itélték oda.

— **A budapesti orvosszövetség választmánya** a következőt teszi közhirré: „Egy külföldi czég Budapesten úgynevezett oculatoriumot akar berendezni, melyben szemüvegeket árusitanak az üzletben alkalmazott orvos díjmentes vizsgálata alapján. A czég megbizottai keresnek olyan orvost, a ki rendes fizetés és tantième fejében vállalná ezen állást. A budapesti orvosszövetség választmánya jóllehet meg van győződve, hogy nem akadhat orvos, a ki ilyen alkalmazásra kapható volna, tekintettel az esetleg tévesen informált kollegákra, figyelmezteti az orvosszövetség tagjait, hogy ezen állás vállalása súlyosan sérti az orvosi ethikát.“

— **Választás.** *Székely Ferencz* dr.-t Magyarkanizsán községi orvosnak választották. — *Forstinger Oszkár* dr.-t bodajki körorvossá válasz-

tották. — Széplakon a körorvosi állást ideiglenesen *Neményi Ágoston* dr.-ral töltötték be.

— **Pályázat.** Az országos balneologiai egyesület idei közgyülése elhatározta, hogy az egyesület évenként 200 korona jutalommal fogja díjazni azon nyomtatásban megjelent legjobb magyar balneologiai dolgozatot, mely olyan szerzőtől származik, a ki valamely hazai fürdőben mint orvos működik. Az első díjat az igazgató tanács ezennel az 1905. évben nyomtatásban megjelent legjobb dolgozat jutalmazására tűzi ki. A jutalmazásra pályázó munkák 1905. deczember hó 31-dikéig a balneologiai egyesület főtitkárához küldhetők meg, de a be nem küldött dolgozatok is figyelembe fognak vétetni. A jutalomdíj a balneologiai egyesület 1906. évi közgyülésén fog kiadatni. Budapesten, 1905. április hó 17-dikén. Az országos balneologiai egyesület igazgató tanácsa.

— **Tuberculosis-congressus.** Folyó évi október 2—7-dike közt nemzetközi tuberculosis-congressus lesz Párisban. A congressus nem tisztán orvosi, hanem egyúttal közegészségügyi, társadalmi jellegű is lesz. A védnökséget Loubet köztársasági elnök fogadta el, a diszelnökséget két ismert sociologus és államférfi: Casimir Perier és L. Bourgeois. A congressussal a Champs-Elysées nagy palotájában rendezendő tuberculosis-kiállítás lesz kapcsolatos, mely tudományos és iparos osztályból fog állani. A congressus érdekeit előmozditani hivatott magyar bizottság is alakult a napokban Pertik Ottó tanár elnöklésével, a ki szivesen nyújt felvilágositást a congressusra vonatkozó minden kérdésben.

‖ **A Doyen-féle rákserumról.** Doyen seruma állandóan vitatkozások tárgya a párisi orvosi körökben. A párisi Académie de Médecine nemrég visszautasitotta Doyen egy bejelentett előadását, azzal a megokolással, hogy megvárandónak véli a rákserum ügyében kiküldött bizottságok véleményes jelentését. Metschnikoff a Doyen-féle mikrococcus neoformans-t megtalálta a legtöbb kiirtott rákdaganatban, az elfekélyesedettek kivételével, de arról, hogy specifikus-e ez a mikrococcus, nem mond még határozott véleményt. Azok a gyakorló orvosok, a kiknek az utóbbi hónapokban Doyen meghivására alkalmuk volt figyelemmel kisérni a klinikáján kezelt eseteket, kedvezően nyilatkoznak a rákserum-kezelésről; bizonyítják, hogy a Doyen-féle kezelésre a rosszindulatú, inoperabilis daganatok már 2—3 hét mulva megkisebbednek és operálhatókká lesznek, sőt hogy vannak esetek, a melyek legalább klinikailag gyógyultnak látszanak. A párisi Société de chirurgie, mely eddig a limine visszautasitotta Doyen állitásait, ezek után indittatva érezte magát arra, hogy ez ügyben bizottságot küldjön ki. Doyen nemrég Brüsselben előadást tartott elméletéről. Ebben előadja, hogy felfedezését két új ténynyel támogathatja. Az egyik az, hogy 20 kisérleti állaton oltásaival positiv eredményt tudott elérni. A másik pedig, hogy sikerült neki tenyészeteiben rákbetegek vérsavójával agglutinatiót létesiteni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1905. 15. szám.)

⁄ **Az úgynevezett „emberséges" lövegek hatása.** Hasonlóan az angol-búr háború tapasztalataihoz, a jelenlegi orosz-japán háborúban is a puskagolyók okozta sérülések állanak első helyen. Az utolsó japán jelentések szerint a sérülések 85%-át puskagolyók okozták, 8%-át ágyúlövegek, mig a csupasz fegyverrel („szálfegyverrel") okozott sérülésekre 7% jut. Ezzel nagyjában megegyeznek az orosz részről tett tapasztalatok, a mennyiben a puskagolyók okozta sérülésekre az esetek 86%-a, shrapnellsérülésekre 13%-a esik, a maradék 1% pedig megoszlik egyéb ágyúlövegekkel és csupasz fegyverrel történt sérülések között. A puskagolyók köpenyük miatt kicsiny, szabályos sebcsatornát okoznak és nagy horderejük miatt ruhaszövetet a sebbe többnyire nem visznek. Főleg a japán golyókról áll ez (1897-es mintájú Mauser-fegyver), melyek 6½ mm. átmérőjüek, 10½ gm. súlyúak és másodpercznyi kezdősebességük 725 m. Az orosz golyó átmérője 7·6 mm., súlya 13·7 gm., kezdősebessége 620 m. Mindezekből már a priori kiviláglik a japán golyók úgynevezett emberségesebb volta, már t. i. a mennyire ezen paradox czimet modern öldöklésre szánt fegyver megérdemli! És tényleg, orosz részről történt megfigyelések szerint a japán golyó fenti tulajdonságainál fogva, a testen való teljes áthatolás mellett néha a legkönnyebb természetű sérüléseket okozza, még nemesebb belső szervekben (tüdők, szív, hasi zsigerek) is. Főleg a 600—1600 m. távolságra áll ez, mig kisebb távolságnál a zsigerekben exploziv hatást észlelni, nagyobbnál pedig a sérülés többnyire át nem hatoló. Az oroszok egyik orvosfőnöki jelentése szerint a sérültek 32%-a volt ismét harczképes egy hó mulva! Az orosz fegyverek hatásáról hivatalos japán feljegyzés még nincsen, de borzasztó hatásukról, igaz kis távolság mellett, a legutóbbi pétervári szörnyű sérülések tesznek tanuságot az ottani utczai harczok alkalmával. Ha azonban mindezek után a kis kaliberű és nagy horderejű japán löveget az „emberségesebb" jelzővel megtisztelnők, ezt bizonyos fenntartás nélkül tennünk nem szabad; mert a dolog tulajdonképen akként áll, hogy még ezen hypermodern golyó is a harcztéren magán sokkal több halálozást okoz, mint más rendszerű régi; azonban a sebesülteknek maguknak nagyobb százaléka gyógyul fel, mint annakelőtte, az okozott sérülések kedvezőbb, sőt gyakran aseptikus volta miatt. (La Sémaine Médicale, 1905. 13. sz.)

§§ **London Battersea negyedében** nemrég este 9-kor hirtelen kialudtak az összes villamos lámpák a villamos telep zavara következtében. A „Lancet" ez alkalommal figyelmeztet arra, hogy milyen bajt okozhat ez a körülmény műtét alkalmával, ha erre az eshetőségre nem számitva, nem gondoskodnak eleve más fényforrásról is.

⨯ **A német egyetemeken** a téli félévben 1633 volt a nőhallgatók száma; ezek közül rendes hallgató volt 122.

= **Balesetbiztositási congressus.** Május 29-dike és junius 4-dike közt nemzetközi balesetbiztositási congressus lesz Liège-ben. Az előadások a következő czimre jelentendők be: Poëls dr., Bruxelles, Rue Marie-Thérèse 2.

⊕ **A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján** a folyó év első negyedében a szülések száma 341 volt; a született magzatok közül élő volt 317. A született magzatok száma egyezik a szülések számával, ikerszülés tehát nem volt; fiú volt 163, leány 176, kérdéses nemű 2: törvényes 113, törvénytelen 228. Az ápolás alatt volt nőbetegek száma 179-et tett ki.

† **Elhunyt.** *Feuer Miksa* dr. honvéd-törzsorvos április 12-dikén Sziszeken. — *Ötves Gerő* dr. szilágynagyfalusi körorvos 36 éves korában április 9-dikén.

△ **Lapunk mai számához Mirtl dr. „Meerscheinschloss" gyógyintézetének prospectusa van mellékelve, melyre t. olvasóink figyelmét ezennel felhivjuk. Az intézet egy történelmi nevezetességű hires palotában van az összes modern igényeknek megfelelően elhelyezve, melyet eredetileg a művezető nuntiusok birtak. Tulajdonosa: Karl Mirtl dr. egyet. orvostudor, Graz.**

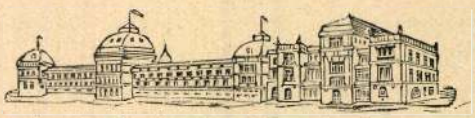
A legkülönbözőbb ideggyengeségeknél, szívneurosisoknál, vérszegénységnél, nehéz betegségek utáni üdülési szakban, vézna, gyenge egyéneknél, mint általános erősítő, a legkiválóbb gyógyszerkülönlegességnek bizonyult a **„Nervinol Barabás"**, mely klinikákon, kórházakban, sanatoriumokban a legjobb eredménynyel rendeltetik. Tartalmazza: a ferrum, bromum, calcium, natrium, glycerophosphat sóit szörp alakban. Adagolás módja felnőtteknél 3 evőkanállal, gyermekeknél 3 kávéskanállal naponta 3-szor egy fél órával étkezés előtt. Készíti és szétküldi a Lipótvárosi Szt. István-gyógyszertár, Budapest, V., Nádor-utcza 3.

Az allandi gyógyintézeti egyesület XIII. évi jelentéséből 1904. évről: . . . Gyógytani alkalmazásra vonatkozólag itt csupán a **„Tutulin"**-nal való tapasztalásainkról akarunk szólni, mely szert gyengült táplálkozás és a tápfelvétel csökkenése eseteiben rendeltünk és pedig jó eredménynyel. Csaknem mindig a testsúly gyarapodására és az étvágy fokozódására észlelhető befolyását tapasztaltuk.

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

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

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Dr. Kern Géza rendelő-intézete nőbetegek számára IV., Koronaherczeg-utcza 6. Forró öblitések, vibratio, massage.

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

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

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes tudományos ülés 1905. április 15-dikén.) 303. l. — XV. magyar balneologiai congressus. (II. ülés 1905 április 8-dikán délután.) 305. l. (III. ülés 1905. április 9-dikén délelőtt.) 306. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 306. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1905. április 15-dikén.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri *Justus Jakab*, *Kollarits Jenő* és *Paunz Márk* tagtársakat. Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére *Zwillinger Hugó*-tól és *Váli Ernő*-től érkeztek be különlenyomatok. Köszönettel vétetnek.

Szomorú kötelességet teljesit, midőn *Steiner Samu* tagtárs elhunytát bejelenti, a ki hosszas és kinos szenvedés után 46 éves korában halt meg. Csak növeli a veszteség felett érzett fájdalmat annak a tudata, hogy súlyos orvosi kötelességének teljesitése közben érte őt a baj, mert ebben látjuk mindnyájan a magunk sorsát. Annak tudata, hogy orvosi kötelességünk teljesitése életünket fenyegeti, a részvét legnagyobb fokára kötelez. Inditványozza, hogy mély részvétét fejezze ki az Orvosegyesület és ezt az elhunyt özvegyével kellő módon közölje. Egyúttal inditványozza, hogy részvétét az Orvosegyesület jegyzőkönyvében örökitse meg.

Néhány fémmérgezésről új kutató módszer alapjain.

Justus Jakab: Előadó vizsgálatai a kénesőre, ólomra, ezüstre és arsenra terjeszkednek, a mely utóbbi elemet analytikai magaviselete miatt csatolta ide. Czélja volt ezen elemek vegyületeivel mérgezett emberek és állatok szöveteiben a mérgeket kimutatni. A kimutatás nem a vegyi módszerek szerint történt, melyeket a chemia tanit és melyeknek első feltétele a szerveknek teljes elroncsolása, hanem oly methodussal, mely megengedi a szövetnek épségben tartását, hogy azt górcsövi vizsgálat alá vethessük. Előadó a részleteket ezúttal nem emliti, csak azt, hogy eljárása eredményeként az illető fémek sulfidjait nyeri, illetve arsensulfidet. E sulfidek színeződésük révén a górcső alatt a szövetben és sejtekben kitünően felismerhetők. Előadó számos vetitett górcsői képben mutatja be sublimattal mérgezett emberi szervekből nyert metszeteit, továbbá az arsennel, ólommal és ezüsttel mérgezett állatoktól származókat.

Végül megjegyzi, hogy vizsgálatainak bizonyos elvi jelentőséget is szeretne tulajdonitani, mert nem igen van példa, hogy sikeresen kutattak volna mikrochemiai úton a végből, hogy bizonyos vegyi elemet mutassanak ki górcsői vizsgálatra alkalmasnak megtartott szövetekben.

Fenyvessi Béla: A praeparatumok alapos átvizsgálása nélkül nehéz a kérdéshez hozzászólni. Nem tudja szóló, hogy a mikroskopi képek alapja csakugyan a megfelelő sulfidok-e és ki vannak-e zárva egyéb a normális szövetekben jelenlevő fémek, pl. Fe lecsapódása.

A H_2S-sel való sulfidképződés nem a legérzékenyebb reagense a vizsgált összes fémeknek, mert csak kedvező körülmények között válnak ki egyes fémsulfidok annyira, hogy csapadék jönne létre.

Arra nézve, hogy ilyenféle eljárás még nem lőn megkisértve, felemliti, hogy a gyógyszertani intézetben *Hári Pál* a vas kimutatására szövetekben kénammoniumot használt.

Justus Jakab: A normális szövetekben levő fémek, nevezetesen a vas lecsapódására természetesen gondolt és határozottan állitja, hogy a vasat a megfelelő reactiókkal elkülönitette. Az arsen-trisulfidot maga a szinkülönbség is már eldönti, de még inkább az, hogy erősebb ásványi sav, például HCl-ben hosszabb ideig tartva nem oldódik, kizárja a vasat.

A reactio érzékenységére nézve megjegyzi, hogy a H_2S-sel való lecsapódás a legérzékenyebb módszerek közé tartozik, mert a szóban forgó minden fémvegyülettel kapható, még higabb oldatban is, csak elég hosszú ideig hasson be a H_2S, napokig, esetleg hetekig. Más reactiót is megpróbált, de pontosabb eredményeket nem kapott.

Hári-nak a vas felszivódására vonatkozó kisérleteit kénammoniummal szóló ismeri, de csak a gyomor felső hámrétegét sikerült megfestenie, a mélyebb rétegeket azonban nem, s ezért nem említette.

Torticollis mentalis két esete.

Kollarits Jenő: 1. eset. A 30 éves leánynak görcsei vannak a nyakizmokban, főleg a jobb sternocleidomastoideusban, a két cucullarisban, de a fej más irányokban is mozog, a szemhéj és az arczizmok is mozognak. A nyelés is nehéz. Ez nem egyes izom görcse, hanem associált mozgás, görcsös fejtartás. A beteg jobb arczát kezével érintve, egy ideig megszüntette a mozgásokat. Ez psychikai fogás és mutatja, hogy a baj psychikai. A kórelőzményben csak egy kedvetlen növérről van szó, de a beteg maga is mindig kedvetlen volt, jobban szeretett volna meghalni, mint élni. Tizennyolcz éves korában szült, családi összeütközései voltak, kedvese meghalt. E miatt álmatlan, ingerlékeny volt, a nyaka zsibbadt. Ezen zsibbadás miatt eleinte maga mozgatta a fejét, majd akarata ellenére nyaka magától is összehúzódott. Hysteriás stigma nincs. Minden suggerálás csak 3—4 heti eredménynyel járt.

2. eset. A 44 éves férfinak egy nyugodt percze sincs. Az arczizmok, váll, fej folyton mozognak, a beteg arczát fintorgatja, fogát vicsorítja, öklöndözik. Görcsök vannak törzsében és jobb felső végtagjain is. Baja nem izomgörcs, hanem görcsös fejtartás. A beteg enni alig tud, táplálkozása zavart. A kórelőzményben csak egy fejfájós nagynéni szerepel, de a beteg súlyos psychikai traumáknak volt kitéve, felesége meghalt, typhusa volt, vagyonát elvesztette, mert a typhussal arányban nem álló gyengélkedés miatt nem dolgozott. Ilyen kedélyállapotban feje reszketni kezdett és minél jobban igyekezett azt legyőzni, annál rosszabb lett a baj. Psychikai fogás — az áll érintése kézzel, mire a görcs megszünt — most már nem hat. Hysteriás stigma nincs rajta.

Észlelt még egy hasonló esetet, 28 éves, dohánygyári munkásnőt, a ki gyermekkorában sohasem szeretett pajtásaival játszani, erővel kellett mulatságba vinni, és sirásban kapta baját. Anyja és két nagynénje fejfájós, ideges volt. Kis trauma érte nyakát, mely gondolatait nyakára irányitotta. A görcsök a nyakon, vállon, arczon, felső végtagokon és jobb czombon nyilvánultak. Ennek a betegnek is volt psychikai fogása, mely egy ideig használt. A beteg hypnosisra munkaképes lett, de most sem egészen gyógyult, néha oldalt fordul a feje és sok neurastheniás panasza van. Bemutatni nem lehet, mert ha meglátná a másik két esetet, visszaesnék bajába. Részletesen még három esetet vizsgált, ezeket már *Jendrássik* a Belgyógyászat kézikönyvében közölte.

Mind a hat eset torticollis mentalis. A név és fogalom megállapitása és a kézfogás ismertetése *Brissaud* érdeme. Már *Charcot* kimutatta, hogy ez nem accessorius görcs, hiszen más izmokban is van. *Brissaud* és tanitványai a tichez sorolják. *Jendrássik* a hysteria egy tünetének tartja, mert ehhez teljesen hasonlók azok a görcsök, melyek a test más részében hysteriából származnak. A görcsös torticollist hysteriásra és nem hysteriásra osztani nem lehet, épen az ilyen kis stigmanélküli esetekre alkalmazta *Charcot* a monosymptomás hysteria kifejezést. A nem hysteriás torticollis czimén közölt esetek egy részében kimutatható a hysteria. Például, a hol azt említik, hogy az accessorius nyomására megszünik a görcs, de nemcsak az accessorius izmaiban, hanem más izmokban is. Az accessorius-nyomás itt ép úgy szerepel, mint az ovarium-nyomás más hysteriás jelenségek megszüntetésében.

Minden görcsös torticollis mentalis eredetű hysteriás jelenség.

Psychikai bajnak csak psychikai kezelése lehet. Egy esetében a hypnosis segitett, máskor a gyakorlás jó. Az accessorius-átvágás, resectio, az izmok átmetszése is csak néha eredményes, akkor is csak mint suggerálás hat, hiszen a görcs sokszor megszünik az át nem metszett izmon is. A műtét azonban többnyire eredménytelen, utána más izmokra csap át a görcs. Az operált és nem gyógyult beteg azon suggerálással gazdagabb, hogy rajta már az operatio sem segít. A tapasztalat azt mutatja, hogy ezzel a suggerálással szemben majdnem fegyvertelenek vagyunk.

Némai M. József: Az egyik bemutatott beteg inartikulált hangokat hallatott, melyek belégzési hangok és a minőket hallunk stenotikus gége vagy gégegörcs mellett. Ezek a hangok valószinűleg az által jönnek létre, hogy a nyakizmokon látható görcsök átterjednek a gégeizomzatra és igy a constrictor pharyngisre is. Szóló ilyen tüneteket tapasztalt hysteriás nőkön.

A hátsó rostasejtek genyedése által okozott látóideg-gyuladás.

Paunz Márk: I. G., 23 éves leány. Jelentkezett 1905. január 18-dikán az egyet. szemklinikán. Két hét óta jobb szemének látása megromlott. Ezt megelőzte jobboldali fejfájás. Náthája nem volt. Mindkét szem külsőleg ép. J $^5/_{50}$ ü. n. j. B $^5/_5$? ü. n. j. Törő közegek tiszták. Pupillák jól reagálnak. Jobboldalt kifejezett *papillitis* nervi optici. Bal szemfenék ép. Az orrvizsgálat a hátsó rostasejtek avagy az iköből genyedését tette valószinűvé. A bulbus hátranyomása fájdalmas; a jobb lamina papyraceára gyakorolt nyomás igen érzékeny; a szaglórésben kevés nyálkás-genyes váladék. Ezért P. 1905. január 21-dikén a jobb középső kagyló resectioja után behatolt a mellső rostasejtekbe és innét lépésről lépésre a hátsókba is. Utóbbiakban geny volt, mely a rostaüreg széles megnyitása által kellő lefolyást nyert. Január 24-dikén J $^5/_{30}$. A papillitis is némi javulást mutat. Az orr rendszeres kezelésben részesül, öblitésekkel. Január 29-dikén J $^5/_{20}$. Ezután fokozatos javulás következik be. Az orrban kevés genyes-nyálkás váladék. Február 25-dikén beteg elbocsáttatik J $^5/_{15}$? B $^5/_5$? Ez esetben a jobboldali hátsó rostasejtekben fellépett genyedő folyamat idézte elő a nervus opticus gyuladását annak a canalis opticusban haladó részében, mely papillitis alakjában nyert a szemtükörrel is látható kifejezést. A javulás tisztán az orrbántalom kezelésére következett be és igy ezen eset világosan mutatja, hogy itt csakugyan nasális fertőzés okozta a látóideg gyuladását. Hasonló eseteket mások is észleltek. A nasális eredetű retrobulbáris látóideg-gyuladásokra jellemző az egyoldali fellépés — bár kétoldali iköbli avagy rostaüregbeli genyedés kétoldali neuritis opticát is okozhat —, a szemteke hátranyomásának fájdalmas volta, továbbá döntő a positiv orrlelet.

Kétoldali rhinogen papillitis orrműtéttel gyógyított esete.

Pollatschek Elemér: Midőn két év előtt az orvosegyesületben kétoldali atrophia nervi optici esetét mutatta be, a melyet ikcsont-nekrosis okozott, részletezte a kérdés irodalmát. Az iköből megbetegedése által okozott egyoldali látási zavaroknak több esetét találjuk az irodalomban. Kétoldali vakság azonban, a melynek ezen eredete bizonyos, nagyon kevés van felemlítve. Az általa bemutatott eset összefüggését az iköből megbetegedésével *Ónodi* kétségbevonta úgy hozzászólásában, mint azóta megjelent dolgozatában és azt agyalapi luesnek tartja. Tekintettel arra, hogy a betegségnek minden más tünete hiányzott, megmarad eredeti leirásánál. A jelen eset, a melyet bemutatni szerencséje van, tudtával egyetlen az irodalomban, a mennyiben alkalmuk volt az esetet hevenyen észlelni és mint gyógyultat bemutatni. Kórtörténete röviden a következő: A 32 éves beteg mindig egészséges volt 17 éves koráig, ekkor valamely lázas betegséget kapott, a mely két hétig ágyhoz kötötte. Igen heves fejfájásai voltak, a melyeket mindig a koponyatetőn érzett. Ezen bajából teljesen felgyógyult, fejfájásai azonban azóta gyakran jelentkeztek, mindig a koponyatetőn, és ha lehajolt, fejfájása erősbödött. A fájdalom mindig reggel volt erősebb és délután hirtelen megszünt. Ezen betegsége óta nagyon könnyen hült meg, náthát kapott és fejfájása ilyenkor mindig hevesebb lett. Felvétele előtt egy héttel lázas beteg lett, ágyba feküdt, fejfájása igen hevesen lépett fel. Ehhez nagy nátha csatlakozott és a jobb orrából bűzös genyes váladék távozott időközönként. Fejfájása most állandó lett, este sem enyhült. Betegségének negyedik napján látása lassan rosszabbodni kezdett, előbb a bal, majd a jobb szemen és megbetegedése után egy héttel teljesen megvakult, mint maga mondja: „mintha folyton éjszakában lenne". Ezen bajával hozták a szemészeti klinikára, a hol a vizsgálat a következőket mutatta: Bal szemen fényérzés nincs, jobb szemen fényérzés 3 meter. Mindkét szemfenéken a papilla szürkésfehér, elmosódott határú, kiemelkedő, a venák tágak, kanyargósak, az arteriák szükek. Diagnosis: Papillitis in atrophiam vergens. A szemészeti klinikáról az I. belklinikára küldetett át, a hol *Bálint* tanársegéd semmi alapját a megbetegedésnek sem az idegrendszerben, sem a szív vagy a vesék részéről nem találta. Ezért orrvizsgálat vált szükségessé, mely a következőt eredményezte. A bal orrfél teljesen ép, benne vértelenités után sem látható geny. A bal orrban sok bűzös, sárgás geny. Az orr kitisztitása után a geny a fissura olfactoriában jelenik meg. Középső kagyló hátsó harmadának eltávolitása. A hátsó rostasejtek megnyitása és kikaparása *Hajek*-féle horoggal és kanállal. A rostasejtekben sok bűzös geny. Vérzés miatt a műtét folytatása másnap. Kitisztitás után a sinus sphenoidalis nyilása helyén genyes gomoly. A sinus sphenoidalis megnyitása a bemutatott eszközzel. Az üregből kevés geny ömlik. Műtét után harmadnapra látás mindkét szemen $^5/_{70}$, a melyet üveg nem javit. A jobb papilla szürkés-vörös, kissé kiemelkedő, belül határa borus, venák tágak, kanyargósak, arteriák normálisak. Bal papilla hasonló, de határa minden oldalon éles, venák kevésbé kanyargósak és tágak. Műtét után három héttel látás bal szemen $^5/_{30}$, jobb szemen $^5/_{20}$. Kezelés a genyedő üregek száraz desinfectiojából állott. Jelen esetnek úgy anamnesise, mint lefolyása — azt hiszi — kétségtelenül mutatja az oki összefüggést a két megbetegedés között. Anatomiailag magyarázatul szolgál a látóideg viszonya az iköbölhöz és a hátsó rostasejtekhez. Feltünő az, hogy csak az egyik oldalon volt jelen geny az orrban. Ezt úgy magyarázzuk, hogy csak egy iköböl van jelen, mert egy iköbölnél, ha tudniillik az üreg nincs csontos sövény által kettéválasztva, csak egy kivezető nyilás van, mint ezen esetben. A lobnak átterjedése a látóidegre úgy képzelhető, hogy az opticusnak a látólyukakban való fekvése helyén mindkét oldalon van a csonton dehiscentia vagy pedig csak az egyik oldalon és az itt kifejlődött periostitis per continuitatem terjed át a másik látóidegre. Ezen esettel kapcsolatban szóló bátorkodik felemliteni egy néhány hónap előtt kezelt esetét. A szemészeti klinikán jelentkezett egy férfibeteg január hó közepén, a ki három hét előtt veszitette el bal szeme látását. Diagnosis: Neuroretinitis oculi sin. Az orrban baloldali hátsó rostasejtgenyedés és iköbölgenyedés. Látás $^5/_{70}$, a mely a radikális, előbb leirt műtét után $^5/_{10}$-re javult. Mindkét eset mutatja a kérdés fontosságát és mindkettő szerencsés, mert heveny állapotban került észlelés alá.

Orrbetegségek által előidézett szembajok.

Paunz Márk: Hatévi tapasztalairól számol be. Boncztani praeparatumokon bemutatja az orrbajok által előidézett szembajoknak átterjedési módját. A szem védő és segédszervei — a könyvezető szervek és a szemüreg —, továbbá nervus opticusnak a canalis opticusban haladó része betegedhetnek meg legkönnyebben az orrüregből kiinduló lag. Ritkább a fénytörő közegeknek nasális eredetű bántalma, kivéve a corneának dacryocystitis folytán keletkező rosszindulatú fekélyeit. Részletesebben ismerteti a könytömlőnek és könyvezetőnek orrhurutokból, melléküreggenyedésekből stb. származó bántalmait. Ezen esetekben mindig a legnagyobb súlyt kell helyezni az orrüregre is, bár a jelenlevő orrbántalom kezelése nem mindig elegendő. A könytömlőbántalmat is kellő kezelésben kell részesiteni. Több esetet ismertet.

A szemüreg vagy lobos folyamatoknak az orrüregből való átterjedése által betegszik meg, vagy pedig egyes üregeknek (sin. frontal. és cell. ethmoid.) cystikus tágulásai által szenved térfogatmegkisebbedést. Az orbitális phlegmone legtöbbször nasális eredetű. Egy esetet ismertet, melyben a sin. frontalis idült empyemája okozta az orbita gyuladását. A sin. frontalisból kiindulólag a szemizmok is szenvedhetnek, ha a sinusban levő geny collaterális oedemát okoz a szemizmokban. Ez megfelelő izomhűdésekben nyer kifejezést.

A hátsó rostasejtek és az iköből genyedő folyamatai gyakran előidézik a látóidegnek gyuladását a canalis opticusban. Az iköből genyedésével a nerv. oculomotorius, trochlearis és abducens önálló hűdése is létrejöhet. Az oculomotorius és abducens ilyen eredetű hűdését már észlelték.

A tractus uvealis is gyakran szenved orrmelléküregbántalmaknál (*Ziem*). Ezt *Kuhnt* is találta. Szóló ismertet egy esetet, melyben a Highmor-üreg genyedésének megszüntetése az ugyanazon oldali hyalitist lényegesen javitotta, a visus $^5/_{15}$-ről $^5/_7$-re javult, az üvegtest jelentékenyen feltisztult.

Figyelmeztet végül azon veszélyre, mely a bulbáris műtéteknél fenyegeti a szemet a lappangó melléküreggenyedések részéről. Ezekre ép úgy kell ügyelni, mint a könytömlőgenyedésre.

Bálint Rezső: Két okból kér szót, részint azért, mert az eset a szemészeti vizsgálat után először hozzá került bel-, illetve ideggyógyászati vizsgálat czéljából és szóló volt az, a ki gyanúját fejezte ki az iránt, hogy a betegnél jelenlévő kétoldali papillitis rhinogen eredetű, részint pedig azért, mert szóló az esetet úgy tudományos szempontból, mint a praktikus therapia szempontjából annyira fontosnak tartja, hogy annak jelentőségét a bel- és ideggyógyászattal foglalkozó gyakorló orvosokra nézve külön ki akarná emelni. A beteg a papillitis o. u. diagnosissal került hozzá. A dolgok menete igen gyakran ez. Bármily okból származzék is a papillitis, ha korán fejlődik ki, a mikor az azt okozó betegség többi symptomája kevésbé kifejezett, a beteg rendesen a szemészt keresi fel először, mert látásának gyengülése a legpositivebben jut tudomására, s csak innen kerül az idegorvoshoz. A beteg tehát mintegy már magával hozza a kész diagnosist. Tudvalévő dolog ugyanis, hogy a papillitis az agydaganatnak legconsequensebb és legpositivebb tünete, annyira, hogy pl. *Oppenheim*, *Elschnig* és mások összeállitása szerint 100 papillitis közül legalább 90 agydaganat által teleztetik fel, a többi 10% nagy része szintén fokozott agynyomással járó folyamatokra oszlik el. Igy meningitisek, hydrocephalus internus, encephalitis acuta stb. egyes eseteiben észleltek papillitist. Vannak leirva még papillitises elváltozások infectiosus megbetegedések után, chlorosisnál, encephalopathia saturninánál, koponya alakulati hibáknál stb. Ezek azonban annyira ritkák, hogy a papillitis tulajdonképen magában foglalja az agydaganat diagnosisát. Kutatunk már most a daganat többi tünetei iránt, s ekkor azt találjuk, hogy a betegnél a szemtüneteken kivül semmi egyéb daganati tünet, csak fejfájás van jelen. Az agydaganat-diagnosist azonban ennek daczára sem vethetjük el. Ismeretes tény az, hogy az agydaganatok aránylag igen nagy része nem okoz lokális tünetet vagy egyáltalában nem okoz semmi positiv tünetet, s igy ha olyan papillitises beteggel állunk szemben, kinek egyetlen objectiv tünete a papillitis, még mindig nem tarthatjuk megdöntöttnek az agydaganat-diagnosist, s megállapodunk abban, hogy a daganat nem lokalizálható, a mi egyértelmű természetesen azzal, hogy az eset operativ beavatkozásra nem alkalmas, a mi a beteg látásának prognosisát a legrosszabbként állapitja meg.

A bemutatott eset új nézőpontot állit elénk, a melyet a fenti körülmények között mindig szem előtt kell tartanunk. És szem előtt kell tartanunk annál is inkább, mert az ilyen esetek, miként a bemutatott is, a papillitisen kivül még más oly tüneteket is mutathatnak, a melyek csak megerősithetnek bennünket azon felvételünkben, hogy lokalizálhatlan agytumorral állunk szemben. Ilyen tünet a fejfájás, mely a melléküreg genyedésének hű kisérője, mely lehet tartós, kinzó, lehet egészen a tumoros fejfájáshoz hasonló; de létrejöhetnek a melléküreggenyedések mellett még egyéb tünetek is, a melyek a papillitis jelenléte mellett tévedésbe ejthetnek bennünket. Ismeretes dolog, hogy ily genyedéseket, a mint nekünk is alkalmunk volt látni, agynyomási tünetek: bradycardia, hányás, soporosus állapot stb. kisérhetnek, a melyeknek oka egy következményes meningitis serosában keresendő, melynek jelenléte papillitissel együtt vagy az anamnesisben elmondva, nagyon valószinűvé teszi a papillitis intracranialis eredetét.

A bemutatott eset tehát azt mondja, hogy minden oly esetben, a hol papillitis mellett az agydaganatnak félre nem ismerhető lokális tünetei nincsenek jelen, kutatnunk kell azt is, vajjon a papillitis nem orri eredetű-e.

Kutatnunk kell, vajjon a látás romlásával, vagy az egyéb cerebrális tünetek felléptével egyidőben nem állott-e fenn betegnél az orrnak valamely nagyobb intensitású catarrhális állapota, nem volt-e s nincs-e a betegnek folyása az orrból, esetleg hátra a garat felé; jelen esetben a garatba hatalmas genyes tömeg lógott be, stb.

Vizsgálnunk kell egy szóval, vajjon az orr melléküregeiben, főleg az ethmoidális és sphenoidális üregben nem áll-e fenn genyedés, a melyet a papillitissel összefüggésbe lehetne hozni. S hogy e gondos vizsgálat nem hiába való, azt mutatja a bemutatott beteg, kinek ily módon szeme világát adtuk vissza.

Zwillinger Hugó: Az orrbetegségek által előidézett szembajok tana sok érdekes s részben eddig még meg nem fejtett kérdést vet fel, úgy a rhinologiában, mint a szemészetben, ide tartozik az *uveális tractus* orrbajok következtében megbetegedésére vonatkozó elmélete *Ziem*-nek, mely különböző oldalról, különösen *Zarniko* részéről hathatós okokkal megtámadtatott, ide tartozik a functionális zavarokra, nevezetesen a látótér korlátozására, az asthenopiára vonatkozó theoria. Az újabb tankönyvek ezen összefüggést behatóbban méltatják és külön fejezetekben tárgyalják, legczélszerűbben a *Kuhnt* által ajánlott beosztás szerint, ki lobos, functionális és mechanikus természetű okok alapján tárgyalja az összefüggést. Természetes, hogy leginkább az első osztályba tar-

tozók, mint leggyakoriabbak, fognak érdekelni, első sorban a könyutak és a conjunctiválisi zsák orrból eredő megbetegedései. Kiemelendőnek tartja szóló azon tényt, hogy a conjunctivitis és keratitis phlyktaenuláris esetei, melyek minden kezeléssel daczolnak, a meglevő adenoid vegetatiók ellávolitása után gyorsan gyógyulnak, még pedig nem épen oly vegetatiók eltávolitása után, melyek orrzavarokat okoztak; ezen körülményre más helyen kiván még kitérni. Tuberculosis és scleroma átterjedését az orrból a szemre szintén észlelték, az elsőt nevezetesen *Seifert*. Legérdekesebb és a discussio központjában levő része ezen kérdésnek azonban a melléküregek genyedéssel járó bántalmainak átterjedése az orbita tartalmára; ezen empyaemák addig kevésbbé ártalmasak, mig az őket elzáró csontos fal egészséges; ha ezen fal megbetegszik, ha periostitis, ostitis, caries vagy nekrosis támadja meg, akkor a bántalom nemcsak a szomszédos szervre, nevezetesen a szemre válhatik veszedelmessé, de veszélyezteti magát az életet is, panophthalmia, bulbus elgenyedése, megvakulás, a v. centralis retinae thrombophlebitise, annak tovaterjedése a sinus cavernosusra vagy a plexus pterygoideusra s pyaemia az ismeretes kimenetelek. A rhinochirurgia fejlődése, párosulva pontos megfigyeléssel, kezünkbe ad azonban egy eszközt, melynek segitségével sikerül már most számos ily esetben gyógyulást elérni. Szóló tapasztalatai különösen egy esetre vonatkoznak, melyben rostacsontüreg-genyedéssel egyidejűleg csekély protrusio bulbi volt jelen ugyanazon oldalon, mely esetben megnyitás és kikaparás után ezen protrusio visszafejlődött. Ezen tér az, melyen a modern rhinochirurgia diadalait aratja s megelégedéssel kell konstatálni azon körülményt, hogy a mi szemorvosaink is felkarolva a kérdést, figyelemmel kisérik az idevonatkozó adatokat. A functionális és mechanikus eredetű bántalmak is még beható tanulmányra szorulnak, mint azt az előadó fejtegetéseiből hallottuk.

Donogány Zakariás felemliti, hogy a szemizombénulás és protrusio jelen van a nélkül, hogy áttörés jött volna létre az orbitába. Az ilyen esetek kétesek. Két év előtt volt hasonló esete, mely egy joghallgatónál lépett fel, csekély protrusio bulbi és kettős látás. Orra azelőtt genyedt, de most eldugult. Bal sinus frontalis-empyemának kifejezett tünetei. Szóló műtétet ajánlott, a beteg nem akart beleegyezni, mire cocain-adrenalin-tampont alkalmazott és erre bőven indult meg a geny és öt nap alatt gyógyult. Valószinűleg oedemás felszivódás volt.

Fejér Gyula: Előadó kihagyta az újszülöttek veleszületett könytömlő-blennorrhoeáját. Hét ilyen esete volt szólónak. *Panas* és iskolája foglalkoztak a kérdéssel és felveszik, hogy a ductus nasolacrymalis hibásan fejlődik, vagy pedig mucosus dugasz tömi el. Czélszerű lenne, ha újszülöttek ductus nasolacrymalisát is megvizsgálná előadó.

Tóvölgyi Elemér: A mint a *Pollatschek* által bemutatott esetből is látható, még az ilyen súlyos tüneteket okozó sphenoidal empyema is szép eredménynyel operálható intranasális úton. Jelenleg ugyanis négy úton át közelithetjük meg az ikcsontüreget: az intranasális úton, a Highmor-üregen át, a szájon át és kivülről az orbitából, avagy például az egyik orrfél temporaer resectiojával. Intranasaliter operálunk, ha az orrüreg elég tág, hogy ezen át a sphenodális üreghez férhessünk és Highmor-empyaema nincsen jelen. A Highmor-üregen át, ha ez is beteg és az orrüreg szűk volta miatt intranasaliter különben sem férünk az ikcsont-üreghez. A szájon át, ha az orrüreg szűk és a Highmor-barlang ép. Kivülről, ha a sphenoidal empyaema igen súlyos, könnyebb operativ beavatkozással előreláthatólag nem tudnánk czélt érni, avagy az ikcsont-üregben daganat székel. Van még egy eset. Mit csinálunk akkor, ha a Highmor-üreg szintén beteg, és e mellett az orrüreg is elég tág arra, hogy a sphenoidális üreghez hozzáférhessünk. Nézete szerint ily esetekben, ha a Highmor-üreg genyedés, tünetei alapján, könnyebbfajta műtéti beavatkozásra meggyógyulhat, külön megoperáljuk a Highmor-üreget, például *Krause-Mikulicz* szerint és külön intranasaliter az ikcsont-üreget; e két beavatkozás ugyanis együttvéve sem oly súlyos beavatkozás, mint az ikcsontüregnek a Highmor-üregen át való megnyitása.

A Highmor-üregen át eszközölt ikcsontüreg-megnyitások közül a *Jansen*-féle, mint a mely túlságos pusztitásokat okoz, a nélkül, hogy a gyógyulási arány kedvezőbb volna, mint más eljárásoknál, elvetendő. Egyedül a *Caldwell-Luc*-féle műtét van itt helyén, mint a mely a Highmor-üreget a műtét befejeztével újból elzárja és csupán a természetes nyilásokon át, intranasaliter végezi tovább a kezelést. Ez a fajta műtét lett volna a jelen esetben is a legczélszerűbb, ha a Highmor-üreg is bántalmazva lett volna.

A középső kagyló hátsó részét akkor is eltávolitjuk, ha ez által a sphenoidal-üreg empyemáját akarjuk biztosan megállapitani, azaz eltávolitása indokolt diagnostikus szempontból is.

Ónodi Adolf: A kérdés nemcsak a rhinologust, hanem a szemészt és idegorvost is egyaránt érdekli, mert nagy és fontos dolgok füződnek hozzá. Sulyt helyez arra, hogy a szemorvosok szóljanak a kérdéshez, mert számos nyilt kérdés van még. Ezeket külön alkalommal fogja még szóvá tenni.

Paunz esetében a hátsó rostasejtekkel kapcsolatban lépett fel látási zavar. Szóló már régebben felhivta a figyelmet, hogy a szabálytól eltéröleg többször előfordul, hogy nem az iköbölből, hanem a hátsó rostasejtekből indul ki a látási zavar.

Pollatschek esetében egyoldali elváltozás okozott kétoldali látási zavart. Magyarázatával szóló nem ért egyet. De erről még bővebben lesz szó. Nem tudjuk még magyarázni. Szólónak is volt hasonló esete. Igy vagyunk a keresztezett amaurosis esetekkel is, midőn egyik oldali elváltozás a másik oldalon okozott neuritist és a melléküreg kezelésére meggyógyult.

Végül felemliti a Highmor-üreg genyedés egy acut esetét papillitissel, protrusioval, mely a Highmor-üreg megnyitására csakhamar meggyógyult.

Baumgarten Egmont: Méltányos, hogy kiemeljük a praeparatumok szépségét. Nagyjában szóló egyetért előadóval, csak egy-két megjegyzése van. Előadó azt mondja, hogy könycsatorna genyedések előfordulnak orrbeli atrophiás folyamatok után. Oly sok atrophiás folyamatot látunk és alig látunk egy-két dacryocystitist.

Az ilyen dacryocystitisek meggyógyulnak orrbeli kezelés nélkül is.

Az ethmoidális bullák vagy áttörés folytán keletkeznek, vagy a csonttal együtt öblösödnek ki. Néha az orrsövényen levő ulcus lueticum is okozhat protrusiót.

Mohr Mihály: Megjegyzi, hogy szemorvosok már régen keresik a szembajok összefüggését orrbajokkal. Szóló is teszi ezt, bár készséggel elismeri, hogy azóta intensivebben, a mióta előadóval együtt működik az általános munkásbetegsegélyző pénztárban. Azonban óva int, hogy a szembaj és az orrbántalom között mindig felvegyük az oki összefüggést, mert esetleg coincidentia is lehet jelen. Azonban a mint pl. ha retinitist találunk, annak okát keressük és a vizeletet is megnézzük, úgy szemfenéki bántalmaknál most az orrot és melléküregeit is minden esetben megnézetjük. Örvendetes, hogy más szemorvosi rendelésen is már bevezették a rendszeres orrvizsgálatot.

Paunz Márk: Killian emliti, hogy serosus meningitisek előfordulnak, de a pulsus lassúbbodása tisztán reflex úton is bekövetkezhetik. Pollatschek esete sectio nélkül nem magyarázható. A Zwillinger által felhozottak ismert dolgok. Az adenoid vegetatiókról sokat irtak, de ezt nem vette be, mert magyarázni nem tudjuk. Donogány esetében valószinűleg collaterális oedema volt. A Fejér által felhozott, újszülötteknél előforduló blennorrhoea sacci lacrymalist szóló ismeri, de ilyen esete nem volt. Különben újszülöttek caputjait most praeparálja. A Tóvölgyi által emlitett rhinologiai eljárások hozzá tartoznak a tárgyhoz, de nem a themához.

Baumgarten szerint sok rhinitis atrophicanst látunk és nincs dacryocystitis. De a szemorvoshoz kerülő blennorrhoea sacci lacrymalis esetekben igen gyakran van rhinitis atrophica vagy hypertrophica. Ezt igazolja a Michel klinikájáról közölt statistika is.

XV. magyar balneologiai congressus.

(II. ülés 1905. április 8-dikán délután.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Löw Sámuel.**

Irodalmi tanulmány a nőgyógyászati balneologia köréből.

Nenadovics Lázár (Franzensbad): A női betegségek már az ó-korban és a középkorban is részesültek fürdőkezelésben. Ennek daczára a nőgyógyászati balneotherapia még a XIX. század első harmadában is csak fejlődésének legkezdetlegesebb stadiumában volt. Hószámi zavarok, nemi érzéketlenség és meddőség szolgáltak javalatul valamely vasas kénes forrás felkeresésére. A balneotherapiát a modern nőgyógyászatba bevezette a németeknél *Scanzoni*, a francziáknál *Roubaud*. A XIX. század közepe óta kezd szerepelni a fürdőkezelés javaslatai között a női gyuladásos megbetegedések nagy csoportja; a fibromyoma uteri-re csak a 80-as években került a sor. Felszivódási kúrákra eleinte kizárólag az erős sósfürdők szolgáltak, jelenleg a domináló szerep a lápfürdőkre esik, a melyekről a nőgyógyászati irodalomban *Kiwisch* tett először említést 1854-ben. Jellemző, hogy a nőgyógyászati balneotherapia mint tudományos tan csak az utolsó 30—40 év folyamán fejlődött ki, tehát ugyanabban az időben, a melyben a műtéti nőgyógyászat is kifejlődött és járta diadalmas útját.

Bókay Árpád: Előadó emliti, hogy a szerzők közt a nézetek eltérők arra nézve, hogy vajjon a fürdővizben oldott anyagok hatásosak-e vagy sem. Szóló nézete szerint különbséget kell tenni az oldott anyagokat illetőleg. Az a kevés vasbicarbonát, mely a vasas vizekben van, vagy a kevés natrium bicarb. a lúgos vizekben, a földfémek bicarbonátjai a földes vizekben bizonyára hatástalanok, mig a vasgálicz, a chlornatrium s a keserű vizek sulfátjai (Erzsébet-sósfürdő), ha kellő concentratioban vannak, kétségtelenül hatásosak. A natrium-chlorid kellő töménységben fokozza a meleg és hideg fürdők hatását a bőrre, ezért lehet meleg sósfürdőkkel hatalmasabb eredményeket elérni, mint akratothermákkal vagy földes hévvizekkel s a tengeri fürdővel nagyobbakat, mint egyszerű hideg fürdőkkel.

A gázok közül főleg a CO_2-re kell tekintettel lenni, mely alkotórész szintén fokozza a fürdők hatását a bőrre. A H_2S és a *Than* tanár által felfedezett CO S-gáz hatásairól kétségtelenül biztos adataink nincsenek. Ugy látszik, hogy a COS-gáz csupán chemiai érdekű, mig a H_2S-gáz hatékonyságát a fürdőben az empiria rég hangsúlyozza, bár oly természetű exact kisérleti adatok még nem állanak rendelkezésünkre, melyek alapján az ásványvíz-forrásokban foglalt aránylag igen kevés H_2S-gáz hatékonyságát illetőleg megnyugtató módon állást foglalhatnánk. *Irsai* és *Morelli* régebbi adatai ugyan biztatók a vasomotorius hatásokat illetőleg és ép ezért nagyon érdemes és hálás feladat lenne e kérdéssel kisérleti pharmacologiai szempontból behatóbban foglalkozni.

Cukor Miklós nélkülözi az előadásban a hydrotherapiát. Pedig az ivó- és fürdőkúráknak jelentékeny kiegészitője a hydrotherapia.

Nenadovics Lázár: A hydrotherapiát szándékosan hagyta ki, mert a nőgyógyászati balneotherapia maga is nagy tárgy, a nőgyógyászati hydrotherapia pedig még nagyobb tárgy, mely külön tanulmányt igényel.

Bókay tanár felszólalására az a megjegyzése, hogy a balneotherapiai hatást a vegyi alkatrészekből iparkodtak magyarázni. Igy magyarázták a vas hatását a chlorosisra, a kénét a fájdalmakra, a jodét és bromét a myomákra. A lápnak is vegyi alkatrészei hatnának. A 80-as években mutatták ki, hogy a bőrön át felszivódás nem történik. Erre bizonyos nihilizmus következett be és a fürdő hatását csak a hő fokának és a fürdő tartamának tudták be.

A nők vérszegénységének és neurastheniájának balneo-diaetás kezelése.

Turán Bódog (Franzensbad): Előadó csakis az elsődleges vérszegénységi állapotok kezeléséről szól, minők a chlorosis, a constitutionális anaemia és az anaemia perniciosa. Szerinte a ma divó vastherapia azon feltevésen alapszik, hogy a vérszegénységi állapotoknak oka a szervezet vastartalmának csökkenése. Csakhogy a kisérletező vizsgálatok és saját tapasztalatai alapján nagyon valószinű, hogy a vashiány nem oka, hanem csak kisérő jele a vérszegénységnek és e miatt a vaskészitmények adagolása nem felel meg az oki javalatnak. A vastherapiával elérhető eredmények egyáltalában nem kielégitők és ez az oka, hogy folyton új meg új szerek felfedezésén fáradoznak.

A vérszegénységi állapotok kezelése csak akkor lesz sikeres, ha azoknak valódi okát ismerni fogjuk. Előadónak körülbelül 60 esetben elért eredményei megerősitik a még csak egyesek által hangoztatott azon nézetet, hogy az elsődleges vérszegénységi állapotok anyagcsere-bántalom jellegével birnak. Előadó ezen anyagcsere-bántalom oka gyanánt a ma divó czélszerűtlen táplálkozást tekinti, melynél a szervezetre nélkülözhetetlen vegetabiliák vagy hiányoznak, vagy nagyon alárendelt szerepet játszanak. A czélszerűtlen táplálkozás következtében képződött rendellenes anyagcseretermékek a bélből felszivódva, vérmérgekként hatnak. Ha tehát a vérszegénységet gyógyitani vagy javitani akarjuk, akkor a kóros anyagcsere ellen kell küzdenünk, a mi a táplálkozás megváltoztatásával jár. Előadó ezért évek óta a vérszegénységi állapotok kezelését a táplálkozás rendezésével kezdi meg a nélkül, hogy vaskészitményeket adna. A fő elv: olyan vegyes diaeta, a melynél az animáliák (hús, hú félék, tojás) mennyisége naponta legfeljebb 200 gm., de böven szerepelnek benne a vegetabiliák, különösen a zöld főzelékek és gyümölcsök. Étkezés naponta ötször, mely alkalmakkor mindig növényi tápanyagokat is vesz a beteg magához. Tejből naponta csak 1/2 litert ajánl. Igen jó hatású a Graham-kenyér is. Ily módon azt éri el, hogy a kóros anyagcsere-termékek nem képződnek, a rendszerint jelenlevő és néha nagyfokú obstipatio megszünik és a beteg böven kapja a növények révén a vasat assimilatiora igen alkalmas formában. Nem ajánlja a mesterséges fehérjekészitményeket és eltiltandónak tartja az alkoholt. A diaeta mellett igen ajánlatosak a fürdők, és pedig az egyszerű meleg konyhasós fürdők, a lápfürdők és a szénsavas fürdők. Mindezeknek az az előnyük, hogy a bőr táplálkozását javitják, hogy különösen az anyagcserét fokozzák és ezáltal a kóros termékek kiküszöbölését a testből elősegitik; a szénsavas fürdők a bőr edényeinek kitágitása és a szivizomzatra reflex útján gyakorolt hatásuk által a vérszegénységnél rendszerint insufficiens szivet edzik és munkaképességét fokozzák. A diaetás eljárásnak és a fürdőknek egyidejű alkalmazásával — ha ugyan a beteg kitartással bir — rendszerint sikerül meggyógyitani vagy legalább is jelentékenyen javitani az elsődleges vérszegénységet. Előadó csak abban látja a nehézséget, hogy a diaetetikai elveknek kivitele ma még nagy akadályokba ütközik és ezért szükségesnek tartja, hogy minél nagyobb számban álljanak diaetás sanatoriumok rendelkezésünkre, a hol a betegek megfelelő mennyiségben és minőségben kapják meg a szakszerűen előirt diaetát.

Barta: Előadó azon nézetét, hogy a vérszegénységet és annak legkülönbözőbb fajait autointoxicatio és czélszerűtlen táplálkozás okozza, helytelennek tartja. Továbbá a vasnak hatását is tagadja előadó. Nem hivatott arra, hogy a vasat védelmezze, de ha nem is tudjuk, miképen hat a vas, azt senki sem tagadhatja, hogy a vasnak mégis van hatása, a mit mutat a vörös vérsejtek és a haemoglobin megszaporodása. Fiatal leányok chlorosisa czélszerű táplálkozás daczára sem javul vas nélkül. Ellenmondás is van az előadásban. Tagadja a vas hatását és a Graham-kenyér jó hatását mégis vastartalmának tudja be, valamint a tejét is, melyben szintén van kevés vas.

Nenadovics Lázár. A franzensbadi Egerbrunnról és Franzensquelleről már 300 év óta ismeretes, hogy a vérszegénységet gyógyitják diaeta nélkül is, mert ott a zöldség ritka és drága.

Turán Bódog: Barta a vasnak tulajdonitja a chlorosis javulását. De ez nincs még bebizonyitva, hanem javul a beteg állapota, mert étrendje, környezete is megváltozik és ez kedvezően befolyásolhatja a vérszegénységet. Sok száz esetben a vas cserben hagy, ha egyúttal a beteg életmódját nem változtatjuk meg. Hogy a chlorosis a diaetára egyedül nem javul meg vas nélkül, az természetes, mert a most használatos diaeta nem czélszerű, hanem az a helyes, melyet előadó alkalmaz.

A Graham-kenyér és vegetabiliák a vasat assimilálható alakban nyujtják, ezeket a gyógyszeres vas nem pótolja. Számos szerő anyagcserebántalomnak tekinti és toxinoknak tulajdonitja a vérszegénységet; ezért a diaetára kivánja helyezni a fősúlyt. Az Eger- és Franzensquelle vasa lehet hogy hat, lehet hogy nem.

De sokszoros vizsgálatok igazolják, hogy sem organikus, sem anorganikus vas nem szivódik fel; ha hat, akkor más tényezőknek kell közreműködniök, nem a vasnak.

Fenyvessy Béla: Előadó köti magát ahhoz, hogy a vasnak a haemoglobinra nincs hatása. Kisérleti tények a mellett szólnak, hogy a vaskészitmények felszivódását nem tagadhatjuk. E kisérletek végzése nem könnyű és bizonyos cautelák szükségesek az eredmények megitélésében. Az anorganikus vaskészitmény emésztetlenül megy át, de a legkönnyebben assimilálható ferratin bizonyosan felszivódik és a vér vastartalmát és a vörös vérsejteket szaporitja. A vérképzéshez a vas hozzájárul.

Hogy a diaeta fontos, magától értetődik, mert a vasat is evés közben és után adagoljuk. A vaskészitményeknek direct vérképző hatásuk van.

Turán Bódog: Elismeri, hogy chlorosisban a vas a haemoglobint szaporithatja, de anaemiában vörös vérsejteket produkálni nem képes; *Hamburger, Fritz, Grawitz* ezt bebizonyitották.

A felső végtagbeli deformatiók kiegyenesitése.

Weisz Ede (Pőstyén): Több saját szerkezetű új készüléket mutat be. A többi között elmés szerkezetet a passiv pronatio és supinatio kivitelére oly esetekben, a melyekben az ujjak is merevek és a betegek képtelenek bármi készülék fogóját kézbevenni. Bemutat továbbá egy kéztőizületet mozgató tok-készüléket, egy készüléket, a melylyel a kéz ulnáris deviatioját rendbe lehet hozni, végül egy sor készüléket, a melyek segélyével az ujjak különböző elgörbülései gyógyithatók.

Arányi Zsigmond: Előadó hálás térre lépett, mikor a contracturákat és ankylosisokat géppel igyekszik gyógyitani. E bántalmak nem ritkák és a meglevő gépek tökéletlenek és nehezen hozzáférhetők, különösen a szegény beteg számára. Előadó készülékei praktikusok, különösen könnyűek és nagyon egyszerűek. Kivánatos volna, hogy a többi gépek egyszerűségükben ezen gépekkel versenyezzenek és hogy olcsóságuk miatt a balneotherapia e fontos adjuvansai minél jobban elterjedjenek.

Hankó Vilmos a „*Magyar fürdőket és ásványvíztelepeket*“ mutatja be szóval és 100 vetitett képben.

(III-dik ülés 1905. április 9-dikén d. e.)

Elnök: **Papp Samu**. Jegyző: **Löw Sámuel**.

Kölcsönös hatás egyfelől az ásványvizek és a fémek, másfelől az ásványvizek és az ebonit között.

Hankó Vilmos és **Oelhoffer H. Gy.**: Nemcsak hygienikus, de technikai és gazdasági szempontok is parancsolják, hogy a forrás manipulatiojánál kizárólag olyan anyagokat használjunk, melyek a vízzel érintkezve változáson nem mennek keresztül, maguk pedig a víz összetételét nem befolyásolják.

A különböző ásványvizek és anyagok kölcsönös hatására vonatkozó rendszeres laboratoriumi vizsgálatok eddig nem történtek. Irányadásul e tekintetben főkép az empiria adatai szolgáltak. Előadók összefoglalják mindazt, a mit eddig a gyakorlatban észleltek és a mit az irodalomban találtak.

Munkálkodásuk során az ebonitot is megvizsgálták, hogy konstatálhassák annak a különböző ásványviz-fajtákkal szemben tanusitott magatartását, hogy megállapithassák az ebonitnak ásványvíz- és fürdőtechnikai czélokra való alkalmazhatóságát.

Az ásványvizek (különösen a bicarbonatos és sulfatos vizek), ha ebonittal huzamosabb időn át érintkezésben vannak, gyorsabban dekomponálódnak, mint más körülmények között, de másfelől az ebonittal való tartós érintkezés során a víz (különösen az alkalikus) idegen szagot is kap. Sulfatos vizekben (budai keserűvíz) elősegiti az ebonit a sulfatoknak kénhydrogenné redukálását is. Azért olyan gépészek készitésére, a melyekben a víz huzamosabb ideig stagnál (Caisson), s a melyekkel a viz tartós érintkezésban van, az ebonit nem való.

Másként áll a dolog azonban, ha a víz — akármilyen összetételű legyen is — az ebonittal csak rövid ideig érintkezik, vagy ha a víz az eboniton csak átszalad. Ebben az esetben a víz a legkisebb változáson sem megy keresztül.

Kisérleteiket folytatni fogják.

A magyar fürdők látogatottsága az 1903. évben.

(Hivatalos adatok alapján).

Bókay Árpád: Az 1903. év a magyar fürdők látogatottsága tekintetében a jobb esztendők közé tartozott, a mennyiben 102,352-re rugott az állandó fürdővendégek száma, a növekedés tehát az előző évhez képest: 15,392. Az átfutó vendégekkel együtt összesen 210,313 egyén látogatta a hazai fürdőket, 33,707-tel több, mint az előző esztendőben. A látogatottság dolgában a balatoni fürdők vezetnek. Az előadó ezután részletesen ismertette az egyes fürdőhelyek forgalmát, közbeközbe éles kritikai megjegyzéseket téve az egyes gyógyfürdők hiányaira. Igen érdekes része volt az előadásnak az ásványvizkereskedelem statistikája. A hazai ásványvizek kivitele 1903-ban 196,689 metermázsára rugott 1.720,536 korona értékben; a behozatal 57,644 metermázsa volt 1.498,749 korona értékben. Az aktivák tehát 139,015 metermázsát tesznek mintegy 3.221,000 korona értékben. Ez csökkenést jelent az 1902. évhez képest. „Nem ajánlhatom eléggé tisztelt tagtársainknak — igy végzi *Bókay* előadását —, hogy olvassák és tanulmányozzák országos statistikai hivatalunk évi jelentéseit külkereskedelmi forgalmunkról. Tanulságosabbat és hasznosabbat magyar ember nem olvashat. Ne ábrándozzanak magyar imperialismusról költői lelkületű újságirók nyomán, hanem lássanak túl községük, sőt hazánk határán is, mint a hogy igazi kereskedőkhöz illik. Csak ha vérünkké lesz mindnyájunknak a gazdasági érzés, akkor lesz végre boldog a magyar.“

Tausz Béla köszönetet mond előadónak tanulságos előadásáért. Azt kivánná, hogy az ásványvízkivitel előmozditásának tanulmányozása végett bizottság küldetnék ki.

Ormai József a kritikai megjegyzéseket tartja értékeseknek az előadásban.

Bókay Árpád azt hiszi, hogy a magyar fürdőügy már van annyira, hogy a szeretetteljes kritikát megbirja. Azt óhajtaná, hogy a kisebb forgalmi tőkével biró forrásvíztulajdonosok egyesüljenek és igy teremtsenek kiviteli piaczot a luxus-ásványvizek számára is.

Papp Samu az előadóknak köszönetet mondva, bezárja a XV. balneologiai congressust.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A callosus gyomorfekély operativ kezeléséről tartott előadást *Bakes* főorvos a „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ márczius 3-diki ülésén. Előadó szerint a callosus gyomorfekély különböző szövődményei miatt (vérzés, átfúródás a szomszédos szervek felé és a hasűrbe, a pylorus szűkülése), nemkülönben azért, mert rákra hajlamosit, tulajdonképen a sebészet körébe tartozó baj, a mely ellen részint palliativ műtétek (pyloroplastica, gastroenterostomia) vannak divatban, részint pedig a gyökeres resectiót használják. A pyloroplasticát előadó czélszerűtlennek tartja. A gastroenterostomia nagyon jó eredményeket adhat, a mennyiben a fekélyes folyamatot a gyomorban latenssé tenni képes; hátránya azonban, hogy a fekély kapcsán fejlődhető veszélyekre, mint a milyen a halálos vérzés, a perforatiós peritonitis, a rák képződése, nincsen befolyással. Előadó maga is ismertet két esetet, melyekben sikeresen végzett gastroenterostomia után rövid idő mulva halálos vérzés, illetve perforatiós peritonitis állott be. Leghelyesebb a gastrectomiához folyamodni; a gyomorresectio a mai fejlett műtéti technika mellett nem veszélyesebb, mint a gastroenterostomia. A műtét előtt néhány napon át elő kell készíteni a beteget, a mi abban áll, hogy bőséges subcutan és rectalis táplálással, továbbá szivstimulálókkal a beteg ellentállóképességét növeljük, közvetlenül a műtét előtt gyomoröblítéseket végzünk, kiadó tápláló klysmát adunk cognac-kal, azután vastag flannelbe burkoljuk a beteget és az operatiós asztalon sok nagy thermophor-compresst helyezünk el. A műtét után már másnap per os folyékony táplálékot adunk. Nagyon jó eredményeket ad a kombinált narcosis, melynek technikája a következő: Schleich-féle anaesthesiában a has megnyitása, aetherbódulatban tájékozódás és a szervek eventratiója, ezután a tulajdonképeni beavatkozás minden anaesthesia nélkül. Előnyei e módszernek: a postoperativ stadium idealis, narcosis utáni hányás és nausea úgyszólván sohasem fordul elő. Előadó felemliti egy esetét, melyben a rák miatt végzett teljes gyomorresectio a colon transversum és az omentum resekálásával három óra hosszat tartott és ezen idő alatt csak 60 gramm aetherre és néhány Schleich-befecskendezésre volt szükség. Az operatio technikáját illetőleg a splanchnotripsia elvein alapuló zúzásmódszert (a melyet különben már Lanz is használt) ajánl. A fekélyek — különösen a hátulsó falon fekvők — kimetszésére főleg Jedlicska módszerét használja, a mely explorativ gastrotomiából, a gyomor belsejének kitapintásából és a fekély transstomachalis kimetszéséből áll. Segmentresectiók alkalmával situatiós varratok alkalmazását ajánlja, mert sokszor aránylag kicsiny fekélyek excisioja után is feltünő nagy defectusok származnak, a melyeknek varrása tetemes nehézségeket okozhatna. Az elmult évben előadó gyomorfekély 7 esetében végzett műtétet, melyek közül 3 esetben szövettanilag rákképződés volt kimutatható. A hét eset közül egyben a 25 nap mulva bekövetkezett halál oka pankreasnekrosis volt; a többi eset gyógyulással végződött. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 10. szám.)

Az intravenosusan alkalmazott adrenalin befolyásáról az arteriosclerosis keletkezésére értekezett a bécsi k. k. Gesellschaft der Aerzte 1905. február 5-dikén tartott ülésén *L. Braun. Josué* ugyanis azt tapasztalta, hogy ha házinyulak fülvenájába nehány héten át minden másodnapon három csepp adrenalin-oldatot fecskendett be, akkor azon állatok aortájában sklerosis lépett fel. E kisérletet utána megismételték *Erb* Heidelbergben, és *Rzentkowski* Varsóban, s ugyanazon eredményhez jutottak. Az volt most már a kérdés, vajjon a fellépő arteriosklerosist az adrenalinnak a vérnyomást fokozó, vagy pedig directe toxikus hatásának rovására kell-e irni? Hogy ezt megtudhassa, *Braun* akkép járt el, hegy az adrenalint nyulak venájába mindig amylnitrittel combinálva fecskendezte be, minthogy kymographionnal végzett előleges kisérletek azt bizonyitották, hogy ha az adrenalint amylnitrittel együtt adjuk, a vérnyomásemelkedés ki fog maradni. Az igy végzett kisérletek eredménye az volt, hogy az aorta sklerosisa ilyenkor is fellépett, ezt a sklerosist tehát semmi esetre sem a vérnyomás fokozására, hanem csakis a toxikus hatásra lehet visszavezetni. Az anatomiai elváltozások, melyek különben igen hasonlatosak az ember arteriosklerosisánál található elváltozásokhoz, teljesen azonosak voltak, akár egyedül adrenalint, akár adrenalin és amylnitrit combinatioját fecskendezte be *Braun*. E kisérletből már most azt lehet következtetni, hogy az arteriosklerosisnál tapasztalható vérnyomásemelkedés csak kisérő jelensége valamely toxikus befolyás következményének, nem pedig oka az arteriosklerosisnak. Világos ebből, hogy ha arteriosklerosis kezelésekor therapeutikus beavatkozással a vérnyomást alászállitjuk, ezzel nem magát az alapbántalmat, hanem annak csak egyik symptomáját kezeljük, s ilyenformán a baj prophylaxisa szempontjából is csak legfeljebb igen jelentéktelen eredményeket érhetünk el. (Wien. klin. Wchschr. 1905. 6. sz.)

PÁLYÁZATOK.

6905/1905. K. szám.

Szabolcs vármegye **nyiregyházai „Erzsébet“ közkórházánál** 1000 korona fizetés, lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett II od alorvosi állásra pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 63. §-ának 3-ik bekezdésében előirt minősitésüket, eddigi alkalmaztatásukat s életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához czimezve hozzám **folyó évi május hó 25-dikéig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Azon esetben, ha orvostudori oklevéllel biró egyén nem jelentkezik: felsőbb jóvahagyástól feltételezetten szigorló orvossal is be fog az állás ideiglenesen töltetni.

Nyiregyháza, 1905. április 5-dikén.

2—2 *Szikszay*, alispán.

787/1905. sz.

Gömör vármegyében a tornallyai járásban lemondás folytán megüresedett **harkácsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Székhely Harkács, gyógyszertár helyben.

A körorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés 1200 korona,
2. lakbér 200 korona,
3. utazási átalány 300 korona, melynek ellenében tartozik a megválasztandó körorvos a közegészségügyi körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni.
4. Látogatási díjak: körorvos lakásán nappal 50 fillér, éjjel 1 korona, a beteg lakásán bármely községben nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 25-dikéig** d. u. 5 óráig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mivel a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás Harkács községházánál április hó 27-dikén d. e. 10 órakor fog megejtetni.

A megválasztott körorvos állását május 1-én tartozik elfoglalni.

Tornallya, 1905. évi április hó 1-én.

3—3 *Szentmiklósy*, főszolgabiró.

A nagyméltóságú belügyministeriumnak 32,735/1905. IV/11. szám alatt kelt endelete folytán **a rimaszombati m. kir. állami gyermekmenhelynél** a f. év junius 1-jétől betöltendő, az intézetben bentlakással kötelezett **másodorvosi állásra** pályázatot nyitok s felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú belügyministeriumhoz czimzett kérvényeiket hozzám f. **év május h 1-jéig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett kérvények figyelembe nem vehetők.

Az állással járó javadalmazás 1200 korona tiszteletdij, egy szobából álló lakás és teljes ellátás. Bentlakás kötelező. Orvosi gyakorlat a város területén meg van engedve. Felmondás kölcsönösen három hónap.

Rimaszombat, 1905. évi április hó 14-dikén.

Löcherer Tamás dr., igazgató-főorvos.

398/1905. ig. szám.

A Pécs városi közkórház keretében újonnan épitett **elmegyógyintézetnél** rendszeresitett **egy főorvosi** és **két másodorvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek.

A főorvosi állás javadalmazása évi 2400 korona fizetés és 560 korona lakpénz, a másodorvosi állásoké pedig egyenként 1500 korona fizetés, az intézetben lakás és I. osztályú élelmezés.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy a törvényes kellékekkel felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Fejérváry Imre dr. báró úrhoz, Baranyamegye és Pécs szab. kir. város főispánjához czimezve nálam **f. évi május hó 10-dikének déli 12 óráig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Megjegyzem, hogy a kinevezendő főorvos f. évi junius hó 1-jén, a másodorvosok pedig junius hó 15-dikén tartoznak állásukat elfoglalni.

Pécs, 1905. évi április hó 16-dikán.

Erreth Lajos dr., kir. tanácsos, kórházigazgató.

Békés vármegye közkórházának elmebetegosztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kinevezendő segédorvos javadalmazása, a mennyiben orvostudor neveztetnék ki: 1600 korona, a mennyiben szigorló orvos: 1200 korona készpénzfizetés és mindkét esetben lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr., Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **f. évi május hó 4-dikéig** küldjék be.

Gyula, 1905. évi április havában.

2—1 *Békés vármegye közkórházának igazgatósága.*

166/1905. sz.

A vezetésem alatt álló **állami gyermekmenhelynél** 1200 korona évi tiszteletdijjal, az intézetben szabad lakással, fütéssel, világitással és I. osztályú élelmezéssel rendszeresitett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosdoktori oklevelüknek és esetleges működési bizonyitványaiknak másolataival felszerelt folyamodványaikat a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimezve hozzám **f. évi május hó 20-dikáig** küldjék be. Az állás a kinevezési okmány kézhezvétele után 5 nap alatt elfoglalandó.

Gyula, 1905. évi április hó 17-dikén

Széll Imre dr., igazgató-főorvos.

Egyéb üresedésben levő állasok.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
ápr. 26.	v. főo.	Túrkeve	1200 k., lakás	Bagossy Károly alisp.
„ 29.	jár. orv.	Homonna	2950 k.	Alispán, S.-A.-Ujhely
„ 30.	m. orv.	Arad	1200 k., lakás	Schill József, főjegyző.
máj. 1.	2 m. o.	M.-Vásárhely	1000 k., teljes ellátás	Kozma Jenő, igazgató.
„ 1.	közs. o.	Hunfalu	1000 korona	Engelmayer dr. főszb.
„ 9.	körorv.	Gyüre	1000 k., 300 k. úti átal.	Gyürei gyógyszerész
—	gyári o.	Nagy-Szlabos	2500 k., lakás	Papirgyár-igazgatóság

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

RONCEGNO

természetes arzen-vasasforrás

ismeretes és gyógyüzemben 1856 óta.

Minden országban egész éven át legjobb sikerrel alkalmaztatik házi kúrákhoz; ajánlva számos orvosi tekintélytől vérszegénységnél, chlorosisnál, a vér megbetegedéseinél, malariánál és utóbajainál, bőr-, ideg- és női bajoknál, Basedow-kórnál stb.

Kapható minden gyógyszertárban.

LEVICO

Elsőrangú arsentartalmú vasas víz, semmiféle hasonló ásványvíz által arsen-vastartalmát illetőleg el nem éretik. Vízben, sörben, vörös borban 10-szeresen higítva, klinikus tekintélyek egyhangú véleménye szerint, **kiváló hatású** és mivel minimális adagokban alkalmazható, **gyermekek, gyengék** és **dispeptikusok** által **nagyon jól** tűretik.

Kapható minden gyógyszertárban és ásványvíz-raktárban.

Kizárólagos fő- és egyedüli raktár:

S. UNGAR jr. Cs. és kir. udv. szállító és ásványvíz-nagykereskedés

WIEN, I., Jasomirgottstrasse 4.

LEVICO

Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirda. Prospektus ingyen.

Gyönyörü fekvés, élenydús, teljesen pormentes levegö. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Ujhydro-elektro-mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stilben. Hidegvízkúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus készülék, meleg- és gözkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközi székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok és légcső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóak Karlsbadhoz és Marienbadhoz.

SANATOGEN

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

BAUER & Cie.

Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 18. szám. *Budapest, 1905. április 30.*

ORVOSI HETILAP.

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

SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Weisz Ede: Közlemény a pőstyéni medico-mechanikai gyógyintézetből. A felső végtag egyenesitése torzító csúz eseteiben. 308. lap.
Korányi Frigyes: Két alkalmi előadás a gümőkórtan köréből. 311. lap.
Alapy Henrik: A dongaláb súlyos alakjainak gyógyitása ékalakú resectioval. 313. lap.
Pólya Jenő Sándor: Közlemény a szt. István-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló sebészeti osztályáról. A zsírszövetnekrosisról. 315. lap.

Tárcza. Bókay Árpád: A magyar fürdők látogatottsága és ásványviz-forgalmunk 1903-ban. 317. lap.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. V. Riche:* La survie après l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes. (Gergő). 319. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan.* A lumbalpunctioról. — *Wolff:* A rákos daganatok chemiájáról. (Steiner Pál). — *Blumenthal* és *Wolff:* A rákos daganatokban végbemenő erjesztő hatások. (Steiner Pál.) — *Blumenthal:* A rák rosszindulatúságának okai. (Steiner Pál.) — *Belgyógyászat. Kraus:* Praemenstrualis hőemelkedés tüdőgümőkór eseteiben. — *Helber* és *Linser:* A Röntgen-sugarak hatása a vérre. — *Umber:* A gyomornedvelválasztás ismeretéhez. (K. G.) — *O. Burwinkel:* Az arteriosclerosis aetiologiája és általános therapiája. — *Sebészet. Klink:* A diffus peritonitis sebészi kezelésének eredményei. (Pólya.) — *Djémil:* Rák kezelése Röntgen-sugarakkal. (Steiner Pál.) — *Jesionek* és *Tappiener:* Bőrhámrákok fluoreskáló anyagokkal való kezelése. (Steiner Pál.) — *George:* Emlőrák kiirtása után 22 évvel recidiva. (Pólya.) — *Rolleston:* Pericolitis sinistra. (Pólya.) — *Barrett:* Bélperforatio szokatlan okból. (Pólya.) — *Kennedy:* 12 órás csecsemőn végzett bélresectio. (Pólya.) — *Húgyszervi betegségek. De Campagnolle:* A gonorrhoea megelőzésére szolgáló úgynevezett prophylactikus becsepegtetések. (Ráskai.) — *Bőrkórtan. Joseph:* Alszárfekélyek gyógyitása crurinnal. (Guszman). — *Ch. Nicolle:* A lepra átvitele majomra. (Guszman). — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Franck:* A bárzsingban fennakadt nagy húsdarab. — *Elischer:* Alboferin. — *Wenckebach:* Kryptogenetikus septicaemia. 319—322. lap.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Pesthy István. — Goldzieher Vilmos. — Breyer Adolf. — Remete Jenő. — Áldor Lajos. — A XI. szünidei orvosi cursus. — Orvostörténelmi muzeum. — Az I. nemzetközi anatomiai congressus. — Az első japán orvosnő. — A lepra Németországban. — Idegen orvosok Oroszországban. — Kártérítésre itélt orvos. — A pestis Indiában. — Elhunyt. — Basch Sámuel. — Bornhaupt. 322—323. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.
Melléklet. Szemészet. Szerkeszti: *Grósz Emil.* 2. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a pőstyéni medico-mechanikai gyógyintézetből.

A felső végtag egyenesítése torzító csúz eseteiben.[1]

Közli: *Weisz Ede* dr. pőstyéni fürdőorvos.

Torzító csúznak — ellentétben számos szerzővel, kik *arthritis deformans* elnevezéssel külön megbetegedést tárgyalnak — mindazon csúzeseteket nevezem, melyekben bárminemü eltorzulás képződött. Mint idevágó közleményeimben ismételten volt alkalmam fejtegetni, az arthritis deformans tulajdonképen boncztani, és nem klinikai, illetve aetiologiai kórisme.

De mai tárgyam szempontjából teljesen mellékes az a kérdés, hogy a deformatio milyen fő- és mellékokok folytán keletkezett. Ha egyszer kifejlődött, annak rendje és módja szerint kezelni kell.

A czímben foglalt megszorítást is elhagyva, tulajdonképen tágabb keretbe foglalhatnám a kérdést és szólhatnék általánosságban a felső végtag egyenesítéséről. A vezérpontok, a mechanikai mozzanatok, a melyek a készülékekben érvényesülnek, mindenféle természetü deformatioval szemben ugyanazok. A „torzító csúz“ körülirást csupán azért használtam, mert mintegy jelezni óhajtottam, hogy az idevágó esetek túlnyomó része az úgynevezett torzító csúz csoportjából való, noha tudjuk, hogy a gonorrhoeás és köszvényes megbetegedés külsőleg hasonló torzképeket szülhet. Azt is tudjuk, hogy nemcsak a kezdettől fogva idült lefolyásu megbetegedések létesítenek különböző torzalakokat, hanem hogy ezek akárhányszor heveny megbetegedésből indulnak ki, a lefolyt megbetegedésnek többé-kevésbé maradandó nyomait képviselve.

A készülékek tehát, melyeket szerencsém lesz ismertetni, mindakkor igénybe vehetők, a mikor a deformatio a felső végtag egyenesitését kivánatossá teszi.

A vállizületre nem akarok kitérni. Legyen szabad e tekintetben a „Zeitschrift für Orthopädie“-ben és „Az izületi betegségek gyógyitása“ czimü munkámban közölt egyszerü és jól használható készülékekre utalnom.

Mai előadásomban tehát a könyök-, a kéztő- és az egyes ujjizületekre fogok szorítkozni.

A mi a könyökizületet illeti, rendesen nem annyira az elváltozásoknak külsőleg látható foka okoz gondot, mint inkább az izületnek gyakran korlátolt működése.

Méltóztatnak tudni, hogy a megbetegedés szereti az izületet hosszabb időn át úgynevezett középállásban tartani. Utóbb mindenféle összenövések és zsugorodások keletkeznek, a végtag bizonyos szöglethajlásban marad meg, melyen túl nem tud mozogni. Tudjuk, hogy milyen óriási baj az, ha például a könyökizület 90°-os kitéréseket sem enged meg.

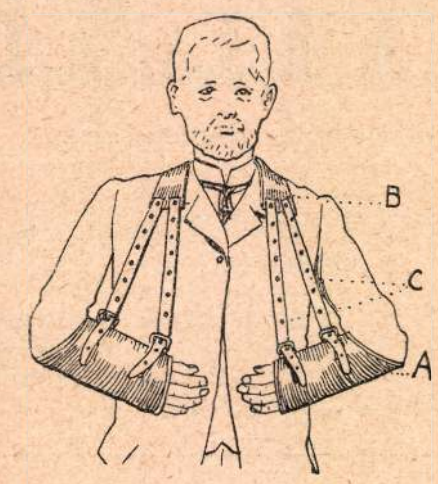
Egyik esetemben mindkét könyökizület tompaszögü zsugorodást mutatott. A könyökök hajlitását a következő egyszerü módon értem el (1. ábra). Mindkét alkarnak puha bőrből tág hüvelyt készittettem *(A)*; ezeken két-két szij volt, mely szíjak a beteg tarkóján elhelyezett bőrdarabhoz *(B)* voltak erősithetők. Ilyen módon a hüvelybe foglalt mindkét alkart fokozatosan feljebb lehetett húzni és a derék-, esetleg hegyes szöghöz közelíteni. A készülék alig tér el a közönséges karkötőtől. A különbség csak az, hogy kényelmesen lehet kezelni és a czélt fokról fokra megközelíteni. Természetes, hogy a készüléket egyoldalúlag is lehet használni, mely esetben a *B*-rész az egész nyakat körülfogja.

A ki az izületi betegségek gyógyitásával foglalkozik, gyakran kerül szembe olyan esetekkel, a melyek kezelésére nincsen megfelelő testegyenészeti és medicomechanikai készülékünk.

Ily esetem volt a következő. Egy betegem súlyos tonsillitis után igen heves sokizületi csúzt kapott. Hetekig tartó magas lázak és az izületeknek megmerevedésre hajlandósága jellemezték

[1] A 15. balneologiai congressuson tartott előadás.

az esetet. A tűrhetlen fájdalmakat csupán gypskötésekkel lehetett némileg enyhíteni.



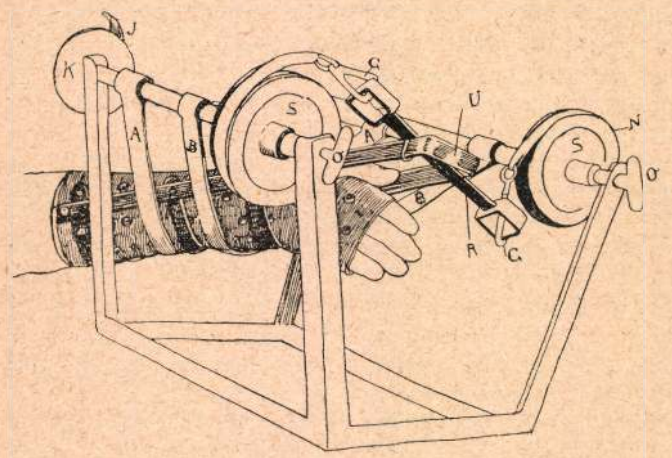
1. ábra.

Midőn a beteget baja 8. hónapjában Pőstyénben láttam, a jobb térdnek egyenes szögü ankylosisa állott fenn, továbbá mindkét könyökizületnek körülbelül 120 fokú merevsége. Azonkivül mindkét alkar maximalis pronatioban volt: azaz a tenyér lefelé, a kézhát felfelé tekintett. A passiv supinatio a kinzó fájdalmak daczára semmi eredménynyel nem járt, annyira feszesnek látszott a kóros helyzetet rögzítő összenövés. Feladatunk tehát az volt, hogy az összenövéseket iszapfürdőkkel és mechanikai kezeléssel lehetőleg meglazítsuk.

Minthogy a betegnek kéztő- és összes ujjizületei szintén teljesen merevek voltak, a pronatiora és supinatiora használni szokott készülékek egyikét sem lehetett alkalmazni, mert a beteg képtelen volt a készülékek fogóját tartani.

Egy új készülék kieszelésének feladata előtt álltam tehát, ha a végtag supináló képességét egyáltalán meg akartam menteni. Következőképen jártam el:

A mennyiben az alkar egymaga kerekded volta miatt forgató erőnek nem nyujt alkalmas támasztó felületet, oly tokot készíttettem a betegnek (2. ábra), mely a kéznek is legnagyobb részét



2. ábra.

— a hüvelykujj és ujjhegyek kivételével — magába fogadta. Ezen tok két oldalt egy U alakú erős sínnel volt összekötve, az U alakú vég pedig egy fülekkel biró keresztrúddal *(G G)*. Ezen rúd nagyon kényelmes emeltyűt képez, a melynek segélyével a végtagra csekély erővel nagy forgató hatást lehet kifejteni.

Az volt most már a kérdés, hogy miféle forgató mechanismussal lehetne a kézerőt pótolni, hogy a forgató erőt egyrészt regulálni, másrészt tetszésszerinti ideig alkalmazni lehessen.

Hogy a forgatáskor minden surlódást lehetőleg elkerüljek, a beteg alkarját egy állvány és ide-oda tolható szíjak segélyével *(A, B)* felfüggesztettem. Forgató erőnek pedig a keresztrúd füleibe kapcsolt *G* gummikötegeket használtam.

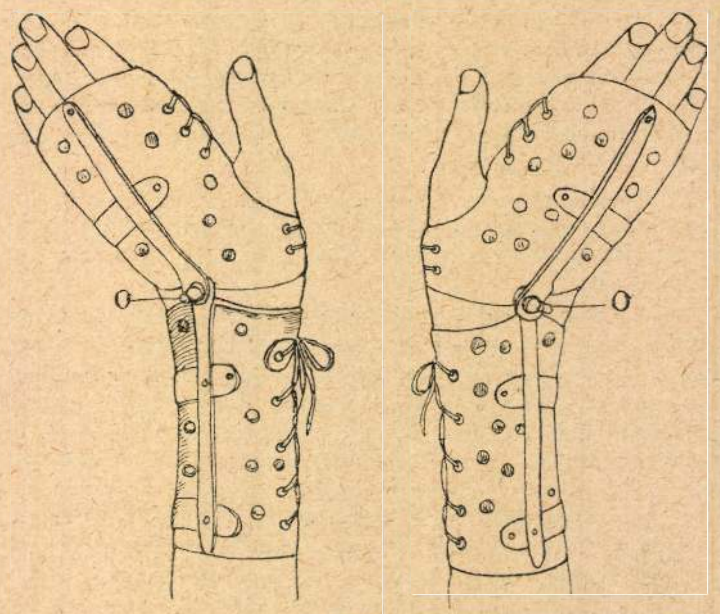
Hogy a forgató erőt lassanként és egyenletesen fokozhassam, oly berendezést kellett használnom, a mely a gummikötegek egyenletes fokozatos megfeszítését lehetővé teszi. Megfelelő bemélyedéssel ellátott két csigakereket *(S, S)* vettem tehát, a melyek barázdájában a gummikötegek elfértek és a melyeknek egyik pontjához a gummikötegek egyik végét rögzítettem. Ezen csigakerekek csak az *OK* tengelyrudakkal együtt foroghatnak. A forgatást *O* fogantyúk segélyével tetszésszerinti fokban végezhetjük. Nyilvánvaló, hogy a forgatás arányában a csigakerékhez kötött gummiszalagok egyre feszülnek, és ez által a tokban foglalt végtagra egyre növekvő forgatást gyakorolnak.

Most már csak arról volt szó, hogy a forgatást ne csak tetszésszerinti mértékben végezhessem, hanem egyszersmint bármely tetszésszerinti pillanatban meg is szüntethessem, a nélkül, hogy a csigakerekek a gummiszalagokkal visszafussanak. Ezt a következő berendezéssel lehetett elérni. A csigakerekek *OK* rúdjának másik végén egy korong látható *(K)* e mögött pedig egy „snapper"-rel ellátott fogaskerék. (A fogaskerék az ábrán nem látszik, a fékező „snapper" pedig felhajtott helyzetben van ábrázolva.) A fogaskerék fogai a forgás irányával ellenkező irányúak; a fékező snapper forgás közben súlya miatt a fogak közé kerül és így megakasztja a fogaskerekek, illetve az alkar visszaforgását.

Hol az egyik, hol a másik gummiköteget megfeszítve, szinte eszményien fokozható supináló forgást létesíthetünk, egészen 90 fokig, és megfelelő átkapcsolással egészen 180 fokig. Esetünkben csakugyan sikerült is ezen készülék segélyével a pronálóképesség lényeges részét megmenteni.

A kéztőizületnél többnyire a palmar- vagy dorsal-flexionak fokozásáról van szó. Ilyenkor az alkarnak és a kéznek különkülön tokot készítek. (Ezen készülék nincsen ábrázolva.) A kéz- és alkartok oldalsinek segélyével van a kéztőizületnek megfelelően izületesen összekötve, még pedig úgy, hogy az egyik oldalon forgatható csavarfogaskerék-mechanismus van, melynek kiálló fejecsét kulcscsal mozgásba hozva, a kéz tokját tetszésszerinti palmar- vagy dorsal-flexioba hozhatjuk. Azon készüléknél, melyet szerencsém van bemutatni, a két oldalsint egy a végtag palmaris oldalán elhelyezett középsín helyettesíti. A mechanismus lényege különben ugyanaz.

Egyik esetemben, hónapok óta súlyosan beteg fiatal asszonynál, az összes izületekben volt elváltozás; subfebrilis lázak és rendkivüli fájdalmak kínozták a beteget, kinek arczvonásain a cachexia jelei látszottak. Mindkét kéztőizület körülbelül háromszorosára volt megnagyobbodva. E mellett mindkét kéz ulnaris irányban annyira

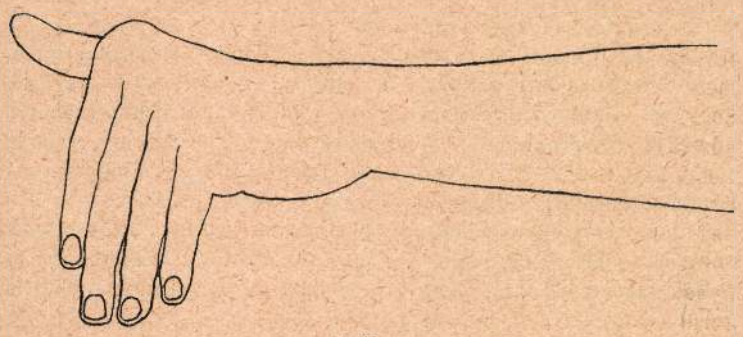


3. ábra.

oldalt volt terelve, hogy a kéz és alkar tengelyei majdnem derékszögben állottak egymáshoz. Ez esetben is (3. ábra) külön kéz- és alkartokot készíttettem, azonban az oldalsinek elhagyásá-

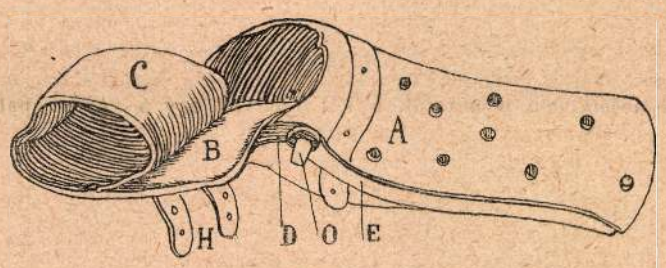
val. Ezek helyett középső hossz-sínnel láttam el a tokokat, mely hossz sinek az izületnek megfelelően voltak a fent említett mechanismus segélyével *O*-csap körül forgathatók. Ezen esetben a következő meglepő jelenséget észlelhettem. A duzzadt, tüzelő kéztőizület a fájdalom minden különös jele nélkül türte a fokozatos és néhány percz alatt teljesen befejezett kiegyenesítést, pedig kézzel nem lehetett hozzányúlni.

Az arthritis deformans okozta kézelváltozások közül typikus azon elváltozás (4. ábra), a hol mind a négy ujj metacarpo-



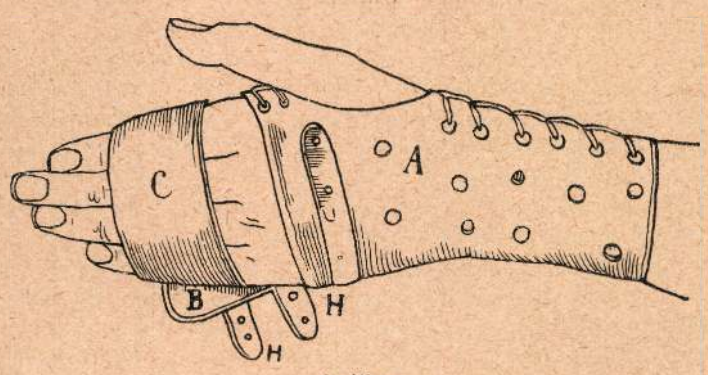
4. ábra.

phalangealis izületében erősen lefelé áll és azonkivül az összes ujjak ulnaris irányban deviálnak, miközben az egyik ujj a másikat részben cserépfedélszerüen födi. Ilyen eltorzulások kiegyenesítésekor kétféle feladattal állunk szemben: Először ki kell hozni az ujjakat a palmar flexióból, azaz ki kell őket egyenesíteni, másodszor pedig az ujjak ulnaris deviatioját kell korrigálni, azaz az ujjakat a középvonallal ismét párhuzamos állásba hozni. Oly készüléket szerkesztettem tehát (l. 5. ábra), melynek 3 lényeges



5. ábra.

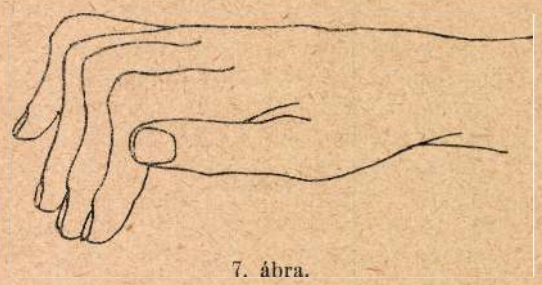
része van: *A*, *B*, *C*. Az *A*-tok az alkar felét, nemkülönben a középkezet is magába fogadja, úgy hogy a tok a háti oldalon a metacarpo phalangealis vonalban ér véget. Ezen *A*-tok a párnázott *B*-részszel *D* és *E*-sinek segélyével úgy van összekötve, hogy *O*-nál kulcs segélyével a szögletállást tetszés szerint változtathatjuk, azaz a *B*-rész felfelé hozható mindaddig, míg *A*-nak alsó felületével egy síkba kerül. Ha már most az *A*-ban levő végtag ujjai a *B*-felületen nyugszanak, világos, hogy ilyen módon maguk az ujjak is, mint azt a 6. ábrán látjuk, teljesen



6. ábra.

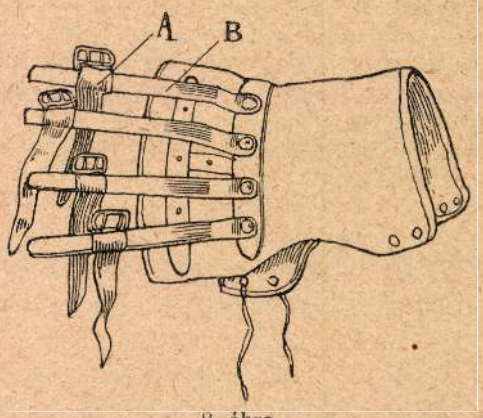
kiegyenesíthetők. Az ujjaknak lateralis deviatioját következőképen lehet megjavítani. *C* (5. és 6. ábra) párnázott szalagot ábrázol, a mely medialis végével a *B*-felülethez van varrva, míg szabad vége *H*-szíjakban végződik. A készülék alkalmazása előtt *C* ki van bontva és *B*-felületre ráfekszik. A végtag most a tokba jön, az ujjak a *C*-szalagra kerülnek. Ebben a helyzetben az ujjakat az *O*-mechanismus segélyével előbb felfelé mozgatjuk, azután a *C*-szalaggal hurokszerüen körülfogva, az oldalt térő ujjakat enyhe húzással a középvonal felé hozzuk és *H*-szíjakkal a kellő helyzetben rögzítjük. A 6. ábra a 4. ábrán feltüntetett kéznek teljes korrekturáját adja. Alig szükséges megjegyeznem, hogy ezen egyenesítéskor sincsenek számba jövő fájdalmak.

A torzító csúznak egy másik igen gyakori alakja az, a melyet a 7. ábra tüntet fel; az első és második ujjpercz nagy-



7. ábra.

fokú, sokszor derékszögü zsugorodásban áll egymáshoz, míg a második és harmadik ujjpercz inkább dorsalis irányban képez egymással kisfokú szöget. Midőn ezen ujjak kiegyenesítéséről van szó, az ujjaknak alapperczeit jól kell fixálni, az ujjak középső perczeit pedig kellő helyen jól megfogni és azután kellő módon nyújtani. Semmiesetre sem szabad a nyújtást az ujjak végperczeinél fogva végezni, mert így kóros tartásukat csak fokoznók. Tehát csakis a középső perczeken szabad a nyújtóerőt alkalmazni. A feladatot a következő egyszerü szerkezettel (8. ábra)



8. ábra.

oldottam meg. A kéz számára tokot készittettem, mely az ujjaknak még alapperczeit is magába fogadja, úgy hogy tulajdonképen csak a hüvelykujj, nemkülönben a többi ujjnak második és harmadik perczei állanak ki szabadon a készülékből. Az ábrán látszik a *B* vel jelzett 4 rudacska, és a rudacskákon ide-oda csúsztatható, *A*-val jelzett 4 darab kis szíj. Ezen szíjacskákat a rúd bármely pontjára hozhatjuk, hozzuk pedig a valóságban oda, a hol az ujjaknak középső izperczeit legjobban érjük. Mikor ez megtörtént, nincs más hátra, mint hogy az ujjakat egyenként tetszés szerinti fokban felcsatoljuk, azaz tetszésünk szerint nyújtsuk. A tok distalis szabad szélének természetesen jól párnázottnak kell lennie, hogy az ujjakat nyújtásuk közben ne szorítsa.

A kérdés már most az, hogy az ezen készülékekkel való egyenesítés mikor jogosult, és milyen eredményt várhatunk tőle.

Nem lehet kétséges, hogy igen nagyfokú izületi destructióknál az egyenesítő készülékek sem vezethetnek kellő eredményre. A hol az izfejből egy szélső darab hiányzik, okvetlenül kóros szöglet képződik, melyet véglegesen kiegyenesíteni csak akkor lehetne, ha módunkban volna az anyaghiányt pótolni. Fiatal korban a szervezetnek csontképző képessége nagyobb, noha ilyenkor sem szokott az izületi roncsolás kiegyenlítődni. Annál kevesebb a kilátás felnőtteknél oly megbetegedések kapcsán, mely betegségek megállapodásuk tekintetében különben sem jóindulatúak.

Ott, a hol Röntgen-kép segélyével, vagy akár a nélkül is (az ujjizületeken a legtöbb esetben puszta tapintással is elég jó boncztani kórismét állapithatunk meg) az izfelületeknek nagyobb defectusát lehet kimutatni, természetesen a restitutio ad integrumról le kell mondanunk. Semmi remény sincs arra, hogy bármilyen készülékkel is reconstruálhassuk az izületet. Az izületet ilyenkor holmi készülékkel legfeljebb támasztani lehet, de a passiv módon végbevitt egyenesités nem jár maradandó sikerrel, mert mihelyt eltávolitjuk a készüléket, a végtag azonnal visszazökken régi kóros állásába. A végtag ilyen esetben mintegy merev lejtőn van, mely lejtőn a túlsúlyban levő hajlitó izmok mind mélyebbre húzzák.

Minden zsugor, noha arthrogen-, desmogen- és myogen-zsugort szokás megkülönböztetni, tulajdonképen kombinált, a mit úgy kell értelmezni, hogy még az izületből kiinduló, arthrogen-zsugorhoz is idővel okvetlenül izom-zsugor társul. Tudjuk ezt kisérletekből is. Ha valamely izomnak két tapadó pontját a végtag behajlításával egymáshoz közelitjük, s ezen tartást hosszabb időre pl. gypskötéssel állandósitjuk, bizonyos idő elteltével, a kötés levétele után, a végtagot teljesen kiegyenesiteni többé nem lehet — az izom zsugorodott. Ha tehát valamely izületi defectus folytán szögletállás képződött, azt nemsokára megfelelő izomzsugor is követi.

Az izomzsugor sok tekintetben még végzetesebb, mert magában hordja folytonos fokozódásának magvát. E szerint bizonyos izületi defectusnak, mint okozatnak, állandósága daczára az izomzsugor egyre növekvő arányokat igyekszik ölteni. És valóban a helyzet többnyire olyan, hogy a zsugor foka az izületbeli elváltozásokat meszsze túlhaladja. Méltóztatnak ebből látni, hogy a gyógyitásnak, mely a restitutio ad integrum eszményéről lemondani kénytelen, még megmarad az a fontos feladata, hogy megmentse azt, a mit lehet, illetve hogy akadályozza a kóros állás folytonos rosszabbodását.

Fejtegetéseinkből következik, hogy mihelyt az eset olyanná válik, hogy magától, vagy egyszerű manualis kezeléstől nem jön rendbe, megfelelő készülékek veendők igénybe. Az apparato-therapia kellő esetben és kellő módon alkalmazva sokszor nélkülözhetlen curativ vagy legalább is nagy mérvben praeventiv értékkel bir.

Ha megtanuljuk a vele való bánást, a torzító csúz rémei is mind ritkábbak lesznek.

Két alkalmi előadás a gümőkórtan köréből.

Tartotta: *Korányi Frigyes* dr. egyetemi tanár.

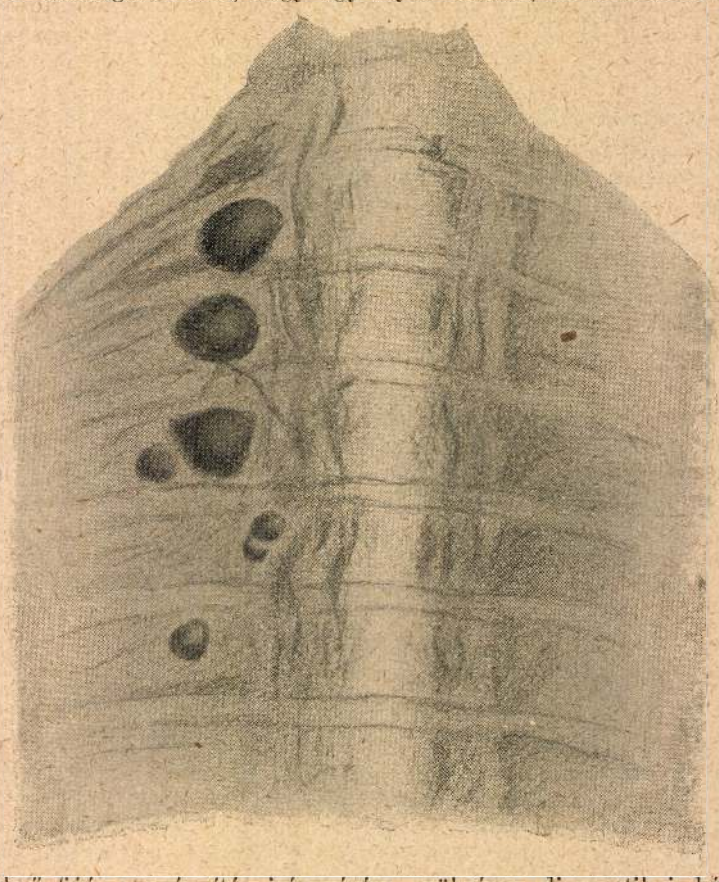
(Vége.)

A gerinczoszlop kopogtatási hangjának feltüntetésére előbb egy olyan egyént mutatok be önöknek, kinél a gerinczoszlop fejlődése és a mellkasi szervek épek. Az egyén izmos, jól táplált, zsirpárnája vastag, s ezért nem épen a legalkalmasabb a gerinczoszlop kopogtatási hangjának bemutatására. A gerinczoszlop tájának alakja miatt nem czélszerű, ha a plessimeter három centimeter átmérőjünél nagyobb.

A nyakon kopogtatva, kissé dobosan áthangzó, tompult kopogtatási hangot kapunk a 6. nyakcsigolya tövisnyújtványáig, onnan teljesen tompa a hang a 3. mellkasi csigolyáig, a 3-diktól vagy néha a 4-diktől kezdve a 11-dikig többé-kevésbé teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang. A gerinczoszlop kopogtatási hangjának pathologiai megváltozásáról legelőször a „*Belgyógyászat kézikönyvének*“ IV. kötetében a mellhártyagyuladásról irt munkámban emlékeztem meg. Önök ott megtalálják a gerinczoszlop kóros tompulatának rajzát, mely mellhártyaizzadmány esetében differentialis diagnostikai jelt képez a tüdőgyuladásos beszürődéssel szemben. Egy esetben aortaaneurysma okozta rendellenes gerinczoszlop-tompulatot volt alkalmam kórbonczolat által beigazolva önöknek bemutatni. Hogy praevertebralis nyirokmirigydaganatok eseteiben a gerinczoszlop kopogtatási hangja miként változhatik, annak feltüntetésére szolgál az itt bemutatott ábra (1. ábra). Ez egy tüdővészben kimult nőről készült, kinél a gerinczoszlop kopogtatási hangja a 7. nyakcsigolyától a 8. mellcsigolyáig tompult volt, mig a csigolyák tövisnyújtványai mellett mindkét oldalon léghangot kaptunk. A beteg pár nap előtt kimult, és a bonczolat a gerinczoszlop előtti nyirokmirigyeknek jelentékeny számú és mekkoraságú daganatát mutatta ki a rendellenes tompulat okául, mint azt a hulla hátulsó gátoráról felvett rajz mutatja.

A gerinczoszlop rendellenes tompulatát feltüntető betegek sorozatát kiegészitem még egy negyedikkel, a kinél már a nyak szabálytalan körvonalaiból is fel fogják ismerni a betegséget, a lymphoma malignumot. A nyakat és a hónaljárkokat elborítják nagy puha mirigydaganatok; ennél a betegnél a kopogtatás a 9-dik hátcsigolyától kezdve felfelé a IV. processus spinosusig tompa kopogtatási hangot ad. Hogy milyen jelentősége van ennek a tünetnek, a felett nem kétkedhetünk: a praevertebralis nyirokmirigyekben ugyanazon kóros változás áll fenn, mint a nyak- és hónaljmirigyekben. Ezzel a felvétellel összhangzásban áll a beteg nehéz légzése. A kóresetek ezen sora jogosulttá teszi azon szabály felállitását, hogy a midőn a diagnosis megállapitásakor mediastinális nyirokmirigydagok jelenlétének gyanúja forog fenn: akkor a gerinczlop kopogtatását az általunk megállapitott módszerrel végezni minden esetben tanácsos.

Az itt kifejtett áttekintésből kitünik, milyen széles pathologiai és semiologiai térre terjednek ki azon vizsgálatok, a melyek szükségesek arra, hogy egy olyan esetben, mint az előttünk



fekvő fiúé, a gyógyitás irányzására szükséges diagnostikai kérdések meg legyenek oldva.

Ezelőtt 25 évvel, midőn a tisztelt kartárs urak még mint orvosnövendékek hallgatták előadásaimat, a feladat másként állott. *Nem ismertük a gümőbacillusokat, és még azután is jó ideig nem kellett megküzdenünk a saválló bacillusok különböző fajainak diagnostikai szétválasztásával, nem ismertük a tuberculint és ennek diagnostikai hasznát, senki sem birt sejtelemmel az agglutininek létezéséről és természetéről, ismeretlen volt a gerinczoszlop kopogtatásának jelentősége a praevertebralis mirigyek tuberculosisának kórismézésében.* De a kórismészeti eszközök ezen hiányossága az orvosi gyakorlat terén érezhető nem volt.

Ugyanis a vesetuberculosis fejlődéséről azon felfogás uralkodott a tudományban, hogy az mindig másodlagos, és legtöbbször úgy fejlődik, hogy legelőbb gümőkórossá válik a heré, s onnan felfelé terjed a baj az ondóvezetékek útján a húgyhólyagra, az ureterekre és igy a vesére; a herék tuberculotikus megbetegedését aránylag könnyü volt felismerni; a vesetuberculosis pedig gyógyithatlannak tartatván, a diagnosis felállitásával az orvos feladata jóformán be volt fejezve. A betegek csakugyan meghaltak, és a bonczasztalon valóban kimutatható volt a felsorolt szervek területére elterjedt tuberculosis.

Az újabbkori vizsgálatok más felfogásra vezettek. A *Lister* által bevezetett újkori fertőzésnélküli műtősebészet a maga körébe vonta a veséket is, s így alkalom nyilt élő emberben látni a vesetuberculosis fejlődési menetét. Több alkalommal kiderült, hogy vesetuberculosisban szenvedő betegnél a többi húgy- és ivarszerv érintetlen, ép, és hogy ennélfogva, ha a tuberculotikus vese eltávolítható, akkor ezzel a további fertőzés forrása is el van távolítva. *Ekként a vesetuberculosis a gyógyítható betegségek rovatába lett áthelyezve.* Ennélfogva a nem tapintható vesék gümőkórjának kórismézésével most már nem volt szabad addig várni, míg a tapintható here egyéb szervekkel együtt gümőkórossá lett, hanem szükségessé vált keresni oly diagnostikai eljárásokat, melyekkel a vesegümőkór jelenlétét jókor fel lehet ismerni; a mint láttuk, ezek az eljárások ma csakugyan rendelkezésünkre állanak.

A kérdés tudományos fejlődésének ezen stadiumában természetszerüen ama további kérdés merült fel, hogy mikor és meddig távolítható el a gümőkóros vese a beteg gyógyulásának kilátásával? És milyen viszonyok között lehet számítani a kórosnak felismert vese eltávolítása után az életfenntartáshoz szükséges vesefunctio fennmaradására? Fontos lett tehát megtudni, vajjon csak az egyik, vagy mind a két vese van-e gümőkórosan fertőzve?

Ezen kérdésre kielégítő választ adni nem volt képes sem a tapintás és a kopogtatás, sem pedig a vizelet vegytani vagy mikroskopi vizsgálata.

Ma e téren is kedvezően változtak a viszonyok és jelenleg az újkori diagnostikai módszereknek egész sorával rendelkezünk; e módszerek egyike, a *Korányi Sándor* által megalapított és ma már jóformán általános használatban levő *kryoskopikus húgy- és vérvizsgálat* ezen kórodából indult ki. A vizsgálati módszer lényege: a vizelet és vér osmotikus nyomásának a fagypontra alapított meghatározása.

Rendes állapotban a vizelet fagypontja a *Beckmann*-féle műszerrel mérve a párolt víznek fagypontja alatt áll 1·2—2·3 fokkal. A mélyebb fagypontok az emésztés idején találhatók, ennek bevégzése után kevésbé mély a fagypont. Folytatólagos vizsgálatok kimutatták, hogy ha egy egészséges ember nagyobb mennyiségü vizet iszik, akkor vizeletének fagypontja rövid idő alatt csökken és kisebbedhetik 0·10°-ig, a mi úgy értelmezhető, hogy az ép vesék már rövid idő alatt képesek a víznek nagy mennyiségét kiválasztani, de nem képesek ugyanazon idő alatt kiválasztani az oldott alkatrészek megfelelő nagy mennyiségét. A fagypontsülyedés ezen kisebbedése néhány óráig tart; egészséges embernél a fagypont ezen idő után ismét nagyobbodik és 4—5 óra után eléri a szabályszerü 1—2 fokot.

Ezen vizsgálatot végeztük annál a betegnél is, a kit vesetuberculosissal bemutattam, és a következőket észleltük: a beteg megivott fél liter Salvator-vizet s délután ½2 órakor vizeletének fagypontja a párolt víz fagypontja alatt 0·64 volt, tehát alacsonyabb a rendesnél; már 3 órakor leszállott 0·18-ra, majd 0·15-re, 4 óra után kezdett emelkedni 0·19-re s 5 órakor ismét felszállott 0·43-ra. Tehát négy órai időn túl már emelkedett. A tapasztalat azt mutatja, hogy bizonyos vesebetegségekben a fagypontsülyedés ezen gyors csökkenése vízivás után nem jön létre, vagy csak nagyon lassan, úgy hogy az ezen betegnél tapasztalt fagyáspontviszonyok azt bizonyították, hogy a vesék működése a normális határt éri el.

A számos módszer közül, a melyekkel a kryoskopiai vizsgálatok kiegészíthetők, említést érdemel a *Casper* és *Richter* által kidolgozott *phloridzin-próba*, a mely azon alapszik, hogy ha phloridzint fecskendezünk a bőr alá, a vesék tevékenysége módosul, úgy hogy a vérből a czukrot átbocsátják és létrejön az úgynevezett phloridzin-diabetes. Tapasztalatok mutatják, hogy a beteg vese a phloridzin-czukrot lassan, hiányosan, vagy épen nem választja ki.

A kryoskopikus húgyvizsgálatok, valamint Richter phloridzin-vizsgálatainak továbbfejlesztése közben azonban kitünt, hogy vesemegbetegedések kétséget kizáró eseteiben is megtörténik egyszer-másszor, hogy mindkét módszer bizonytalan eredményt ad, a mi könnyen érthető, ha szem előtt tartjuk, hogy egyoldalú vesemegbetegedésnél a húgyhólyagba nemcsak a beteg, hanem a másik oldali egészséges vese váladéka is leszivárog, sőt egyes esetekben még az is előfordul, hogy a beteg vesének uretere el van záródva, s csupán az egészséges vesének váladéka jut a hólyagba, s azért normális fagypontot mutat. De még tovább menve az is lehetőség, hogy habár mindkét vese beteg, a betegség olyan kis terjedelmü góczokat foglal el, hogy az épségben maradt veseparenchyma, különösen olyan egyéneknél, a kiknek táplálkozása hiányos és a vér molekuláris concentratioja már ennélfogva is alacsonyabb, elégséges működést fejt ki arra, hogy a vér megszabaduljon a vizeletben kiválasztandó anyagoktól. Ezekből következik, hogy egyedül a húgy kryoskopiájából a vesefunctio elégséges vagy elégtelen voltát meghatározni nem lehet. Ezen kérdés eldöntésére — a mint Korányi Sándor kimutatta — a *vérnek kryoskopikus vizsgálata* is szükséges, a mely bámulatosan szabályos eredményeket ad.

A vér fagyáspontja ezer és ezerszer vizsgálva, állandóan azt mutatja, hogy egészséges emberekben a párolt víz fagyáspontja alatt 0·55 vagy 0·56 fokkal áll. Ha a vér fagyáspontja csak egy századfokkal alacsonyabb, akkor ez azt jelenti, hogy a két vese együttvéve sem képes megfelelni a szervezet életfenntartási szükségleteinek, tehát elégtelen, és a kiválasztandó anyagok a vérben kisebb vagy nagyobb fokban visszatartatnak: retentio van jelen. De még ez sem csalhatatlan jele mindkét vese megbetegedésének, mert előfordulhat az is, hogy az egyik vese megbetegedés mellett a másik, ép vesében létrejött reflex-oligaemia hiányos működést von maga után, a mely azonban csak időleges, s azért kétes esetekben a vérvizsgálatot több izben kell megismételni.

A mint az előadottakból kitünik, az előttünk fekvőhöz hasonló betegek vizsgálatának menete a következő: előbb kipuhatoljuk, vajjon beteg-e a vese; ha igen: hogy vesetuberculosis van-e jelen; ennek beigazoltsága esetében: elégséges e vagy elégtelen a vesék működése összességükben s ha elégséges, akkor a vesemütét indicatiójának végleges tisztába hozása végett szükség van azon sarkalatos kérdés eldöntésére, hogy egy vagy két oldali-e a vesetuberculosis?

Vesesipolyban szenvedett betegek kryoskopikus vizsgálatának eredményeiből, a milyeneket Korányi Sándor közlött volt, következtetni lehetett, hogy a két vesének elkülönítve gyüjtött váladéka a kóros oldalon az abnormális, az egészséges oldalon a physiologikai kryoskopiai tulajdonságokkal bir. Ez a tény tükröződik vissza az újkori orvosi tudomány egy idevágó nagyjelentőségü diagnostikai eljárásában, az *ureter-catheterisatioban.* Az eljárás az, hogy cystoskop készülékkel összefüggésben levő cathetert vezetünk be a megvilágított hólyagon át az ureterbe, s így elkülönítve fogjuk fel a két vese váladékát. Ha a gümőkór az ureterbe is beterjedt, akkor már cystoskopice többnyire az ureter beszájadzási nyilása körül egyenetlenül kirágott fekélyes szélt és oedematosus duzzadást lehet látni, a belőle szivárgó vizeletben pedig gümőbacillusok találhatók. Ha a másik vese ép, akkor a belőle származó vizelet normális kryoskopikus tulajdonságot mutat, normális változás mutatkozik a vízfelvétel utáni molekuláris felhígulás és visszatérés, valamint a phloridzin-próba menetében, míg a kórosan átváltozott veséből származó vizelet eltérő tulajdonságokkal bir, tudniillik nem alkalmazkodik kryoskopiai tekintetben sem az emésztési folyamathoz, sem a víz mennyiségéhez és a phloridzin hatásához; ha a két vese váladékának ezen különböző magatartása meg van állapítva: akkor azt következtethetjük, hogy a tuberculosis az egyik vesére van korlátozva, a másik pedig rendes müködésképességgel bir.

Azok után, a miket előrebocsátottunk, nyilvánvaló, hogy a felsorolt újabbkori vizsgálati módszereknek adott esetben szakavatott alkalmazása a betegre nézve életkérdés, és azért az orvosra nézve kötelesség.

Hogy mivé teszi a gümőkór a vesét, azt be fogom mutatni három különböző ábrán, és bemutathatom itt egy kórboncztani készítményen is. Ezen ábrák egyike még azon időből származik, a melyben itt jelenlevő tisztelt kartársaimhoz mint hallgatókhoz volt szerencsém, és Elischer tanár úr, akkori kórodai gyakornokom festette. A másik ábrát Thanhoffer tanár úr festette szintén egy a kórodán meghalt beteg veséje után. A harmadik ábra a lipcsei klinikáról való.

A három kép tanulságosan mutatja a vesetuberculosis fokozatos fejlődését a sajtos góczok képződésétől és a gümőszemcsék tova-

terjedésétől kezdve az ellágyulás és üregképződés legnagyobb fokáig. Az Elischer tanár által praeparatum után művészileg festett kép még azért is bir jelentőséggel, mert felismerhetőleg mutatja a tuberculosis felülről lefelé való haladásának nyomát. A vese ugyanis telve van a gümős képződmények széteséséből származott üregekkel, a hólyagban pedig csak ott található egy jelentékenyebb tuberculotikus gócz, a hol a megfelelő oldali ureter beszájadzik, a hol tehát a veséből a fertőző anyag a hólyagba jutott; ezen kivül a hólyagban csak elvétve található néhány gümőszemcse.

A felsorolt diagnostikai eljárások fontosságának feltüntetésére s egyúttal előadásom befejezéseül *Dollinger* tanártársam szivességéből egy beteget mutatok be önöknek, a kit klinikánkon észleltünk és a kiben vesedaganat jelenlétét állapitottuk meg. Az volt már most eldöntendő, vajjon vesetuberculosis forog-e fenn?

A kezemnél levő kórtörténetben következők foglaltatnak: „A 38 éves beteg jobboldali bordaive alatt gyermekfejnyi, egyenetlen felületü daganat található, a melynek keletkezését a beteg egy évre viszi vissza. A vizelet alacsonyabb fajsúlyú, egyébként rendes, bakteriumok benne nem találhatók. A többi szervekben eltérés nem található, a beteg állandóan láztalan.“ Néhány nap mulva tuberculin-injectio alkalmaztatott. Egy milligramm tuberculin befecskendésére typikus reactio mutatkozott, a hömérsék felemelkedett 39 fokig. Azután megtörténtek a kryoskopikus vizsgálatok, a melyek a vizeletnek molekuláris felhigitását bizonyitották. A vér fagypontja a szabályostól nem tért el. Ezután a beteget áttettük Dollinger tanár sebészeti kórodájára, a hol uretercatheterizálást végeztek rajta, a mely kimutatta, hogy a jobb vese egyáltalában nem választ el vizeletet. A bal vese váladékának fagypontja a beteg rossz tápláltságának megfelelőleg 0·83 volt. Phloridzin befecskendés után 0·94% czukor üríttetett ki. A vízkiválasztási vizsgálat azt mutatta, hogy ½ liter víz felvétele után a jobboldali ureterből nem csepeg vizelet, ellenben a bal vese váladékának fagypontja leszállott 0·28-ra, majd rövid idő mulva felemelkedett 0·36—0·40-re. A cystoskopikus vizsgálat kimutatta, hogy a húgyhólyagnak egyébként épsége mellett a jobb ureter nyilása körül — megint bizonyitékául annak, hogy a gümős fertőzés a veséből haladt lefelé — két fekély van.

Ezen viszonyok indították Dollinger tanárt arra, hogy a jobboldali vesét kiirtsa, a melyet az előttem fekvő készitményben mutatok be. Állapota összhangzásban áll az előbb bemutatott ábrákkal, az ureter állapota pedig megfejtését nyujtja annak, hogy a jobboldali beteg vese miért nem üritett váladékot a hólyagba, hanem ebbe csak a baloldali ép vese normális váladéka jutott. A jobboldali ureter ugyanis a tuberculosus megbetegedés miatt teljesen átjárhatlanná vált. A beteg a kóros vese kiirtása után fokonként erősödött, kinézése javult, minden testi működése rendes, a mütéti sebből egy draincsövön át gyér mennyiségü geny ürül és semmi kétség, hogy a gyógyulás rövid idő mulva teljes lesz; a megmaradt baloldali ép vese a reáháruló functionalis feladatot teljesiteni képesnek bizonyult.

A mint látjuk uraim, egy gazdag lánczolata a felfedezéseknek és tényeknek jelzi a haladást, a melyet az orvosi tudomány a most tárgyalt betegségek terén az utolsó huszonöt év alatt tett pathologiai, diagnostikai és therapeutikai tekintetben.

A dongaláb súlyos alakjainak gyógyitása ékalakú resectioval.

Nyolcz operált eset kapcsán.

Irta: *Alapy Henrik* dr. egyetemi magántanár, a Bródy Adél-gyermekkórház sebészfőorvosa.

(Vége.)

2. *L. Imre*, 4 éves, felvétetett 1903. deczember 16. *Állitólag születése óta* nem tudja jól használni jobb alsó végtagját. A jobb lábfej erősen be és lefelé fordított állásban van. A Chopart-izület megközelíti a derékszöget, a gyermek jobb lába hátára lép, a czomb izmainak működése fennáll, az alszáron is épek a hajlító-izmok, ellenben a feszítők és a peroneusok működése fel van függesztve. Tehát a szülők állitása daczára is nem világra hozott, hanem *bénult dongalábbal van dolgunk*, mely a kora csecsemőkorban lefolyt, a szülők által észre nem vett poliomyelitis anterior acutá-ra vezetendő vissza.

Ennél a fiucskánál fiatal kora daczára a torzulás nagy fokán kivül az indított a véres mütétre, hogy a szükséges ín-transplantatio mellett a gyógyitás másképen túlságos hosszúra nyúlt volna, a mit tekintettel arra, hogy a gyermek nem Budapestre való, el kellett kerülni.

Ék-kimetszés deczember 22-dikén. A narkosisban végzett talpbőnyeátmetszés és Achilles-ínmetszés az egy ülésben való correctiora távolról sem bizonyulván elengedőnek, a sarokcsont mellső nyúlványából és a köbcsontból körülbelül 1½ cm.-nyi éket véstem ki, mire a modelláló redressálás teljesen ép, sőt kissé túlcorrigált állást eredményezett. Varrat. Gypskötés.

Gyógyulás per primam. A gyermeknek már aznap is alig volt fájdalma. 1904. január 6-dikától járó-gypskötés.

Február 15-dikén *ín-transplantatio*. A tibialis anticus inához az öregujj hajlitójából és a közös ujjhajlitóból vettük a mozgató erőt, a peroneusokat pedig az Achilles-ín leválasztott külső feléhez varrtuk. Bőrvarrat. Gypskötés.

Gyógyulás per primam. Márczius 22-dikén járó-gypskötés Április 11-dikén ugyancsak járó gypskötésben bocsátottuk haza a beteget, azzal az utasitással, hogy utókezelés czéljából néhány hét mulva újolag jelentkezzék. Azóta a fiucskát nem láttuk.

3. *G. Jenő*, 6 éves, felvétetett 1904. márczius 15-dikén. *Születése óta* lólába van. Eddig Scarpa-czipőben járt, mely azonban a talpralépést nem tudja biztositani, a mennyiben a gyermek a külső lábszélre, annak is csak mellső felére lép. A bal láb kicsiny, az alszárizmok sorvadtak, de valamennyien működnek. A Chopart-izületben nagymérvü elhajlás befelé. Túlságosan ivelt láb.

Márczius 18-dikán *mütét*. 2 cm. alapú ék kivésése a sarok-, köb- és ugrócsontból. Ez a correctiora nem bizonyulván elegendőnek, még egy 1 cm. alapu ékszeletet kellett hozzámetszeni, ekkor is csak a talppólya és az Achilles-ín böralatti átmetszése után sikerült a lábat rendes állásba hozni. Bőrvarrat. Gypskötés.

A mütét után jelentéktelen fájdalom, mely másnapra szünt csak meg teljesen.

Gyógyulás per primam. Márczius 22-dikén hazabocsátjuk, 28-dikán, mint bejáró beteget járó gypskötéssel látjuk el. Junius 25-dikén teljesen normalis alakban gyógyult lábbal jelentkezett. Kisérletkép egyelőre kötés nélkül maradt. Jelenleg, *bár körülbelül fél év óta* semmi kezelésben nem részesült, *semmi támasztó készüleket nem hord, teljesen ép alakú lábat látunk*, talpra lép, a lábat active tudja mozgatni, pronálni stb., szóval *teljesen meggyógyult*.

4. *M. Márton*, 9 éves, felvétetett 1904. május 6. *Világra hozott* jobboldali dongaláb, melyet 8 hónapos korában ínmetszéssel és gypskötésekkel gyógyitottak egy ideig. Azóta Scarpa-czipőben jár, melylyel azonban talpra lépni nem tud, hanem külső lábszélére lép, a mi csak természetes, mivel a czipő rongygyá van taposva, a láb pedig nagy mértékben torzult, t. i. kisebb, közelítése és befelé forgatása nagyon kifejezett. „Hohlfuss“-alak, erös elhajlás a Chopart-izületben.

Mütét május 10-dikén. A sarok-köbcsonti izületből 1 cm. alapú éket véstünk ki, mi a helyzet javitásra nem bizonyulván elegendőnek, az éket meg kellett szélesbiteni és a lábhát felé meghosszabbitani. Achillesínmetszés.

A láb tulzott ívelésének megszüntetésére a talpbönyén kivül az ujjhajlitók böralatti átmetszése is szükségessé vált. Varrat. Gypskötés túlcorrigált helyzetben.

Semmi utófájdalom.

Gyógyulás per primam. Május 22-dikén járó gypskötésben egyelőre elbocsátjuk. November 15-dikéig gypskötésekben járt. Ezentúl kisérletkép az utókezelés számára közönséges czipőt kap minden orthopaediai készülék nélkül.

5. *St. Ferencz*, 3 éves. Felvétetett 1904. junius 1-jén. A gyermeknek *világra hozott* dongalábát hosszabb időn át gyógykezeltük ambulanter étappeszerü gypskötésekkel. Csak fél eredményt értünk el, minthogy a vidéken lakó gyermeket, kinek gypskötése gyakran lecsúszott, nem tudták mindig idejekorán elhozni. A bal alszár izomzata sorvadt, a fiucska külső lábszélére lép, a lábcsúcs közelített és befelé forgatott állásban van, mit csak kis részben

okoz a térd- és a csípőizületben való rotatio, főokát a Chopart-izületben mutatkozó körülbelül 60° ú elhajlás teszi.

Ékkimetszés junius 3-dikán. A sarokköbcsont-izületből 1 cm. alapu éket vésteni ki, mely a láb kiegyenesítésére elégnek bizonyult. A kiegyenesítés ellen még fennálló ellenállást a talpbönye bőralatti átmetszésével szüntettük meg. Varrat. Túlkorrigáló gypskötés.

Per primam gyógyult. Már a műtét napján sem volt fájdalma. Junius 12-dikén vastagtalpú gypskötéssel bocsátottuk el. Julius 12-dikén ambulanter jelentkezett. A *láb teljesen normal tartásban* van. Egyelőre még újabb járógypskötést kap.

6. *L. János*, 6 éves, felvétetett 1904. augusztus 15-dikén *világra hozott* jobboldali dongalábbal. A gyermek jobb lábával

1. ábra.

az ötödik lábközépcsont külső-hátsó felületére lép. A befordulás oly nagyfokú, hogy a lábujjak járás közben a bal láb felé néznek. A láb túlságosan ívelt. Az egész végtag sorvadt, a czomb 2 cm.-rel, az alszár 3 cm.-rel vékonyabb, a talp $3^1/_2$ cm.-rel rövidebb az ellenoldalinál. Sőt az egész végtag is meg van rövidülve $1^1/_2$ cm.-rel.

Agusztus 18-dikán *műtét*. A megelőző narkosisban a supinatiót ki lehetett egyenlíteni, ellenben a hajlító és a Chopart-izületben közelítő zsugorodásnak korrigálása oly nagyfokú ellenállásba ütközik, hogy annak egy ülésben való kiegyenlítésére gondolni sem lehet. A sarokcsontból, a köbcsontból és az ugrócsont fejéből kivésett 1 cm.-es alapú ék kivétele után még át kellett metszeni (bőr alatt) a plantaris fasciát, az ujjhajlítók inait és az Achilles-inat, mire a lábat könnyen lehetett kissé *túlkorrigált* helyzetbe hozni. Kétsoros varrat után rögzítés ebben a helyzetben ablakos gypskötés segélyével.

Semmi utófájdalom. Per primam gyógyult. Augusztus 25-dikén a gypskötés megerősítése és gypstalp ráerősítése után kénytelenek voltunk a vidéken lakó szegénysorsú gyermeket azzal az utasítással hazaküldeni, hogy a kötést lehetőleg sokáig hordja.

7. *N. Sándor*, $4^1/_2$ éves, felvétetett 1904. szeptember 28-dikán *világrahozott kétoldali* dongalábbal. A torzulás mindkét lábon teljesen symmetriás. A gyermek külbokáira lép, mely helyen a bőr 5 koronás nagyságú területen talpszerüen meg van vastagodva. A befordulás főleg a Chopart-izületben való elhajlás folytán oly nagyfokú, hogy felállás közben a két láb körülbelül egy egyenes vonalba esik.

Szeptember 29-dikén *ékkimetszés* a *jobboldali* mellső sarok-ugrócsont-izületből; $2^1/_2$ cm. széles alappal biró ék kivésése vált

2. ábra.

szükségessé, ezután is csak az Achilles-ín, a talpbőnye belső fele és a lábujjhajlítók bőralatti átmetszése után lehetett a lábat normalis helyzetbe hozni. Csonthártyavarrat. A talpszerüen megkeményedett és felesleges bőr kimetszése után bőrvarrat. Ablakos gypskötés.

Semmi utófájdalom, gyógyulás per primam. Október 4-dikén járógypskötéssel bocsátottuk el, melyet november elején megújítottunk. Jelenleg két hét óta kötés nélkül van és így marad a második lábon végrehajtandó műtét idejéig.

Demonstratiora ez az eset különösen alkalmas, minthogy az operált és nem operált láb közötti különbség minden fényképnél vagy gypsöntvénynél világosabban mutatja azt az állapotot, melyben a láb a műtét előtt volt és azt a javulást, melyet a műtéttel elértünk. (1. ábra.)

8. *U. János*, 8 éves, felvétetett 1904. deczember 4-dikén

világrahozott kétoldali dongalábbal. Kezelése eddig csupán abból állott, hogy 4 év előtt 3 hónapon át gépet hordott. Mindkét láb külső felére lép, jobboldalt inkább a lábhátra. A támaszkodó felület a saroktól a lábközépcsont fejéig terjed. A Chopart-izületnek megfelelőleg körülbelül 130°-ú elhajlás van.

Ékkimetszés a *jobb* lábból 1904. deczember 6-dikán. Alsó végén 20 mm., felül 22 mm. alappal biró ék kivésése az ugrócsont fejéből és a sarokcsont mellső nyúlványából. Achillotenotomia, a plantarfascia és az ujjhajlítók átmetszése. Varrat 2 rétegben, ablakos gypskötés, teljesen korrigált helyzet.

Sima lefolyás, semmi utófájdalom.

Az operált és a még nem operált láb közti különbséget a

3. ábra.

2. ábra mutatja, míg a 3. ábrán ugyanaz a beteg van feltüntetve két héttel a *másik* láb műtéte után.[1]

A mint a dátumokból látható, a leirt gyógyeljárást csak az utóbbi időben kezdtem alkalmazni és csak azóta végzem sürübben, mióta meggyőződtem a műtét kiválóan jó eredményeiről. Összesen hat világra hozott és két hüdés folytán keletkezett dongalábat operáltam ily módon. Ez utóbbiak tudvalevőleg könnyebben szoktak korrigálhatók lenni és ennélfogva ritkábban javalják a véres műtétet. Különös véletlenképen első esetem épen hüdéses dongaláb volt, mely azonban 11 évi fennállás után annyira kifejlett és oly merev volt, a mellett a szülők a hosszas sikertelen kezelésbe annyira beleláradtak, hogy másra, mint műtét által azonnal elérendő teljes correctiora gondolni sem lehetett. Második esetem szintén bénult dongaláb volt, melynél külső körülmények kényszeritettek arra, hogy az eredményt igérő, de igen hosszadalmas étappe-kötések helyett oly eljáráshoz folyamodjam, mely *azonnal* helyes állást ad, hogy igy a szükségesnek mutatkozó íntransplantatio szintén rövidesen végrehajtható legyen.

A többi hat eset *világrahozott* dongaláb volt, részben igen súlyos esetek, részben csak középsúlyosak, melyeknél *resectiót végeztem azért, mert mindinkább meggyőződtem arról, hogy az eljárás nemcsak eredményesebb*, mint a vele egyedül konkurrálni tudó *étappeszerü gypskötés, hanem*, bár ez az állitás talán paradoxnak látszik, *hasonlíthatatlanul enyhébb is.*

A ki tudja azt, hogy csak *kissé súlyosabb esetben is milyen rendkivül hosszadalmas a gypskötéssel való gyógyítás, mennyi fájdalommal jár* minden egyes kötés, esetleg hány altatást igényel és hogy ennek daczára *mennyit szenved* egyik-másik beteg *minden kötés után néhány napig* és hogy a mellett *milyen nehezen lehet vele* elérni különösen a Chopart-izületben való elhajlás *kiegyenesítését*: az igazat fog nekem adni abban, hogy *az imént leirt eljárás*, mely *egyszeri altatás és egyszer végzett műtét* árán *azonnal normalis helyzetet* teremt, melynél a szükséges utókezelés (massage stb.) sokkal hamarabb megkezdhető, melynél *az egész kezelés alatt a betegnek semmi fájdalmat nem okozunk*, melynek veszélye alig nagyobb, mint egy subcutan osteotomiáé (másszóval teljesen *veszélytelen), minden tekintetben fölényes.*

Félreértés elkerülése czéljából ismétlem, hogy az *enyhébb esetek számára*, különösen fiatalabb gyermekeknél, a *műtétre semmi szükség* nincs, ezeknél az étappeszerü kötések képezik a helyes eljárást, sőt csecsemöknél gyakran még ezekre sincs szükség, a gyógyulást még enyhébb úton tudjuk elérni. A dongaláb súlyosabb alakjaiban szenvedő gyermekek érdekében azonban szeretném, ha e közlésemmel valamicskét hozzájárultam volna ahhoz, hogy a *leirt nagyon eredményes műtét gyakrabban alkalmaztassék, mint* a milyen gyakran (legalább ez a benyomásom) jelenleg alkalmazni szokás.

[1] Megjegyzés correctura közben. A fiúcskát április hóban bemutatták és ekkor orthopaediai gyakorlatok czéljából két hétig a kórházban tartózkodott. Mezitláb *teljesen talpra lépve jár*, egyenesen, sőt *kifelé forgatva* tartott lábesúcsokkal, és e rövid idő elteltével nemcsak a passiv mozgathatóság teljes, hanem az activ mozgásokat is már csaknem a normalis határig tudja végezni..

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

A zsírszövetnekrosisról.

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

(Folytatás.)

VII. M. F., 9 éves, orvos fia. Jelen bajáig egészséges volt. 1904. április 15-dikén hasát az ablak sarkában megütötte; az ütés helyén jobboldalt a köldök mellett hasa igen fájdalmas lett, úgy hogy le kellett feküdnie; 18-dikán felkelt s teljesen jól érezte magát, midőn április 20-dikán újra az előbbi helyen egy lapos kövön megütötte hasát; ezóta hasa újra fáj, lázas 38·8°-ig felmenő hőmérsékkel. Széke, szelei rendesen mentek, csak hasa korog néha feltünően.

Felvételkor *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályára az egészséges külsejü fiú mellkasi szervei épek. A has mérsékelten előmborodó. A köldöktől jobbra ennek magasságában egy gyermektenyérnyi diffus, elmosódott határú, kemény, nyomásra igen érzékeny resistentia tapintható, mely a lumbalis tájra nem ballottál át s egyáltalán beljebb fekszik, mint a vese helye; felette a kopogtatási hang tompult dobos, az a colon felfuvásakor a daganat teljesen eltünik; az ileocoecalis tájon csekély korgás, de érzékenység vagy görcsök nincsenek jelen. Vizelet teljesen ép.

Az osztályunkon történt észlelés alatt április 30-dikáig a betegnek az első négy napon este 38—38·3°-ig felmenő hőemelkedése volt, azontúl láztalan: a beteget azután otthon észleltük tovább s itt koronként lázas mozgalmakkal teljesen láztalan szakok váltakoztak; a tumor kezdetben nött, majdnem ökölnyire, s egyidőben félig puha, homályosan fluktuáló consistentiát is mutatott, a midőn már komolyan gondoltunk megnyitására. Mivel azonban a próbapunctio (a lumbalis táj felől) teljesen negativ

eredményt adott, a műtéttől elálltunk s lassanként a tumor teljesen felszívódott, a mint arról az időközben vidékre távozott beteg házi orvosa értesített.

Ez esetben a daganatot, melynek helyzete anatomiailag épen a pankreas fejének felelt meg, mely a colonfelfúvás tanúsága szerint retroperitonealis volt és melyet, mivel a vizeletben semmi abnormitás sem kisérte s beljebb is feküdt, mint az a vesének megfelelt volna, vesetumornak nem tarthattunk, legjobban a pankreas feje körüli vérzésből magyarázhatjuk, a mely körül a szabálytalan lázas mozgalmakból itélhetőleg zsírszövetnekrosis képződött; a haematoma és a nekroticus zsírrészletek felszívódásából könnyen megérthető a spontan gyógyulás is. Mindenesetre e felvétellel tudjuk a kórképet legjobban magyarázni, bár nem zárható ki teljesen, hogy esetleg spontan gyógyult bélrupturával, mely körül circumscript peritonitis fejlődött (ennek különben ellene szól a kétszeri trauma után ugyanazon symptomák keletkezése s a colon felfúvásakor nyert lelet), vagy egyszerüen meso colon-haematomával állottunk szemben. (Ez utóbbi esetben azonban nagyobbfokú mozgékonyságot vártunk volna a daganattól.)

* * *

Eseteinket epicritice áttekintve látjuk, hogy az első ötnek közös jellemvonása az intra- és retroperitonealis zsírszövet nekrosisa. A VI. esetben valószinünek kell tartanunk, mivel a tályog a pankreas körül foglalt helyet, hogy eredetileg ilyen zsírszövetnekrotikus czafatokkal volt telve, sajnos ez iránt többszöri kérdezősködésünk daczára kielégitő választ kapni nem tudtunk.

A tályog anatomiai helyzete, ama körülmény, hogy közvetlenül a gerinczoszlop előtt s a mesocolon transversum felett foglalt helyet, mindenesetre a mellett szólt, hogy pankreatikus eredetü volt s igy ezen esetben ilyen pankreatikus tályog spontan gyógyulásáról lehetne tulajdonképen szó, a mennyiben az első műtét a már a bőr alá tört tályog felett helyet foglaló elszinesedett bőr bemetszésére, a mi műtétünk pedig tulajdonképen csak az üregben fellépett retentio és secundaer fertözés megszüntetésére vonatkozott. Hogy a VII. esetet miért vettük be a sorozatba, azt fennebb kifejtettük.

Az első öt esetben kifejezett zsírszövetnekrosist találtunk. Ezen nekrosis az esetek kettejében (I. és II. sz.) a pankreas közvetlen környezetére szorítkozott s a bursa omentalisban helyet foglaló eltokolt ev-ür képződésére vezetett. A III. sz. esetben is a pankreas környéke volt a bántalom főszékhelye, de a nekrotikus zsírczafatokkal telített geny egyfelől a foramen Winslowi-n át kiömölve a has jobb felében, másfelől a mesocolont áttörve a vékonybelek közt alkotott egy-egy nagyobb tályogot s kisebb eltokolt genygyülemeket a cseplesz és hasfal közt, úgyszintén a lép s az epehólyag szomszédságában. Igen kiterjedt volt a zsírszövetnekrosis az V. sz. esetben, s nevezetes, hogy itt is, valamint a II. sz. esetben, kimutathatóan egyedül az ileocoecalis táj és a jobb csipőtányér zsírszövete volt alterálva.

Eseteink behatóbb méltatását a zsírszövetnekrosis pathologiája és klinikája jelen állásának rövid ismertetése keretében szándékozunk adni, hosszasabban megállapodva ama pontoknál, melyek megvilágitására eseteinknek fontosságot és jelentőséget tulajdonitunk.

A zsírszövetnekrosisra vonatkozó első észleletek *Truhart* gondos kutatásai szerint már a 17. századba visszanyúlnak. Már 1673-ban leirja Gresiel János György, hogy egy hirtelen keletkező heves kólikában 18 óra alatt elhalt 42 éves kövér férfi holttestében a pankreas el volt halva s ezen elhalás az összes szomszéd részekre ráterjedt; hasonló eset elszórva még több is található a régibb irodalomban, s *Rokitansky*, *Klob*, *Virchow*, *Klebs* is leirták egyes esetekben a pankreaskörüli, a cseplesz- és fodorzsírszövetnek a zsírszövetnekrosisnál található sajátszerü elváltozását, mások lipomákban (*Virchow*, *Fürstenberg*, *Fessler*, *Klebs*) irták le a zsírszövet ilyetén elváltozását, *Ponfick* pedig a csontvelőben talált ilyent. De *Balser* érdeme az, hogy a figyelmet a zsírszövetnekrosisra, mint halálosan végződő, sui generis betegségre felhivta két eset kapcsán, melyek közül az egyik négy hét, a másik három nap alatt vezetett exitusra s melyek mindegyikében a pankreas in toto el volt halva s körülötte egy gyomor mögötti óriási tályog, friss vérzésekkel illetőleg vérzések nyomaival volt található.

Ezen esetek alapján gondosabban vizsgálván sectióknál a pankreast, konstatálta, hogy a pankreasban és a körülötte levő zsírszövetben kisebb nekrosisok épen nem ritkák; válogatás nélkül egymás után vizsgált 25 hulla közül ötben apró pontszerü, egész gombostüfejnyi ilyen góczokat tudott kimutatni, más esetekben pedig a csontvelőben, a subpericardialis zsírszövetben látott a pankreasban és peripankreatikus zsírszövetben találtakkal megegyező, makroskopice opák, sárgás-fehér, a metszlapon ovalis góczokat, melyekben mikroskoppal nekrotikus zsírsejtek mellett friss, fiatal, burjánzó zsírsejteket s szétesett nekrotikus zsírsejtekből származó göröngyöket és rögöket talált. Azt vette fel a bántalom okául, hogy a zsírszövet túlszaporodása vezet egyes zsírszigetek nekrosisára s ezen nekrosisok különösen kövér egyéneknél olyan terjedelmet érhetnek el, hogy nagy confluáló peripankreatikus részei a zsírszövetnek s következményesen maga a pankreas is elhalhatnak, a nekrotikus részek sequestrálódnak, tályogképződésre, vérzésekre s ezáltal az egyén halálára vezetnek. A kezdetét azonban ezen súlyos folyamatnak azon látszólag ártatlan, pontszerü, hullákban relative gyakran található s kövér állatok (főleg bakonyi és algiri disznók) zsírjában majdnem állandóan fellelhető miliaris zsírnekrosisok képezik.

E felfogással szemben, a melytől különben *Balser* utóbb maga is elállott, hogy t. i. a túlburjánzó zsír nyomása okozná egyes zsírlebenyeknek vagy zsírlebenyek nagyobb conglomeratumainak elhalását, *Chiari* és *Fraenkel* a szóban forgó kórkép okául közönséges regressiv metamorphosist vesznek fel, mely a más szervekben fellépő közönséges nekrobiotikus folyamatokkal, minők a zsíros degeneratio és az egyszerü nekrosis, hozható párhuzamba.

Chiari szerint ugyanis e zsírnekrosisok mindig marantikus egyéneken (kiknek azonban nem kell lesoványodva lenniök) lépnek fel. Később *Chiari* e véleményétől elállott s ma a pankreasferment-theoriának egyik leglelkesebb hive.

Langerhans-ot illeti az érdem, hogy az e folyamatoknál lejátszódó pathologikus processusokra pontos histologiai és mikrochemiai vizsgálataival fényt derített. Kimutatta, hogy a zsírnekrosis kezdetei egy zsírlebenykénél kisebb területre is szorítkozhatnak, hogy fiatal burjánzó zsírsejtek ezen góczokban nincsenek, hanem csak sejtes infiltratio ott, a hol a nekrotikus zsírlebeny a kötőszövettel érintkezik s itt is csak a vérerek körül. A góczok ép zsírsejtjei közt teljesen szabadon fekvő zsírcseppek, zsíros detritussal kitöltött széles csikok s a zsírsejtek s ezen csikok közt mészmolekulák vannak. A gócz belseje felé a zsírsejtek maguk is finom tükkel telvék, melyek nem foglalják el teljesen a zsírsejt belsejét, hanem mellettük még különböző nagyságú olajcseppek foglalnak helyet a sejtben, s végre a gócz centruma felé halványan fénylő, sárgásbarna szabálytalan rögök, helyenként golyóhéjszerü configuratioval foglalnak helyet, a mely rögök, mint azt pontos mikrochemiai reactiókkal kimutatta, zsírsavas mészből állanak. A folyamat lényege tehát *Langerhans* szerint az, hogy valamely agens behatására a zsírsejtekben foglalt neutralis zsír megbomlik, folyékony része kiválik, a sejtben visszamaradt szilárd zsírsavak (stearin-, palmitinsav) pedig mészszel zsírsavas mészszé egyesülnek. Az ilyen módon elhalt zsírlebenykét vagy zsírlebenyke-conglomeratumot azután egy a környezetben fellépő reactiv („dissecáló“) gyuladás sequestrálja.

Sarfert szerint a zsírnekrosisnál nem zsírsavas mész, hanem zsírsavas natrium képződik, míg *Marek* vizsgálatai szerint tényleg zsírsavas mész az, a mi e folyamatnál keletkezik s sikerült is neki mésztejnek pankreassal való főzése által a zsírnekrosisnál található massát mesterségesen előállitani.

Benda még előbbre vitte a zsírnekrosisok histologiáját; a Weigert-féle gliapáczban a zsírnekrosisnak egy makro- és mikroskopice igen érzékeny reagensét ismerte fel, mely a nekrotikus zsírnak — olajsavas rézsó keletkezése által — markans zöldeskék szint kölcsönöz. *Hart* a Benda-féle reagenst különben nemcsak a szóban forgó specifikus zsírnekrosisra, hanem általában a zsírsavas mészre nézve jellemzőnek tartja.

A *Benda*-féle vizsgálatok kimutatták, hogy a zsírnekrosis

kezdetei a pankreasban teljesen normalis acinusok közt is feltalálhatók, s hogy ezen initialis góczokban lobos tüneteknek nyoma sincs. A *Balser* által burjánzó zsírsejteknek minősített képletekre nézve bebizonyította, hogy azok phagocyták, melyek bensejében a nekrotikus zsírrészecskék élénk kékeszöld rögök alakjában láthatók. Ezen leletek megerősítik és helybenhagyják a fent vázolt *Langerhans*-féle felfogást a zsírnekrosisok keletkezésének magyarázatában, mely ma úgyszólván általánosan elfogadottnak tekinthető, s most már a legfontosabb kérdés az, minő ok, minő agens hozza létre a zsírsejtek zsírtartalmának a sejt életére nézve ily deletaer hasadását?

Eltekintve az eredeti Balser-féle, később *Lindsay Steven* és *Seitz* által felkarolt, ma már megdöntöttnek tekinthető véleménytől, mely (1.) a zsírsejtek túlságos burjánzásával magyarázta a zsírszövetnekrosist, valamint ama kevés hivőre talált és sok tekintetben homályos theoriáktól, hogy (2.) a zsírszövet ezen elváltozásait circulatiós zavarok (*Ziegler, Marek*), (3.) a zsírdús cseplesz vongálása folytán a pankreasedényekben előidézett elváltozások (*Stricker*), (4.) valamely haemolytikus toxin (*Warthin*), (5.) a *Hanriot* által a vérben kimutatott zsír fermenthatása (*Franke*), (6.) az arteria coeliaca és ágainak megbetegedései (*Chantemesse* és *Griffon*), (7.) a sympathicus primaer megbetegedése által előidézett trophikus zavarok (*Rolleston, Pitt*), (8.) egyszerű regressiv metamorphosis (*Chiari, Fränkel*), (9.) a pankreasbetegségek és zsírszövet közt fennálló olyasféle belső secretión alapuló nexus, mint a minő a hypophysis megbetegedései és az akromegalia, a pajzsmirigy kóros folyamatai s a myxoedema közt van (*Wagner*), hozzák létre: a zsírszövetnekrosis pathogenesisére vonatkozó nézetek két nagy csoportba oszlanak:

Az egyik a zsírszövet zsírjának hasadását, melyet Langerhanssal a zsírszövetnekrosis lényegének mondhatunk, bakteriumok hatásának tartja, a másik chemikus alapon magyarázza és a pankreas-emésztés következménye gyanánt fogja fel.

Az előbbi szerint a zsírszövetnekrosis és a pankreasnak egyidejüleg fennálló, rendszerint haemorrhagikus, gangraenosus, ritkán egyszerűen abscedáló gyuladása egyazon bakteriumos infectio által jő létre; az utóbbi szerint a pankreas valamely okból létrejött előzetes gyuladása, vérzése okozza azt, hogy a pankreas-nedv kijut a retro- és intraperitonealis zsírszövetbe, itt a zsírsejtekben levő zsírt hasítja s ez vezet azután a sejteknek maguknak következményes nekrosisára. Az előbbi felfogás mellett először *Curschmann* tört lándzsát, az utóbbit *Langerhans* propagálta.

Ugy klinikai észleletek, valamint bakteriologiai és experimentalis vizsgálatok határozottan az utóbbi felvétel helyessége mellett szólnak.

Bakteriumokat a zsírnekrosis-góczokban aránylag ritkán találtak, a talált mikroorganismusok igen különféle speciesekhez tartoztak. A *Truhart* által gyüjtött esetekben, melyek közül 80-ban történt bakteriologiai vizsgálat, mindössze 37 esetben volt positiv a bakteriologiai lelet és pedig 15-ször a hasnyálmirigyen belül, 8-szor a zsírnekrotikus góczokban, illetőleg környezetükben, 7-szer a tályogűrben; a talált mikroorganismusok legtöbbje nem volt pontosan determinálható, aránylag legtöbbször találtak bakterium colit vagy hozzá igen hasonló fajokat, azonfelül streptococcust, diplococcus pneumoniaet (Dieckhof), staphylococcus pyog. aureust (Leonhardt, Wolff), citreust (Jackson és Ernst), bacillus pyocyaneust (Takayasu). *Balser* actinomyceshez hasonló sajátszerü képleteket irt le disznónál ilyen zsírnekrosisos helyen, melyeknek mikroorganismus-természete azonban joggal kétségbe vonható. Katz és Winkler szerint kuszáltan fekvő zsírjegecztük adnak a Balser által leirt képletekhez hasonló képeket. *Ponfick* maga is kételkedik, vajjon az általa zsírnekrotikus góczokban talált mikroorganismus (egy a bakterium colihoz közel álló faj) aetiologiai nexusban áll-e a zsírnekrosissal. *Fraenkel* pedig, a ki gondos bakteriologiai vizsgálatai alkalmával csak egyetlen egy esetben talált mikroorganismusokat a zsírnekrotikus góczokban s akkor is csak a lobos peritoneum közelében, határozottan azt hiszi, hogy e mikroorganismusok csak secundaer jutottak a nekrotikus zsírszövetbe s igy magával a zsírnekrosissal causalis nexusba nem hozhatók; szerinte az eddigi bakteriologiai vizsgálatok a zsírnekrosisok mikroparasitás aetiologiájának felvételére kellő alapot nem szolgáltatnak.

(Folytatása következik.)

Tárcza.

A magyar fürdők látogatottsága és ásványvíz-forgalmunk 1903-ban.[1]

Hivatalos adatok alapján.

Tisztelt congressus!

Az 1903. évet fürdőtulajdonosaink általában a jobb évek közé fogják sorozni; főleg azok, a kik tettek is valamit közönségükért és nem állottak arra a hibás álláspontra, hogy a közönségnek már hazafiságból is kötelessége pénzét magyar fürdőbe vinni még akkor is, ha az a gyógyvizen, jó levegőn és természeti szépségeken felül mitsem nyujt neki olyat, a mi az európai viszonyoknak megfelelne. A mi közönségünk is kezd már követelő lenni; a világlátott, utazott emberek száma mindinkább növekszik; ezek kitapasztalták a nagyvilágban, hogy mit lehet fürdőkben ellátás tekintetében méltányos összegekért kapni és ahhoz mérik itthon is követeléseiket. Ez helyesen van igy, mert biztosabb záloga haladásunknak, mint a legfényesebb congressusi előadás, tartsák legyen azt Chyzer Kornél vagy Fodor József, kiknek másfél évtized előtt itt elhangzott előadásai még ma is actuálisaknak mondhatók sok fürdőhelyünket illetőleg.

1903-ban *fürdőink összlátogatottságának* előző évi csökkenését nemcsak behoztuk, hanem *jóval felül is haladtuk* minden eddigi év idegenforgalmát úgy külföldi, mint belföldi vendégekben. Hogy az igy forgalomba jött tetemes mennyiségü pénz fürdőhelyeink fejlődésén mennyit lendített, azt a következő évek statistikája fogja megmutatni. A hol a jobb esztendő nagyobb jövedelme befektetésekre, javításokra indította a tulajdonost, ott biztosan növekedni fog a vendégforgalom.

Összes magyar fürdőinkben 1903-ban *102,352* állandó fürdővendég tartózkodott, *15,392*-vel több mint az előző évben. Az összes idegenforgalom *210,313* volt, *33,707*-tel több mint 1902-ben.

Ezen többletek részben a külföldi vendégek javára esnek. Ugyanis az állandó külföldi vendégek száma *2019*-czel volt több, az összes külföldi vendégforgalom pedig *15,381*-gyel volt nagyobb mint 1902-ben. Látni e számból, hogy az összidegenforgalom növekedésének fele külföldiekre esik.

Az egyes fürdőcsoportok látogatottságát elemezve ismét azt állapithatjuk meg, hogy a *balatoni fürdő- és nyaralótelepek vezetnek*. Az állandó vendégek száma a Balaton körül *14,718* volt, *3000*-rel több, mint 1902-ben, az összes idegenforgalom pedig *6000*-rel volt nagyobb, azaz *37,414*. Az emelkedés állandó, pedig sok a panasz némely balatoni telepre, különösen a kisebbekre. E helyek némelyikén majd olyan drágák a lakások, mint a Svábhegyen vagy a Zugligetben; az élelmezés, a piacz ép oly drága, mint Budapesten, de rosszabb, a falu kapzsi népe szipolyozza a vendégeket, tudván jól, hogy a ki ott a saisonra lakást vett, az élet-halálra ki van néki szolgáltatva; a pompás balatoni halakhoz jutni kisebb helyeken majdnem lehetetlen, a mióta a halászatot részvénytársaság birja; a fürdés mindenütt drága, annyi, mint a Lidón. A közlekedés sem mindenütt felel meg a kivánalmaknak, legkevésbé a balatoni hajózás. Mindezen segíteni kellene azoknak, a kiknek szivükön fekszik a Balaton jövője, mert nem szabad elfeledni, hogy a pompás wörthi tó és a többi karinthiai tavak csak félnapi vasúti távolságra vannak a Balatontól.

Az egyes nagyobb balatoni helyek látogatottsága a következő volt: *Siófokon 4230* állandó vendég tartózkodott, *774*-gyel több mint 1902-ben. *Földváron 874*, *37*-tel több. *Fonyódon 533*, *100*-zal több, mint az előző évben. *Balatonfüreden 2544* volt az állandó vendégek száma, tehát ismét kevesebb, mint az előbbi évben. Balatonfüred látogatottsága csekély ingadozásokkal évek óta csökkenőben van. Ez a hanyatlás sajnos. Valami hibának kell ott lenni az üzem vezetésében, a mit kutatni hálás feladata lenne a tulajdonos egyházi rendnek. *Keszthely* látogatottságának emelkedése óriási, úgy hogy a statistikai adatok gyüjtésének technikájában kell valami hibaforrásnak lenni, mert alig hihető, hogy egyik évről a másikra *366*-ról *1871*-re emelkedjék az állandó vendégek száma. Vagy régebben nem jegyezték pontosan az állandó

[1] A XV. magyar balneologiai congressuson tartott előadás.

vendégeket, vagy utóbb vettek fel többet állandónak, a ki pedig futóvendégnek tekintendő.

Sziksós tavaink, ezek a hazai specialitások, a látogatottságban különös változást nem mutattak.

Ha összes *klimás gyógyhelyeink* frequentiáját vizsgáljuk, állandó vendégekben 1903-ban *1589* volt az emelkedés az előző évhez képest *(9915—8326)*; az összidegenforgalomban pedig *2715* az emelkedés *(28,130—25,455)*. Mindezek csekély számok és csak az örvendetes, hogy a külföldi látogatók száma emelkedett aránylag erősen; ugyanis állandó vendég külföldi *2360* volt *(734* emelkedés); az ideiglenes külföldi vendégek száma pedig *9530* volt. Igy összesen *11,890* külföldi látogatta klimás gyógyhelyeinket, összesen *4744*-gyel több, mint az előző évben. Kiderül ebből, hogy hazai ideiglenes vendégeink száma csökkent klimás gyógyhelyeinken, de ezen csökkenést túlcompenzálta a külföldiek nagyobb számú megjelenése, s ha ez nem történt volna, úgy az összlátogatottságban tetemes deficit állott volna elő A külföldi turisták száma így is *815*-tel haladta meg a belföldiekét. A klimás gyógyhelyek közül a szepességiek állandó vendégekben tetemesebb haladást nem mutatnak néhány kivétellel. A turisták száma azonban növekedett. Uj építkezések hiányában nem is növekedhetik az állandó vendégek száma; nagyobb emelkedést csak akkor remélhetünk, ha az ó-tátrafüredi nagy hôtel mellett a lomniczi és csorbai nagy szállodák is készen lesznek. Uj élet fog ekkor kezdődni a Tátrában és pedig nemcsak nyári, hanem téli élet is, a mint az kisebb arányokban Ó-Tátrafüreden már e télen kezdetét vette. Nem hiszem, hogy rossz próféta vagyok, ha azt mondom, hogy ha jól fogják vezetni ezen nagy új hôteleket, mint a hogy eddig jól vezetik az ó-tátrafüredit, ép oly zsúfolva lesznek azok télen-nyáron, mint a Semmering, Szt.-Móricz és Grindelwald palota szállodái. *A tátrai klimás gyógyhelyek* közül egyedül a *Csorba-tó* tett szert 1903-ban nagyobb számú fürdővendégre; számuk az előbbi évhez képest megkétszereződött. Valamit javult *Uj-Tátrafüred*, *Tátra-Széplak*, sőt *Barlangligel* is. A szepesi fürdők és nyaralóhelyek általános forgalma állandó vendégekben *6917* volt, összidegenforgalma *21,956*. A mi még mindig kevesebb *15,000* vendéggel, mint a balatoni idegenforgalom.

A többi *magaslati gyógyhelyen* (Biharfüred, Hohe Rinne stb.) változást nem jegyezhetünk fel.

Hévvizeink közül az egyszerű és földes hévvízű fürdők látogatottsága az állandó vendégeket illetőleg az 1902. évi *7692*-ről *10,154*-re emelkedett, ha ugyan pontos a statistikai felvétel, a mit *Menyházát* illetőleg kétségbe kell vonnunk, azért nem is merem részletezni az adatokat

Kénes hévvizeinkben 27,901 állandó vendég lakott az előző évi *25,137*-hez képest. *Szt. Margitsziget* emelkedett *100* vendéggel, a *Császárfürdő 200* zal, *Harkány 300*-zal, *Herkulesfürdő 2375*-tel, a többi alig változott tetemesen. Érdekes megemlíteni, hogy *Herkulesfürdőn 9142*, *Pöstyénben 6679* és *Trencsén-Tepliczen 5282* állandó vendég volt.

Vasas hévvizeink közül *Vihnye* majd kétszer oly látogatott volt, mint 1902-ben, *Szliács* valamit esett, *Rajecz* kissé emelkedett.

Összes, mindenfajta hévvizeink állandó vendégeinek száma *40,783* volt, *5000* rel több, mint 1902-ben. Összes vendégforgalmuk pedig *65,882* személyt tett ki, *10,000*-rel többet mint az előző évben. Hévvizeinket külföldiek szorgalmasan látogatják, 1903 ban *11,255* volt a számuk, majdnem *1000*-rel több mint 1902-ben. Ebből a számból legtöbb esik *Pöstyénre*, *3686*, utána *Herkulesfürdő* következik *3321* külföldivel, majd *Teplicz 3283*-al. *Herkulesfürdőn* az előző évhez képest *900*-zal több volt a külföldi. Ugy látszik, hogy román szomszédainkat Herkulesfürdő nem vesztette el véglegesen.

Földes savanyúvizű fürdőink közül *Borszék* a legjelentékenyebb, állandó vendégekben itt csak *54*-et tett ki az emelkedés. *Baldóczon*, melyet 1902-ben még csak *80*-an látogattak, 1903-ban *338* volt az állandó vendégek száma.

Égvényes savanyúvizű fürdőink közül *Hársfalva* és *Bikszád* vannak most is elöl. Látogatottságuk ismét javult. Előbbi *743*, utóbbi *685* állandó vendéget jegyzett be.

Vasas fürdőink közül *Buziás* nyomul erősen előre. A 1902-diki igen rossz évet kitünő követte, *1614*-ről *3030*-ra emelkedett állandó vendégeinek száma. *Bártfa* és *Tarcsa 100—100* vendéggel gyarapodtak. *Előpatak* keveset, *Tusnád* tetemesebbet vesztett. *Korytnicza* látogatottsága nem változott, *Parádé* ellenben nagyon emelkedett: *562*-ről *924*-re.

A keserűvizes budai Erzsébet-sósfürdő állandóan ott lakó vendégeinek száma évek óta egy fokon van; itt azonban ép úgy, mint a többi budapesti gyógyfürdőben nem a lakók száma, hanem a használt fürdők száma adja a látogatottság mértékét, s ez évek óta állandóan emelkedőben van.

Konyhasós gyógyfürdőink közül *Csíz* volt ismét a leglátogatottabb, *1361* vendéggel, a mi ismét több valamivel, mint 1902-ben. Utána jön *Vizakna 1169* vendéggel. *Szováta*, melyhez pedig sok reményt füzünk, az 1902. évi *632* állandó vendégről leesett *297*-re, mi az oka, nem tudjuk.

Hideg kénes vizeink közül *Balfon 295-ről 929-re*, *Szobránczon 698-ról 790-re* emelkedett egy év alatt az állandó vendégek száma.

A horvát-szlavon fürdők közül a tengerpartiak általános látogatottsága körülbelül olyan volt, mint 1902-ben. *Cirkveniczán* ugyan *224* állandó vendéggel kevesebb volt, de *Kraljevicza* és *Novi* annyival frequentáltabbak voltak. Horvátország *hévvizeinek* látogatottsága kis emelkedést mutat *6147-ről 6746-ra*, a mit ezen kiváló gyógyvizek bőven meg is érdemelnek. Ezen gyarapodás *Topusko* javára esik *(600 gyarapodás)*, míg a többiek megtartották vendégeiket.

* * *

Méltóztatnak emlékezni, hogy tavalyi hasonló tárgyú előadásom kapcsán ásványvíz-kereskedelmünk azon adatairól is megemlékeztem, a melyek statistikailag fel vannak dolgozva, s nekünk hozzáférhetők. Értem a külkereskedelmi adatokat, tehát a behozatalra és kivitelre vonatkozókat. A belkereskedelemre vonatkozók természetszerüleg hozzáférhetlenek. Most sem akarom ezen tanulságos adatok felsorolását elmulasztani.

1903-ban összes ásványvízkivitelünk (Ausztriába is) *196,689* metermázsa volt *4.720,536 korona* értékben; összes behozatalunk pedig (Ausztriából is) *57,644* metermázsa volt *1.498,744 korona* értékben. Aktivitásunk tehát *139,015* metermázsa *3.221,792 korona* értékben. Ha ezen adatokat az 1902-diki adatokkal összehasonlítjuk, fejlődést aktivitásunkban nem látunk, sőt körülbelül *60,000 korona* visszaesést állapíthatunk meg, a mi azonban alig számít. Hogy nem fejlödött kivitelünk az előző évvel szemben, azt szomorúnak tartom, mert az utolsó 13 év majdnem mindegyike emelkedő kivitelt mutatott, s a kereskedelemben a megállás hanyatlás kezdete szokott lenni.

A mi Ausztriával való forgalmunkat illeti: ép oly kedvezőtlenek viszonyaink, sőt valamivel kedvezőtlenebbek, mint 1902-ben. 1903-ban behoztunk Ausztriából *48,445 metermázsa* ásványvizet *1.259,830 korona* értékben, tehát *9189 metermázsát* kivéve onnan volt összes behozatalunk. Ausztriába kivittünk *20,739 metermázsát 497,736 korona* értékben, s így Ausztriával szemben passivak vagyunk, és pedig *27,716 metermázsa* magasságig *762,094 korona* értékben. Ez a passivitásunk nagyobb, mint 1902-ben volt, ugyanis *1731 metermázsával* többet hoztunk be, és *711-gyel* kevesebbet vittünk ki, tehát egy év alatt rosszabbodott mérlegünk *2242* metermázsával. Sajnos, hogy míg Ausztriából a karlsbadi és marienbadi szükséges, de csak kevés metermázsát kitevő gyógyvizek mellett túlnyomólag szükségtelen luxusvizeket hozunk be, addig tőlünk oda csupán keserűvíz és Salvator-víz, tehát exquisit gyógyvizek mennek ki.

A mi kivitelünk irányait, Ausztriától eltekintve, illeti, értékben legtöbbet Franciaországba szállítottunk: *862,824 korona* értékűt; ezután jönnek az északamerikai Egyesült Államok *796,944 koronával*, Németország *702,456 koronával*, Nagy-Britannia *536,256 koronával*, Olaszország *493,704 koronával*. *100,000 koronán* felül még csak Oroszország és Románia vannak.

A többi ország mind csak csekély összeggel szerepel. Mennyi meghódítandó és meghódítható ország, nem luxusvizeinknek, hanem gyógyvizeinknek, és pedig nemcsak a keserűvizeknek és a Salvator-víznek, hanem egyéb gyógyvizeinknek is, még azoknak az újaknak is, a melyek az utóbbi időben felmerültek, pl. a málnási Mária-forrásnak, mely mindenütt joggal felveheti a ver-

senyt a nagyvilágban az eddig úgyszólván versenyen kivül álló niederseltersi vízzel.

Igaz, hogy aktivak vagyunk ásványvíz kereskedelmünkben, de ennek a tudatnak nem szabad megnyugtatni bennünket, mert ezen aktivitásunk csak elenyésző kis összeget képez mérlegünkben. 1902. évi *160 milliónyi korona* külkereskedelmi általános aktivitásunk után 1903-ban csak *137 millió korona* volt hazánk aktivitása s ebből csak *3 millió korona* jutott ásványvizeinkre, ugyanannyi, mint a leölt csirkékre és a szalámira, és csak egy harmada a friss és olvasztott vajnak, a babnak és a leölt libának és kevesebb mint $^1/_9$ része a tojáskereskedelmünket illető aktivitásunknak.

Ásványvíztulajdonosainknak és kereskedőinknek a jövőben nagyobb érdeklődést kell tanúsítaniok külkereskedelmi viszonyaink iránt. Tanulmányozzák konzuli jelentéseinket, lépjenek összeköttetésbe külföldi kereskedelmi képviseleteinkkel; ha jónak látják, társuljanak egymással, vagy nagyobb kereskedelmi vállalatainkkal, utazzanak ki a meghódítandó országokba s tanulmányozzák a helyszinén a viszonyokat és szívleljék meg, a mit igazgatóságunk ez év márcziusában körlevélben közölt velük; s a kiket mai közgyülésünk egyesületünk élére fog állítani, legyen azoknak feladata az imént jelzett irányban a tevékenységet ébren tartani, fejleszteni. Nem ajánlhatom eléggé tisztelt tagtársainknak, hogy olvassák és tanulmányozzák országos statistikai hivatalunk évi jelentéseit külkereskedelmi forgalmunkról. Tanulságosabbat és hasznosabbat magyar ember nem olvashat. Ne ábrándozzanak magyar imperialismusról költői lelkületü újságirók nyomán, hanem lássanak túl községük, sőt hazánk határán is, mint a hogy igazi kereskedőkhöz illik. Csak ha vérünkké lesz mindnyájunknak a gazdasági érzés, akkor lesz végre boldog a magyar!

Bókay Árpád dr. egyetemi tanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

V. Riche: La survie après l'amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes. Montpellier, 1904.

100 oldalra terjedő tanulmányában *Riche* több mint 60 sebésznek 177 esetre vonatkozó észleléseit összegezi a Berger-féle vállkiizelésről. Külön táblázatban ismereti azon esetek kórlefolyását, melyekben a daganat rosszindulatúsága górcsövileg is beigazolást nyert, és külön azokét, melyekről az illető műtők kórszövettani leletet nem közöltek; az előbbiek száma 101, az utóbbiaké 76.

Az összegyüjtött nagy anyagból Riche a következő eredményre jut:

1. *A műtéti mortalitás* az antiseptikus aera óta lényegesen javult; míg az 1887 előtt végzett műtétek 25·71%-a végződött halálosan, addig az 1887 utáni műtétek halálozása 8·45%, illetőleg — más szempontból birálandó négy szövődményes eset levonásával — 5·63%. Aránylag tehát nem oly súlyos a beavatkozás, mint általában vélik.

2. *A mi a műtét eredményét illeti:* 177 mütett egyén közül a műtétet 156 egyén élte túl; ezek közül 130 nál sikerült további sorsukról hirt nyerni.

A műtét végrehajtása után 10 évnél is tovább 8 egyén élt (volt ezek közül, ki még 15, 16, 20 és 26 évig elélt!), műtét után 5—10 évig élt 16 egyén, 2—5 évig 34 egyén, míg a többi beteget néhány hó egész két év tartamáig észlelték műtét után. A beküldött adatokból Riche a műtét utáni középélettartamot körülbelül 3 évre (35 hó és 21 nap) szabja.

Riche adataihoz Dollinger tanár 4 esettel járult.

Gergő.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A lumbalpunctioról újabban nagyon sokat beszélnek a meningitis cerebrospinalis járványos jelentkezése kapcsán, a menynyiben a baj ellen különösen *Lenhartz* nagyon melegen ajánlja ezen eljárást. Minthogy nem lehetetlen, hogy a járványos agygerinczvelőburoklob hazánkban is felüti fejét, szükségesnek tartjuk a lumbalpunctió technikájával megismertetni olvasóink közül azokat, a kik eddig talán még nem érdeklődtek ezen ma már nagyon elterjedten használt és sokszor kitünő eredményekre vezető, minden gyakorló orvos által a beteg lakásán könnyen végezhető beavatkozás iránt.

Gumprecht nagyon elterjedt, rövid idő alatt három kiadást ért kitünő munkájában (Die Technik der speziellen Therapie. Jena, Verlag von G. Fischer) következőképen irja le a lumbalpunctiót. A beteg oldalt fekszik felhúzott czombokkal és lehetőleg mell felé görbült törzszsel. A lumbalis tájékot alaposan fertötlenítjük szappannal, alkohollal és sublimattal. Ezután beszúrjuk az alább leirandó punctiós tüt a III. ágyékcsigolya tövisnyújtványa alsó szélétől oldalt 1 cm.-nyire és előretolásakor kissé felfelé és a középvonal felé irányítjuk, úgy hogy 5—6 cm. mélységben a középvonalat érje el. Gyermekeknél a középvonalban szúrhatunk be, mert náluk még nincsenek nagyon erös, ellentálló szálagok a csigolyák között a középvonal táján. A III. ágyékcsigolya tövisnyújtványát úgy találjuk meg legkönnyebben, ha a két csipőcsonttaréj legmagasabb pontján át vont egyenest képzelünk, ez az egyenes a IV. ágyékcsigolya tövisnyújtványát metszi, tehát töle fölfelé tapintva az első tövisnyújtvány lesz az, a melyet keresünk. 5—6 cm. mélyen beszúrván a tüt, az ellentállás hirtelen megszünik; ekkor eltávolítjuk a mandrint, mire úgyszólván azonnal megjelenik néhány csepp spinális folyadék; nagyon elgyengült betegeket köhögtetni kell, hogy egy-két csepp folyadék megjelenjék. Most ráhúzzuk a türe a kaucsukcsövet, leolvassuk a nyomást és addig engedjük ürülni a folyadékot, a míg körülbelül 40 mm. vízmagasságra csökkent a nyomás, hacsak már előbb nem jelentkezik erősebb fejfájás vagy egyéb zavar. A folyadékot csak cseppenként bocsátjuk ki; ha sugárban ömlik a folyadék, a kifolyást ismételten meg kell akasztani. Ha túlságosan lassú a kifolyás, a beteg felültetésével segithetünk ezen, aspirálni azonban semmi esetre sem szabad. Ha a kifolyás hirtelen megszünik, akkor a — természetesen steril — mandrinnal próbáljuk a tűt megtisztitani az esetleg benne meggyült véralvadéktól, vagy pedig a tü irányának megváltoztatásával iparkodunk a netalán a tü nyilása elé jutott idegkötegeket elkerülni. Kellő (30—50 cm^3) mennyiségü folyadék kibocsátása után a tüt kihúzzuk és a kis nyilást vattával és collodiummal befedjük.

A lumbalpunctio tulajdonképen minden próbapunctiós fecskendővel végezhető; czélszerübb azonban az eredeti *Quincke*-féle instrumentariumot használni, a melynek alkotórészei a következők: 1. 3, illetve 7·5 cm. hosszú és 0·6, illetve 1·2 mm. vastag két punctióstü, a melyekbe aczélmandrinok illenek pontosan. 2. Széles, beosztott kémlőcső a folyadék felfogására és mennyiségének megállapítására. 3. Vékony kaucsukcső, egyik végén átfürt fémconussal a canule-re illeszthetés czéljából, másik végén pedig beosztott üvegcsövecskével (Steigrohr) a folyadék nyomásának leolvasására. 4. Néhány sterilizálható, vékony, vattával bedugott kémlőcsövecske a canule-ok steril eltartására.

Az imént vázolt eljárástól a részletek tekintetében némely szerző eltér. Igy különösen franczia orvosok a punctio helyéül előszeretettel választják az ötödik ágyékcsigolya és a keresztcsont közötti hézagot, mert egyrészt könnyen kitapintható, másrészt pedig itt, vagyis legmélyebben fekvő helyen végezvén a punctiót, a liquor cerebrospinalisnek mintegy üledékét kapjuk a kibocsátott folyadékban, a mi diagnostikai okokból előnyös lehet. Mások (*Färbringer*, *Tuffier*) a beteg ülő helyzetében szeretik végezni a punctiót, mert ebben a helyzetben jobban hajolhatni előre. *Senator* felnőtteket térd-könyök-helyzetben, gyermekeket pedig ölben hasukra fektetve pungál *Lenhartz* a punctiós nyilás befedésére egyszerüen zinktapaszt használ.

Előzetes érzéketlenítés többnyire nem szükséges; nagyon érzékeny egyéneknél azonban mégis javalt lehet a helyi érzéketlenítés valamely veszélytelen módjának igénybevétele.

A lumbalpunctio hátrányai közé tartozik a sok esetben mutatkozó, néha a lábszárakra, többnyire azonban a koponyára szorítkozó, ritkán nagyfokú fájdalmak; néha a punctiót követő nap reggelén heves hátfájás és imbolygó járás mutatkozik, sőt muló convulsiókról is tettek már említést. Megesik az is, hogy a punctióstü

beletörik; tisztátalan betegeknél a szúrcsatornától kiindulólag erysipelas fejlődhetik.

Némely esetben nem tudunk bejutni a gerinczcsatornába; sokszor a csigolyák alakulása olyan, hogy a tü bevitelét teljesen megakadályozza; máskor meg a duralis zsák nem folyadékkal, hanem kocsonyás tömeggel van kitöltve.

Van az irodalomban néhány eset ismertetve, melyekben lumbalpunctio után hirtelen halál következett be; ezek az esetek azonban vagy olyan betegekre vonatkoznak, a kik bajuk miatt úgyis ki voltak téve a hirtelen meghalás eshetőségének s azért a halál oka nem tudható be okvetlenül a lumbalpunctiónak; vagy olyanokra, a kik agydaganatban szenvedtek. Általában mégis a lumbalpunctio — kellő óvatossággal és tisztasággal végezve — veszélytelen beavatkozásnak mondható.

A rákos daganatok chemiájáról értekezik *Wolff* a berlini rákintézetből. Normalis szervekből kisajtolt nedvben az albuminok és globulinok közel egyforma mennyiségben vannak jelen: 0·80 és 1·15% között ingadozik mennyiségük. Rákos daganatokban átlag kétszer-háromszor annyi az albumin, mint a globulin; az albumin és globulin quotiense 2·23—3·07. Megerősíti *Joachim* vizsgálatait is, melyek szerint a rákos ascitesfolyadékban van aránylag legtöbb albumin. Három esetben *glutaminsavat* mutatott ki s szerző szerint ezen aminosav és a rák között némi összefüggésnek kell lennie. (Medizinische Klinik, 1905. 13. sz.) *Steiner Pál* dr.

A rákos daganatokban végbemenő erjesztő hatásokról értekeznek *Blumenthal* és *Wolff* a berlini rákintézetből. Ismeretes, hogy a daganatok nagyobb fokú autolytikus szétesésnek vannak alávetve, mint a normalis szervek. Ezen nagyobb szétesés okát általában abban látják, hogy a daganatokban az autolytikus erjesztő anyagok meg vannak szaporodva s ezek okozzák a fokozott fehérjeszétesést, a melyet rákos cachexiában találunk. Szerzők nemcsak a fokozott mennyiségben jelenlevő erjesztőanyagoknak tulajdonítják a fehérjeszétesést, hanem kisérleteik alapján azt állítják, hogy a daganatok fehérjéje más chemismussal birván, hajlamosabb a gyors autolysisre. (Medizinische Klinik, 1905. 7. sz.)

Steiner Pál dr.

A rák rosszindúlatuságának okait vizsgálta *Blumenthal* a berlini rákintézetben. Szerző szerint rákban a hámsejtek nemcsak túlságosan burjánoznak, hanem chemiai értelemben is átalakulnak. A rákos sejtekben új heterolytikus erjesztők képződnek, a melyek a szervezetbe szétvitetvén, fokozott fehérjeszétesést, cachexiát okoznak, s ezen fermentumok okozzák a rák rosszindulatúságát. (Mediz. Klinik, 1905. 15. sz.). *Steiner Pál.*

Belgyógyászat.

Praemenstrualis hőemelkedés tüdőgümőkór eseteiben. *Kraus* felhivja a figyelmet arra a körülményre, hogy tüdőgümőkóros nők hőmérséke nagyon gyakran — az esetek 2/3-ában — magasabb a menstruatio előtt 1—2 nappal; a hőemelkedés 0·5—1° és a vérzés beálltakor vagy hirtelen, vagy fokozatosan rendessé válik. A hőemelkedéssel egyidejüleg az auscultatiós jelek is többnyire kifejezettebbek, sőt néha ugyanakkor a beteg állapota általában tetemesen rosszabbodik. Latens vagy kétes gümőkór eseteiben a praemenstrualis hőemelkedés fontos lehet a diagnosis megállapítására nézve. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1905. 13. szám.)

A Röntgen-sugarak hatását a vérre tették kisérletező vizsgálatok tárgyává *Helber* és *Linser*. Eredményeiket a következő pontokban foglalják össze: 1. A Röntgen-sugarak elective károsan befolyásolják a fehérvérsejteket és pedig elsősorban magállományukat. 2. Legerősebben a lymphocyták károsodnak. 3. A fehérvérsejtek elpusztulása nem csupán a vérképző szervekben megy végbe, hanem — még pedig fokozott mértékben — a véredényekben is. 4. A vörösvérsejtekre, a vérlemezkékre és a haemoglobinra a Röntgen-sugarak csak mérsékelten káros hatásúak. 5. Röntgenfény behatására a vesékben kóros elváltozások keletkeznek, a melyek azonban nem a Röntgen-sugarak közvetlen hatásából a vesékre magyarázhatók. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 15. szám.)

A gyomornedvelválasztás ismeretéhez szolgáltat adatokat *Umber*. A *Pawlow*-féle kisérletek ismétlésére nyilt alkalma oly embernél, kinél oesophagus-stenosis miatt gastrostomiát kellett végezni. A műtét óta hónapok multak el, a beteg hizik, gyomra rendes mozgási és elválasztási működést tüntet fel. A vizsgálati egyénnel különböző táplálékot rágatott, vigyázva arra, hogy az belőle semmit le ne nyeljen. 100 gm. nyers marhahúst kezdve rágni, a több óra óta üres gyomorból bő gyomornedv folyik ki a bevezetett *Nélaton*-katheteren át, mely gyomornedvelválasztás jóval a rágás abbahagyása után is még fennáll. Hatékonyságának tetőpontját a gyomornedv 10—15 percz mulva éri el. Ugyanolyan mennyiségű kenyeret rágva, a nyomornedv mennyisége kisebb, hasonlóképen fermentumtartalma is, nagyobb savtartalom mellett. Vajaskenyér látására a gyomorból csekély mennyiségü sósav-, pepsin- és oltótartalmú gyomornedv ürült (tisztán psychikai hatásos gyomornedv); cognac-kal való szájöblítésre kevés gyengén savi gyomornedv ürült; gummi, dohány rágása ellenben gyomornedvelválasztást nem okozott. Tápláló klysmának alkalmazása négy percz mulva hatásos (sósav- és fermenttartalmú) gyomornedv elválasztását váltotta ki. (Berl. klin. Wochenschrift, 1905. 3. sz.)

R. G.

Az arteriosclerosis aetiologiájáról és általános therapiájáról értekezik *O. Burwinkel* nauheimi fürdőorvos a Berliner klinische Wochenschrift legutóbbi számában (1905., 16.). Utal arra, hogy a halálokok közt az érelmeszesedés mily nagy százalékkal szerepel. A lipcsei biztosító-társaság 10,000 halálesete közt a tuberculosis 7%-ot tett ki, míg az arteriosclerosisra 22% jutott. Kétségtelen, hogy az érelmeszesedés ijesztő mértékben terjed. A betegség elleni prophylaxis egyszerü és természetes életmódban áll. A már kifejlődött baj kezelésének főkép a plethora megszüntetésére kell irányulnia. A szilárd és folyékony tápszerek felvétele a legszükségesebbre korlátozandó; hús helyett az eledel inkább tejből és növényi táplálékból álljon. Rendes és kielégitő bélürülésekről kell gondoskodni, továbbá a beteg jó levegőben tartózkodjék s kellő testmozgást végezzen. Hidegvízgyógykúra elősegíti a kezelés eredményét. Szerző nagy energiával száll síkra az időnként ismételt érmetszések mellett arteriosclerosis eseteiben, sőt mint prophylactikus eljárást is ajánlja a venaesectiót. A gyógyszerek közül legfontosabb a jod és a digitalis; eredményesen alkalmazhatók bizonyos esetekben a *Natterer*-féle antisclerosintabletták is. Az orvos feladatának egy fontos oldalát abban látja, hogy megnyugtatóan hasson a beteg kedélyállapotára. Ma mindenki arteriosclerosisról beszél s a baj veszedelmessége általánosan ismeretes. Czélszerü tehát a beteget be sem avatni a diagnosisba. Az arteriosclerosis szó kiejtése az orvos részéről néha súlyos idegkrisist vált ki a betegen.

Sebészet.

A diffus peritonitis sebészi kezelésének eredményeiről ir *Klink* egy igen nagy szorgalommal, 598 munka tekintetbevételével készült összefoglaló szemle alakjában. Összesen 1459 diffus peritonitis miatt végzett műtétet állitott egybe 643 gyógyulással és 816 halálesettel; a kétséges esetek levonása után marad 1267 operatio 642 gyógyulás- és 805 halálesettel; a gyógyulási arány tehát 36·4%. Megjegyzendő, hogy a statistikában *egyes esetek* nem lettek figyelembe véve, csak legalább négy esetre terjedő esetsorozatok. Hogy a technika javulása, a javalatok felállításában való tökéletesedés s a közönség bizalmának növekedése, melynél fogva hamarább hajlandók magukat a betegek megoperáltatni, mily üdvösen befolyásolja a műtéti eredményeket, azt bizonyítja ama körülmény, hogy míg az 1888—1895-re eső 175 operatio 27% gyógyulással járt és az 1896—1899-re eső 517 műtét ugyancsak ennyivel, addig az 1900—1904 lustrumra eső 767 műtétnél 59% a gyógyulási arány, a szerencsés kimenetel aránya tehát megkétszereződött. Appendicitis folytán keletkezett peritonitis miatt az 1888—1904 időközben 1069 műtét történt 35% gyógyulással, az 1900—1904-re eső 482 műtétnél a gyógyulás 45%-ot tett ki. Gyomorbéloperatio miatt végzett 52 műtét 27% gyógyulással járt, míg a genitaliákból kiinduló, különösen pyosalpinx-rupturákból származó általános hashártyalob operálása 50%-ban vezetett szerencsés kimenetelre. Gyomorfekély perforatiojából származó peritonitis miatt *Mikulicz* statistikája szerint 1885—1893 között 35 esetben tör-

tént műtét 3 % gyógyulással, 1894—1896 közt 68 esetben 47 % gyógyulással. A legrosszabb prognosist adják a typhusperforatiók, mert itt egy előző súlyos betegség által már megviselt szervezetet ér a kórfolyamat; a műtéti gyógyulás itt a legújabb statistika (*Miclescu*) szerint, melyben 126 eset van összegyüjtve, 26 %, a mi szintén elég szép eredmény, mert műtét nélkül a kimenetel kivétel nélkül letalis. Viszont nagyon jó eredményeket lehet elérni a diplococcus-peritonitisnél, itt a műtét utáni gyógyulás aránya 80 % (50 betegből 40 gyógyult), míg műtét nélkül a prognosis igen rossz. (Centralbl. f. d. Grenzgeb. der Medizin und Chir.) *Pólya.*

A ráknak Röntgen-sugarakkal kezeléséről értekezik *Djémil basa*, a konstantinápolyi sebészeti klinika tanára.

Despeigne 1896-ban először végzett Röntgen-kezelése óta számosan számoltak már be eredményeikről, így *Perthes* is a XXXII sebészeti kongressuson. Szerző a besugárzást 2—15 percen át végzi, a kathod 25 cm.-re van a bőrtől; a besugárzások száma 40—66 közt váltakozott. Hat rákesetben kisérletezett a radiotherapiával és két az emlőn s egy az orron székelő bőrhámrák-esetben gyógyulást ért el; ez esetek öt hó óta recidivamentesek. Ez eredményt szerző a sugarak parasiticid hatásából magyarázza. Tapasztalatait a következő három pontban foglalja össze.

1. a radiotherapia általánosságban kedvező hatású a rosszindulatú daganatokra;

2. a radiotherapia gyógyulást eredményez felületes és kis kiterjedésü rákoknál;

3. a radiotherapia palliative kedvezően hat a cachexiára. (Revue de chirurgie, XXV. évfolyam, 1. sz.) *Steiner Pál* dr.

Bőrhámrákoknak fluoreskáló anyagokkal kezeléséről számolnak be *Jesionek* és *Tappeiner*. Hat esetben a daganatra, az ulcusra photodynamikás anyagot alkalmaztak, így 0·01—5 % eosinoldatot, 1 % fluoresceinoldatot ecseteltek a rákra s naponta 6—8 órán át tették ki a rákos góczot napfény vagy 25 Amp. erősségü villamfény hatásának. Négy esetben hegedést értek el; 5—6 hó óta nem jelentkezett recidiva. (Deutsches Archiv für klin. Medizin, 82. kötet, 3—4. sz.) *Steiner Pál* dr.

22 esztendővel az emlőrák kiirtása után halt meg recidivában *George* betege. A műtét után 17 évig teljesen recidivamentes volt, akkor keletkezett egy keményedés a hegben és infiltrálódtak a hónaljmirigyek; ezen daganatok növekvése és exulceratioja öt év alatt vezetett halálra. (British med. Journal 1905. április.) *Pólya.*

Pericolitis sinistra név alatt irja le *Rolleston* a colon descendensből és a flexura sigmoideából kiinduló, a bal csípőtányér táján székelő azon folyamatokat, melyek a vastagbélnek obstipatio vagy dysenteria okozta ulceratioiból, a vastagbél diverticulumának átfúródásából stb. veszik eredetüket. Mint az appendicitisnél, melynek az általa vázolt kórkép pendantját képezi, itt is egyszerű, nem genyes, körülirt peritonitis, eltokolt intra- és extraperitoneális tályog és diffus genyes peritonitis képét öltheti a bántalom, melyet néhány általa észlelt esetnek rövid, de tanulságos leirásával illustrál. A közölt esetekben a betegség mindegyik változatára akad példa. (The Lancet, 1905. április 1.) *Pólya.*

A bélperforationak mindenesetre ritka előidézője volt az a darab keményre összehajtogatott újságpapiros, a melyet *Barrett* egy incarcerált hernia folytán keletkezett peritonitisben elhalt 77 éves egyén boncolásakor a kizáródott, gangraenás és perforált vékonybélkacsban talált. Barátainak állítása szerint a makacs obstipatioban szenvedő beteg az újságpapirost azért vette be, hogy székét elindítsa. A hernia igen kicsiny volt, úgy hogy a betegnek az incarceratioról nem volt tudomása, csak mérsékelt hasfájásról panaszkodott azon éjjel, a melyen meghalt. (Lancet, 1905. április 15.) *Pólya.*

12 órás csecsemőn végzett bélresectiot *Kennedy*. Az újszülött köldökén meconium folyt; a laparotomia végzésekor kitünt, hogy a bélsár egy két hüvelyk hosszú, ujjhoz hasonló képleten át ömlik, mely a coecumhoz vezet; a gurdélyhoz vezető s a tőle elvezető kacs annyira szük volt, hogy *Kennedy* az egészet resekálta s a vastagbelet vakon elzárván, a vékonybelet annak oldalába implantálta. A gyermek a műtétet kiállotta s teljesen meggyógyult. (British med. Journ. 1905. április.) *Pólya.*

Húgyszervi betegségek.

A gonorrhoea megelőzésére szolgáló ú. n. prophylactikus becsepegtetéseket ismerteti kritikailag *de Campagnolle* (München). A 2%-os lapis-becsepegtetéseket először Sänger M. (Lipcse) ajánlotta 1884-ben. A következő évben Hausmann 10 csepp arg. nitr. kórelőző hatását dicsérte a gonorrhoeás fertőzés ellen. Az ideát azonban Blogusevszki népszerüsité szélesebb körben, a midőn ez ajánlatok megújításával egy igen használható cseppentő üveget ismertetett. Azonban e csepegtetéseknek igen kellemetlen hatása azon izgatásban nyilvánult, a melyet érzékenyebb nyákhártyájú húgycsövekben már egyszeri alkalmazásnál, gyakoribb alkalmazásnál pedig minden esetben kifejtettek. Frank 1898-ban a protargolt ajánlotta és pedig 20% glycerines oldatban, a melyből néhány csepp elegendő volna a fertőzés távoltartására, a nélkül, hogy az egyén előbb vizelt volna, vagy pedig húgycsönyilását más módon előző megtisztításnak vetette volna alá. Szerző meggyőződvén arról, hogy a glycerin már egymagában is képes izgalmat kiváltani, a glycerines helyett vizes oldatot használt. A kisérletre használt egyéneknél azonkivül másnemü elővigyázati rendszabályokat is alkalmazott, ú. m. coitus előtt vaselinnel bekenése a tagnak, coitus után mictio és gondos mosakodás. Mindig friss, még nem bomló oldatokat alkalmaztatott. Következtetések vonására alkalmas 76 eset közül 7 esetben minden óvrendszabály szem előtt tartása mellett is gonorrhoeás fertőzés következett be. Ezen eredménytelenséget szerző abból magyarázza, hogy míg a fertőző váladék az erigált penis húgycsövébe 6—8 mm.-nyire hatol, addig a desinficiáló cseppek csak egynéhány millimeter távolságig jutnak. Hogy a fertőzés relative kevés esetben következett be, azt szerző inkább a coitus után rögtön végzett vizelésnek, mint a becsepegtetéseknek tudja be, egyetértőleg más szerzőkkel (Loeb, Jesionek, Goldmann), kik azonkivül úgy a protargol, mint a helyette ajánlott albargin magas százalékos oldatainak húgycső-izgató hatását emelik ki, a mely igen időlten lefolyó húgycsőloboknak lehet okozója. Hasonló eredménytelenséget tapasztalt az újabban ajánlatba hozott más szerektől is (urethrophortubus, protektor stb.). (Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, III. kötet, I. füzet.)

Ráskai.

Bőrkórtan.

Alszárfekélyek gyógyitása crurinnal. *Joseph* a crurint már több év óta használja a legszebb sikerrel. Föelőnye az, hogy az egészségtelen sarjadzásokat tönkreteszi, a sebfelületet csakhamar megtisztítja és a beböröződést rendkivül elősegíti. A crurin hatalmas antiseptikus hatása különösen kiemelendő. A mi a szer alkalmazásmódját illeti, legszivesebben 50%-os hintőpor alakjában használja (crurin, amylum aa). De mivel ez kezdetben erősebb reactiót s fájdalmat okozhat, legjobb eleinte csak 5—10%-os crurin-hintőport alkalmazni és csak később fokozni a crurin mennyiségét. A hintőport legczélszerübb naponta kétszer alkalmazni a sebfelületre. *Szerző* a crurin kiváló hámregeneráló hatásának bizonyitására több súlyos esetet említ, a melyekben daczára annak, hogy a fekélyesedés már nagy pusztításokat okozott, rövid idő alatt sima heget, tehát igen jó eredményt létesített. (Dermatol. Centralbl. 1905. 7. sz.) *Guszman.*

A lepra átviteléről majomra tett jelentést *Ch. Nicolle* az „Académie des sciences“ egyik utóbbi ülésén. *Metschnikoff* és *Roux* kisérletei, melyek a syphilisnek csimpanzokra átvihetőségét kétségtelenül bebizonyitották, abból a szempontból is nevezetesek, hogy más oly fertőző betegségeknek állatra átolthatóságát helyezik kilátásba, melyeket eddig csak az emberben ismertünk. Ilyen betegségnek tekintettük idáig a leprát. Erre most ráczáfolt *Nicolle*, a tunisi „Institut Pasteur“ igazgatója, midőn kisérletes vizsgálataival positive kimutatta, hogy a leprának majmokra való átvitele lehetséges. *Nicolle* lepra tuberosában négy év óta szenvedő férfinak egy leprás góczát kimetszette s két részre osztva, az egyiket ellenőrzés czéljából górcsövi vizsgálat alá vette, a másik

részletet pedig physiologiai konyhasóoldatban szétdörzsölve, egy nőstény macacus sinensis testének öt különböző pontján beoltotta. Ugyanígy beoltott egy másik macacusfajtát is azon különbséggel, hogy annak a hasüregébe is oltott az anyagból. Az oltás után két hónapon át változást nem vett észre; a 62-dik napon jelentkezett az első tünet, a macacus sinensis bal füle előtti tájékán kis csomócska képében, mely a bőr alatt feküdt és fájdalmatlan volt. Hasonló, de kisebb göb később a másik majmon is mutatkozott. A következő napokon még több kis csomócska keletkezett az állatokon, a macacus sinensis fülelőtti csomócskája pedig mogyorónyira megnőtt. Ezt *Nicolle* kimetszette, hogy górcsövileg megvizsgálhassa. A szövettani vizsgálat szerint a kis daganat jórészt lymphocyták és mononukleáris leukocyták halmazából állott, óriási sejtek nem voltak találhatók. A vérereken lobos folyamat nem volt. *Mindenfelé leprabacillusok*, melyek csaknem kivétel nélkül sejtekben vannak, de jóval kisebb számmal, mint az emberi leprás göbökben. Ez úgyszólván az egyedüli lelet, mely az emberen észlelhető leprás elváltozásoktól elüt s ez is megfejthető, ha tekintetbe veszszük, hogy a majom inoculatiós leprás göbje nagyon fiatal volt. (Revue pratique des malad. cut. 1905. 2. sz.). *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bárzsingban fennakadt nagy húsdarab nagy gondot okozott egy *Franck* nevü hajóorvosnak. Sonda alkalmazását a beteg ugyanis nem engedte meg, de az különben is nehezen lett volna kivihető a hajó erős ingadozása miatt; egyébként is a beteg kifejezetten arteriosclerotikus is volt. Végre három nap mulva az az ötlete támadt az orvosnak, hogy a bárzsingban az ismert módon szénsavat fejleszt és ennek nyomása majd letolja a gyomorba a fennakadt falatot. A kisérletet úgyszólván rögtön siker koronázta. (Ref. La semaine médicale, 1905. 10. szám.)

Az alboferin nevü, marhavérből előállított készítményt nagyon jó eredménynyel használja *Elischer* tanár chloroanaemia és neurasthenia eseteiben; különösen kiemeli az étvágyjavító hatást. Kitünően hatott továbbá az üdülési szakban súlyos, nagyfokú vérvesztéssel járó mütétek után. Három heti használat után többnyire bizonyos ellenszenv mutatkozik a szer iránt, ilyenkor 1—2 hetes szünetet tartunk.

Kryptogenetikus septicaemia esetét közli *Wenckebach* tanár. Addig egészséges nőbeteg hirtelen lázassá lesz; két hónap óta magas esteli hőemelkedések, éjjeli izzadás, ennek következtében erős lesoványodás, nagyfokú elgyengülés; objective csak erős lépmegnagyobbodás mutatható ki. Már az első collargolbefecskendezés után ($2^1/_2$%-os oldatból 3 köbcentimeter visszérbe) megszünt a láz; huzamosabb reconvalencentia után a beteg teljesen meggyógyult. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1905. január 21.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. április 30.

Lapunk szerkesztőségét és kiadóhivatalát május hó 1-jén ideiglenesen Papnövelde-utcza 2. szám alá helyezzük át.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 14. hetében (1905. április 2-től április 8.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 429 gyermek, elhalt 387 egyén, a születések tehát 82-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 24·1, az egy éven felüli lakosságnál: 21·6, az öt éven felüli lakosságnál: 5·0. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 6, meningitis tuberculosa 5, apoplexia cerebri 3, convulsiones 6, paralysis progress. 5, tabes dorsalis —, alii m. med. spin. —, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordi. 6, morbi myocardii —, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 8, bronchitis acuta —, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 4, pneumonia 23, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 48, emphysema pulm. 2, pleuritis 4, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 1, enteritis 2 éven aluli 6, 2 éven felüli 1, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 1, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 1, nephritis 4, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 2, debil. congenita 10, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 4, alia neoplasmata 2, morbi tuberculosi 0, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 1, scarlatina 4, pertussis 0, croup-diphth. 6, dipht. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 1, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 4, suicidium 8, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3653 beteg, szaporodás 1005, csökkenés 935, maradt e hét végén 3644 beteg. *b*) Heveny-ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 186 (184), vörheny 70 (57), álh. gége- és roncsoló toroklob 37 (37), hökhurut 14 (12), gyermekágyi láz 0 (1), hasi hagymáz 1 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 17 (28), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 2 (6), trachoma 5 (3), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

\+ **Kitüntetés.** *Kiselják János* dr. fiumei gyakorló orvosnak a király a harmadik osztályú vaskoronarendet adományozta.

\+ **Pesthy István** dr. orvosi működését Karlsbadban (Alte Wiese Eiche) újból megkezdte.

= **Goldzieher Vilmos** dr. egyetemi tanár lakását V., Báthory-utcza 5. sz. alá tette át.

— **Breyer Adolf** dr., az eperjesi jogakademián a törvényszéki orvostan magántanára, a napokban éri meg orvosi működésének 50. évfordulóját.

× **Remete Jenő** dr. lakását május hó 1-jén IV., Deák Ferencz-utcza 19. szám alá helyezi át.

‖ **Áldor Lajos** dr. orvosi működését Karlsbadban (König von Preussen-ház) ismét megkezdte.

= **A XI. szünidei orvosi cursus** végrehajtó bizottsága felkérésére a pozsonyi m. k. állami kórház főorvosai, valamint a pozsonyi m. k. állami bábaképző igazgató tanára készségesen vállalkoztak, hogy Pozsony és környéke orvosai számára *két hónapon át hetenként egy napon* ismétlő tanfolyamokat tartsanak. Ezen intézkedés által lehetővé óhajtják tenni, hogy azon orvosok egy része, kik lakóhelyükről a Budapesten 1905. május 29-dikétől junius 10-dikéig tartandó kéthetes szünidei orvosi cursusra nem távozhatnak, ismereteik gyarapítására alkalmat nyerjenek. A cursusok *május és junius* hónapokban mindig *szombati napon* tartatnak, és pedig május 6, 13, 20, 27, junius hó 3, 10, 17 és 24-dikén a következő beosztással: Délelőtt 8—9. *Velits Dezső* dr. igazg. tanár: A gyermekágyi láz prophylaxisáról. Nőgyógyászati vizsgálati módszerek műtétekkel és a nőgyógyászat egyes fejezetei. — M. k. állami bábaképzőben. Délelőtt 8—9. *Dobrovits Mátyás* dr., főorvos: A bujakór rendszeres tárgyalása és bőrgyógyászati eset bemutatása. — Az állami kórház bujakóros osztályán. Délelőtt 10—11. *Pávay Vajna Gábor* dr., főorvos: Egyes ritkább esetek bemutatása és tárgyalása a belgyógyászat köréből és az újabb gyógyszerek ismertetése. — Az áll. kórház belbajosok osztályán. Délelőtt 11—12. *Lippay Sándor* dr., főorvos: A szem külső gyuladásos bántalmairól. — Az áll. kórház szemészeti osztályán. Délelőtt 12—1. *Schmidt Hugó* dr., főorvos: A mindennapi sebészet, és esetek szerint műtétek. — Az áll. kórház sebészeti osztályán. Délután 1/23—1/24. *Munker Henrik* dr., főorvos: Kórbonctani és kórszövettani gyakorlatok és húgyvizsgálatok. — Az áll. kórház kórboncznoki termében. Délután 1/24—1/25. *Fischer Jakab* dr., főorvos: A gyakorló orvosokat érdeklő fejezetek az elmegyógyászat köréből. — Az áll. kórház elmebetegosztályán. Az orvosok, kik e cursusokon résztvenni óhajtanak, sziveskedjenek e szándékukat 5 kor. beiratási díj beküldése mellett *Temesváry Rezső* dr., egyet. magántanárnál (Budapest, VII., Erzsébet-körút 32) bejelenteni. A tanfolyamok díjtalanok. A szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága különben a Pozsony-környéki törvényhatóságokhoz azon kéréssel fog fordulni, hogy az orvosoknak e cursusokon való résztvehetését támogatni szíveskedjenek.

‖ **A XI. szünidei orvosi cursus** végrehajtó bizottsága felkérésére a budapest-jobbparti közkórházak igazgatója és főorvosai készségesen vállalkoztak, hogy Budapest és környéke orvosai számára *két hónapon át heteként egy napon* ismétlő tanfolyamokat tartanak. Ezen intézkedés által lehetővé óhajtják tenni, hogy azon orvosok is, kik a Budapesten 1905. május 29-dikétől junius 10-dikéig tartandó kéthetes szünidei orvosi cursuson elfoglaltságuk miatt nem vehetnek részt, ismereteik gyarapítására alkalmat nyerjenek. A cursusok *május és junius* hónapokban tartatnak, *és pedig*: *a*) Cursus. Az Uj Szent János-közkórházban (I., Kútvölgy). Minden szerdán, azaz május 3, 10, 17, 24, 31 és junius 7, 14, 21 és 28-dikán a következő beosztással: Délelőtt 8—9. Bäcker József dr., Nőgyógyászat; délelőtt 9—10. Polyák Lajos dr., Az orr-, garat és gégebetegségek kór- és gyógytana, tükrözési gyakorlatokkal; délelőtt 10—11. Ludvik Endre dr., Sebészet; délelőtt 11—12. Kocsis Elemér dr., Szemészet. Minden szombaton, azaz május 6, 13, 20, 27 és junius 3, 10, 17 és 24-dikén: Délelőtt 9—10. Szontagh Félix dr., Gyermekgyógyászat; délelőtt 10—11. Gyurmán Emil dr., Organikus szivbajok; délelőtt 11—12. Török Béla dr., Fülészet. *b*) Cursus. Az ó-budai Szent Margit-közkórházban: Minden csütörtökön, azaz május 4, 11, 18, 25 és junius 1, 8, 15, 22 és 29-dikén a következő beosztással: Délelőtt 8—9. Berend Miklós dr., Gyermekgyógyászat; délelőtt 9—10. Neumann Szigfrid dr., Nőgyógyászat; délelőtt 10—11. Fejér Gyula dr., Szemészet; délelőtt 11—12. Irsai Artúr dr., Belgyógyászat; délelőtt 12—1. Makara Lajos dr., Sebészet. Azon orvosok, kik e cursusokon résztvenni óhajtanak, sziveskedjenek e szándékukat a választott cursus megjelölésével, 5 kor. beiratási díj beküldése mellett *Temesváry Rezső* dr. egyet. magántanárnak (Budapest, VII., Erzsébet-körút 32) bejelenteni. A tanfolyamok díjtalanok.

⏀ **Orvostörténelmi muzeum.** A budapesti kir. Orvosegyesület igazgató tanácsa Högyes Endre dr. egyetemi tanár kezdeményezésére elhatározta, hogy *orvostörténelmi muzeumot* létesit s annak ügyét egy kilencz tagú bizottságra bizta. A muzeum rendeltetése lészen magába gyüjteni elhunyt nagyjaink kiválóbb emléktárgyait (diplomákat, levelezéseket, autogrammokat); a régi orvosi müszereket és eszközöket; a régi hirneves, különösen pedig magyar orvosokat ábrázoló arczképeket s az orvostörténelembe vágó egyéb képeket; történeti értékü orvosi okmányokat (recepteket, eredeti egészségügyi edictumokat, hirdetményeket stb.); mindennemü orvosi vonatkozásu emlékérmeket; régi amuletumokat, régi orvosi könyveket és dissertatiókat, ezek közt a hungaricumokat 1850-ig. A muzeum gyüjteményébe azonban minden egyéb, czéljainak intentioiba illeszthető s a magyar orvosi rendre vagy tudományra vonatkozó tárgy is felvétetik. A bizottság hazánk orvosaihoz fordul azzal a kéréssel: támogatnák, gyarapitanák a muzeumot ajándékaikkal, birtokukban lévő ereklyéiknek e muzeumban való elhelyezésével. Méltóbb helyet legféltettebb emlékeiknek sem találhatnak, mint ezt az orvostörténelmi muzeumot, melyben jól megőrizve egyesiteni óhajtják azon kincseket, melyek tudományunk és rendünk multját, elhunyt vezérlő nagyságaink emlékét fogják dicsőséges újolagos életre kelteni. Az adakozók nevét a muzeumban elhelyezett tárgyak mellett fel fogják tüntetni s ajándékaikat hivatalos köszönő okmányokon nyugtázni. A muzeumnak szánt tárgyak „a budapesti kir. Orvosegyesületnek az orvostörténelmi muzeum részére“ (VIII. ker., Szentkirályi-utcza 21) küldendők. Bővebb felvilágositással szivesen szolgál a bizottság előadója: Győry Tibor dr. orvosegyesületi könyvtárnok (Budapest, IV., Zöldfa-utcza 15).

= **Az I. nemzetközi anatomiai congressust** augusztus 7-dikétől 10-dikéig tartják meg Genfben.

⨯ **Az első japán orvosnőt**, Urata T. kisasszonyt nemrégiben avatták fel a marburgi egyetemen.

— **A lepra Németországban.** Hivatalos kimutatás szerint Németországban a mult év végén 24 lepra-beteg volt (az előző év végén 25), ezek közül 19 Poroszországban.

⨯ **Idegen orvosok Oroszországban.** Az orosz kormány elhatározta, hogy a háború idejére külföldi diplomákkal biró orvosok is felvehetők orosz szolgálatba, ha be tudják igazolni, hogy legalább két évig működtek valamely kórházban vagy orvosi intézetben.

⨳ **Kártérítésre itélt orvos.** Nagy feltünést kelt Németország orvosi köreiben az a kártérítési per, melyet Vulpius O. dr., a heidelbergi egyetemen az orthopaedia rendkivüli tanára ellen inditott egy megoperált betege, s melyben a biróság a panaszos javára döntött Az eset a következő. A 22 éves férfinak 10 éves kora óta szögletben megtört, merev térde volt. Vulpius biztatására, hogy a lábat könnyü és veszélytelen mütéttel ki tudja egyenesiteni s hogy az utókezelés is csak 8—10 napig fog tartani, a beteg reáállt az operatiora. Vulpius átmetszette a térdalji árokban a hajlitó izmok inait, átfürészelte a czombcsontot a térdizület felett s a lábat nyújtott helyzetben gyps-kötésbe tette. Bár a lábujjak már 24 óra mulva elszintelenedtek s érzéketlenné lettek, miről Vulpius maga is meggyőződött, a kötést nemcsak hogy rajta hagyta, hanem el is utazott hosszabb időre, segédére bizva a további kezelést. A 12-dik napon a lábujjak oedemája, sötétkék színe s a láz elodázhatatlanná tették a kötés eltávolitását, de ekkor a lábfej és lábszár már elhaltnak bizonyult, minek folytán — a mütét után a 28-dik napon — amputálni kellett a lábat a térd felett. A beteg, ki három hónapig nyomta az ágyat, kártérítési perében Vulpiustól mülábat, 600 márka évjáradékot és 12,000 márka lefizetését követelte, mit a törvényszék s az itélő tábla meg is itélt neki.

Franczia ország egy vidéki városában is perrel támadtak meg egy orvost, de ebben az orvos lett a győztes. Tillaux sebészetének 1891-ben megjelent második kiadásában azt ajánlja a hydrocele-operálásra nézve, hogy a punctio után, a jodtinctura befecskendése előtt czélszerü a helyi érzéketlenités czéljából a tunica vaginalisba 30 gm. 5%-os cocain-oldatot befecskendezni, a folyadék gyors kibocsátásával. Az illető orvos ehhez tartotta magát, de alig végezte el a cocain-befecskendést, midőn betege összerogyott s meghalt. A vádirat bünül tudja be az orvosnak, hogy nem ismerte Tillaux könyvének 1894-ben megjelent harmadik kiadását, melyben szerzője hasonló esetről számol be s óva int, hogy legfeljebb 1%-os cocain-oldatot, s abból is csak 10 cm^3-t szabad a tunica vaginalisba fecskendezni. Az elsőfokú biróság az orvost — Brouardel és Lépine tanárok szakértő véleménye ellenében — 500 frank birságra s a perköltségre itélte, de a lyoni tribunal felmentette őt.

Derültebb háttere van a következő esetnek. Egy párisi könyvkiadó czégnek 100,000 franknyi kártérítési per zúdult a nyakába, még pedig a következő okból. A czégnél vidékről távirattal megrendeltek egy a kiadásában megjelent „De l'imprégnation de la mère“ czimü doktori értekezést, melyben szerzője a telegoniá-nak nevezett tünemény valódiságát bizonyitgatja. E néven azt a különös tüneményt értjük, hogy a második férjtől nemzett gyermekben néha nagy meglepetésre megjelennek az első férj egyes vonásai is, feltéve, hogy a nőnek ettől is volt gyermeke. A könyv megrendelője vőlegény volt, még pedig egy fiatal özvegy vőlegénye, s a mü oly hatással volt reá, hogy elolvasása után visszaküldte menyasszonyának a jegygyürüt azzal a magyarázattal, hogy irtózik attól a gondolattól, hogy gyermekei netalán az első férjre fognának hasonlitani. A nő, ki ezzel legszebb reményeit látta meghiúsulva, boszúságában kártérítési pert inditott a czég, mint a fatális mü kiadója ellen, de úgy látszik vissza fogja vonni panaszát, mert felvilágositották, hogy a pert aligha fogja megnyerni.

‖ **A pestis Indiában.** A pestisben való halálozás most érte el Indiában az évenkénti maximumot. Márczius első hetében 45,541, második hetében 42,088 ember pusztult el pestisben. A Lancet legutóbbi számában (1905. április 22.) W. Hunter, chinai állami bakteriologus kimutatja, hogy a macskák is megkaphatják a pestist, mely náluk acut vagy idült alakban, septicaemia tüneteivel szokott megnyilvánulni, s igy szintén terjesztői lehetnek a bajnak. Alkalmasint a pestises patkányok és egerek felfalása útján inficiálódnak.

† **Elhunyt.** *Bartha László* dr., Tisza-Polgár község orvosa e hó 19-dikén 30 éves korában. — *Boda Gyula* dr. püspökladányi járásorvos, Hajdu-megye tiszteletbeli főorvosa e hó 24-dikén 54 éves korában. — *Spanner Ignácz* dr. nyugalmazott honvéd-főtörzsorvos április 26-dikán 61 éves korában Szombathelyen.

† **Basch Sámuel** lovag e hó 24-dikén Bécsben elhunyt. 1837-ben született Prágában. Fiatal korában éveken át dolgozott Brücke mellett, majd a bécsi közkórház különböző osztályain működött mint alorvos 1865-ig, a mikor Mexikóba ment, a hol a szomorú véget ért Miksa császár udvari orvosa lett. Visszatérve Bécsbe, 1870-ben a kisérletes kórtanból magántanári képesitést nyert, 1877-ben pedig rendkivüli tanárrá nevezték ki. Nagyszámú tudományos dolgozatai közül különösen a vérkeringés kórtanára vonatkozók emelendők ki.

† **Bornhaupt** tanár, Oroszország egyik legkiválóbb sebésze, meghalt Kiewben, 62 éves korában.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a „**Tiszti Orvosok Naplója.**“ Ára 2 korona. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi“ Ujság és könyvkiadó-vállalatnál, Budapest, III.

Nothnagel „Specielle Pathologie und Therapie“ czimü, 40 kötetből álló most megjelent hires encyklopaediája, mely körülbelül 1000 koronába került, teljesen uj, olcsón eladó. Felvilágositással szivesen szolgál és vidéki kérdezősködésekre készséggel válaszol a „Petőfi“ Ujság- és könyvkiadó-vállalat, Budapest, III., Zsigmond-utcza 70. sz., a hol a mü meg is tekinthető.

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

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

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

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

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

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

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (1905. január 18-dikán tartott I. bemutató szakülés.) 324. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi deczember hó 6-dikán a szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott ülés.) 325. l.

Közkórházi orvostársulat.

(1905. január 18-dikán tartott I. bemutató szakülés.)

Elnök: **Schwarz Arthur**; jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Kétoldali dongaláb gyógyítása tarsectomiával felnőtt egyénen.

Pólya Jenő: B. J., 22 éves, kőfaragó, Somosujfaluról. Lábai születése óta görbén állanak, úgy hogy soha csizmát, czipőt húzni nem tudott, hanem lábait kendőbe csavarva vedte és csak mankók segélyével birt nagy nehezen járni. A járás igen fájdalmas volt. Midőn ezen panaszok miatt 1904. deczember 3-dikán jelentkezett *Herczel* tanár szt. István-kórházi osztályán, a következő jelenállapotot találták: Mindkét láb kiflialakú görbületet mutat, befelé és hátrafelé néző homorulattal, melynek csúcsa a Chopart-izület táján ül és előre néz. A lábak annyira elferdültek, hogy a talp hátra, a lábfej pedig egészen előre fordult, a nagy ujjak mediális széle egyenesen felfelé néz, a nagy ujjak hegye pedig a középvonal felé tekint, s itt egymást érintik. A beteg lábának kisujja szélén áll és jár, s itt a Chopart-izület táján tetemes a bőrvastagodás, mely egészen sarokszerű.

Ezen elhanyagolt, kétoldali veleszületett dongalóláb miatt *Herczel* tanár szíves megbizásából deczember 5-dikén a következő műtétet végezte chloroform-narcosisban, egyszerre mind a két lábon.

1. Achilles-in subcutan átmetszése.

2. *Tarsectomia*; a láb legnagyobb domborulatából alapjával ki, fel és előre néző, körülbelül 3 cm.-nyi basissal biró éket vésnek ki a láb külső szélén ejtett metszésből.

3. A fascia plantaris subcutan átmetszése.

Ezután a lábat majdnem teljesen redressálni lehetett és a láb kisujji oldalán levő vastagodott bőrből, a mennyit lehetett, kimetszvén, a sebet bevarrták és a lábakat circuláris gypskötéssel redressálták. A redressálás a lágyrészek zsugorodása miatt eleinte nem volt tökéletes, azonban kéthetenként történő gypskötésekkel fokozatosan sikerült a lábakat kissé túlcorrigált helyzetbe hozni.

A tegnapi napon orthopaedikus czipővel helyettesitették a kötést és ezzel a beteg rögtön elég jól, bot segitsége nélkül birt járni és remélhető, hogy a beteg, ha a czipőhöz hozzászokik és a sorvadt alszár izomzata összeszedi magát, teljesen jól fog járni.

A sebek a jobb lábon levő kb. fillérnyi (decubitus helyén keletkezett) sarjfelszin kivételével teljesen begyógyultak.

Magasan hátul fixált végbélcarcinoma kiirtása nagyterjedelmü vaginaresectioval.

Pólya Jenő: M. J.-né, 60 éves, földmíves neje Őrszállásról. Egy év óta vérzése és folyása van végbeléből, három hónap óta székletét a hüvelyen keresztül üriil. A meglehetősen gyenge és lesoványodott nőbeteg mellkasi és hasi szervei épek. Az anusból egy diónyi exulcerált kemény tumor nőtt ki. A külső nyilás mögött az egész sinus kemény, dudoros, exulcerált igen vérzékeny massává alakult, mely az ujj hegyét sem fogadja be. A vagina hátsó fele ugyanilyen egész a hátsó boltozat szomszédságáig s itt a vaginán egy jókora koronányi lyuk van, melyen át ujjunkkal a végbélbe jutunk; a meddig ujjunk elér, carcinomás tömeget lehet érezni.

Diagnosis: Carc. recti in vaginam perforans.

Ennek kiirtása czéljából látott 1904. november 25-dikén *Herczel* tanár szives megbizásából a műtéthez, melyet morphin-chlorofom-narcosisban hajtott végre.

Typikus behatolás *Kraske* szerint, az utolsó keresztcsigolya táján a sacrumot harántul átvésik s a levésett csontrészletet a farkcsikcsonttal együtt eltávolitják. Most a végbelet körülirván, a gát két oldalán a vaginába folytatják a metszést és ennek hátsó falát egész a portioig kiirtják és hátul is felszabaditva a carcinomás mirigyekben igen dús mesorectumot, megnyitják a Douglast. A vastagbelet azonban ekkor sem lehet előhúzni, mert a mesorectum mirigyei erősen a sacrumhoz vannak rögzítve. Ezért a töle a Budapesti Orvosi Ujság „Sebészet" melléklete 1904. III. számában leirt s már előbb két esetben sikerrel bevált műfogást alkalmazva, a flexura sigmoidea szabad részét a hasüregből előhúzta, a belet harántul átvágta s az aborális bélkacs mesoját felülről lefelé előzetes alákötés után átvágta, a mikor is sikerült nevezetesebb vérzés nélkül kigördíteni a daganatot. Most az előhúzott vastagbélhez körüskörül kiszegte a peritoneumot, a vaginát selyemvarratokkal összevarrta, úgy hogy a csomók a sebüreg felé nézzenek, csak a vagina legelülső részében alkalmazott belülről csomózott catgut- és silkworm-varratot. Anus sacralis képzése után bőven tamponálta a nagy sebüreget s a bőrt silkworm-varrakkal annyira egyesitette, hogy csak a csikok kivezetésére maradjon hely.

A kiirtott végbél 24 cm. hosszú, alsó részében az anális nyilástól mintegy 8 cm.-re felfelé terjedőleg rákos massa által annyira kitöltött, hogy csak 10-es franczia katheter számára átjárható; azontúl a végbél nyákhártyája ép. A vagina egy jó koronányi lyukkal közlekedik a rectummal, a mely lyuk falzata carcinomás tömeg által képeztetik. E lyukat a készitményen $1^1/_2$—2 cm. széles ép vaginarészlet környékezi, csak felül nem, mert itt a vaginális fekély helyét alig $^1/_2$ cm.-nyi távolság választja el a peritoneum áthajlási redőjétől. A mesorectumban számos borsó egész diónyi kemény, rákos mirigy.

A beteg a beható műtétet elég jól állotta ki. Lefolyás majdnem teljesen láztalan volt, csak hébe-korba jelentkeztek $38{\cdot}2^0$-ig felmenő kisebb hőemelkedések. A sebgyógyulás simán ment végbe, csak a vagina-varratok átvágása által keletkezett egy ujjat átbocsátó hüvely-bőr-sipoly, melynek elzárásába a beteg beleegyezni nem akar, mert neki semmi nehézséget nem okoz. A beteg teljesen jól érzi magát, hizik.

Chronikus talustörés gyógyitása az ugrócsont kiirtásával.

Berger Gyula: H. S., 20 éves, földmives, Felső-Szelléről. 1891-ben 6 éves korában táján egy kis szánkáról, miközben azt egy dombról lefelé csúsztatták, leesett úgy, hogy előrebukott s bal lábát a szánkóba ütötte. Rögtön az elesés után a bal lábában fájdalmat érzett, de járni tudott rajta. Azonban lábának állapota lassanként romlott, úgy hogy hat hónap mulva már nem birt a lábára állni. Végre 1892. év nyarán lába kifakadt, bőven genyezett s az akkor keletkezett seb mindmáig nem gyógyult be. A genyedés megindulása után jobban érezte magát s 1896-ig bottal, azóta bot nélkül tud járni. Lába azonban állandóan fáj és sipolya bár keveset, de folyton secernál.

Felvételkor *Herczel* tanár osztályára 1904. november 8-dikán az elég jól fejlett és táplált fiú bal lába erősen duzzadt, különösen a belső boka táján, a hol egy hatalmas, egyenlőtlen felületű, csontkemény képlet tapintható, melynek azonban semmi anatomikusan meghatározható formája nincs. A láb körülbelül derékszögű állásban van, melyből az extensio és flexio irányában mintegy 10^0-nyi mozgást enged meg. Pronatio és supinatio nem lehetséges. Az Achilles-in külső oldalán lencsényi sipolynyilás van, melyből kevés szürkés-sárgás, nem büzös váladék szivárog, s a melyen át a kutasz érdes, de nem felpuhult csontra jut. A kutasz vége a külboka előtt a bőr alatt jelenik meg.

A Röntgen-képen, melyet *Stein* a Rókus-kórház Röntgen-laboratoriumában készitett, feltünő volt, hogy a tibia a calcaneus felső felszinéhez erősen közeledett, a talus erősen megnyúlt és csontszerkezete elmosódott. A különben is kissé homályos Röntgen-kép, továbbá az anamnesis és a fennálló kis sipoly alapján a talusban lejátszódó valamely osteomyelitikus folyamatra gondoltak, s ezen diagnosissal látott november 21-dikén *Herczel* tanár szíves megbizásából a műtéthez, melyet chloroform-narcosisban s Esmarch-vértelenitéssel végezett. A külső boka mentén hatolt be egy kampószerű metszéssel (Kocher-féle Hakenschnitt), s a peroneusok felpraeparálása után láttuk, hogy a talus nincs a bokaizületben. Ekkor a belső boka mentén végeztek egy második kampószerű bemetszést, s akkor látták, hogy a talusfej a lábhátra van luxálva. Ennek eltávolitása után kitünt, hogy a bokaizület egy callus-massával van kitöltve, mely a tibia alsó izületi felszinével csontosan összenőtt, mely a calcaneustól egy izületszerű s a sipolynyilással is közlekedő rés által elválasztott, mely rés bizonyos mozgást enged a calcaneus s a felette levő csonttömeg közt. Ezen a bokaizületet kitöltő lapos csontlemezzel egyszersmind össze van nőve egy jókora diónyi csontdarab, mely a tibia és Achilles-in közt foglal helyet, s melyen a talus két hátsó gumója a köztük levő sulcus flexoris hallucis longival egyetemben typikusan felismerhető. Mindezen törésdarabokat a tibia alsó felszinéről levésve, eltávolították. A tibia lesimitása után a sipolyjáratot megkaparva, a sebet teljesen bezárták és circuláris gypskötést tettek a lábra. A beteg a műtét után következő harmadik napon délutáni hőemelkedéseket mutatott, s midőn ez 24-dikén 39^0-ra szállott fel, a kötést kivágták és a fonalakat, mivel a bőr alatt tályog keletkezése látszott, kiszedték; nyitott sebkezelés mellett a sebek jelenleg majdnem teljesen begyógyultak. A beteg jelenleg gypskötés nélkül bár még kissé bicceg, elég jól tud járni.

A kiirtott talusból a lábhátra kiluxált darabon felismerhető a hátsó fej és a sustentaculum talival való izületi felszin, melyeknek porczborítéka teljesen megtartott; a hátsó darabon a hátsó talusgumó és a sulcus flexoris hallucis longi ismerhető fel. A középső darabon semmi határozott anatomikus képletet felismerni nem lehet, itt a spongiosus csontállomány megsürüsödött és megkeményedett, a kéreg szabálytalan felszinü és az alsó felület szabálytalan porczréteggel borított.

Idegen test a húgyhólyagban.

Berger Gyula: D. I., 54 éves, napszámos. Hoszabb idő óta vizelészavarban szenved, vizeletét csak nehezen tudta megindítani s csak cseppekben ürült ki. 3 hét előtt állapota hirtelen rosszabbodott, a mennyiben lázas lett s vizeletét egyáltalában nem tudta kiüríteni, úgy hogy vizeletét azóta katheterrel bocsátották ki. 1904. január 6-dikán reggel szintén csapolni akarták, azonban a katheter eltört s egyik része benn maradt a hólyagban. A beteg orvosa tanácsára rögtön felvétette magát Herczel tanár szt. István-kórházi osztályára, hol megvizsgálásakor

azt találták, hogy a kösonda a pars prostatica táján akadályra talál s kihúzása után a húgycsőből sűrű geny ürül.

Végbélvizsgálatkor kitünik, hogy a prostata erősen megnagyobbodott, kis almányi, felpuhult, közepén fluctuál. Tekintve ezen körülményeket, világos volt, hogy egy prostatatályoggal állanak szemközt s hogy ennek gyors kiürülését elősegitsék, ujjukkal a végbélen keresztül megnyitották a tályogot.

Következő nap a legvastagabb kösondával is behatolhattak a hólyagba s igy a katheter jelenlétét a hólyagban most már cystoskopiával is konstatálhatták. Miután ez megtörtént, Herczel tanárnak sikerült közúzóval megfogni és kihúzni a katheterdarabot, mely kihúzás közben újra eltörött, úgy hogy nagyobbik részét külön a húgycsőből kellett eltávolitani. A kihúzott katheter egy régi, megkeményedett, törékeny, körülbelül 14-es számú Nélaton-katheter, melynek hossza 15 cm. A beteg még néhány napig lázas volt, de most már jól érzi magát, vizeletét spontán tudja kiüriteni.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi deczember hó 6-dikán a szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott ülés.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Dapsy Viktor.**

(Vége.)

A nyak echinococcusainak ismeretéhez.

Haberern J. Pál: Lapunk 3. és 4. számában egész terjedelemben közöltük.

A hólyagkövek biztos diagnosisa a Röntgen-képen.

Haberern J. Pál: A hólyagkövek diagnosisa a régebbi vizsgálati módszereken kivül a cystoskop segitségével exact és kétséget kizáró módon megállapitható. Vannak azonban esetek, melyekben többek között a hypertrophikus prostata formája s nagysága, a hólyagnak különböző okokból eredő nagyfokú és zavaró vérzékenysége és a hólyaghurutnak vagy lobnak a foka stb. a cystoskopikus vizsgálat elé kisebb-nagyobb akadályokat gördítenek. Ilyen esetekben a Röntgen-kép, mely a kő nagyságát, formáját vagy a többszörös köveket tisztán szemünk elé állitja, igen kellemes diagnostikus segitséget nyújt és e mellett a betegnek alkalmatlanságot vagy fájdalmat igazán alig okoz.

A Rókus-kórházi osztályán megforduló hólyagkő-anyagát szorgalmasan vitte át a Stein kartárs vezetése alatt álló Röntgen-laboratoriumba. Sokszor megpróbálkoztak változó sikerrel, de jó, éles, szép képet ritkán nyertek. Azon gondolkozott, hogy nem volna-e czélszerű bismuth-suspensiót a hólyagba fecskendezni azon reményben, hogy az az érdesebb kő felületére leülepszik, a midőn ajánlatára a hólyagnak levegővel való felfujását kezdték meg, miután a bél felfujásáról már hallott volt. Azóta gazdag kőanyagukat állandóan ilyen módon értékesitették a Röntgen-laboratoriumban, mindig egyforma és biztos eredményn el. A kő, bármilyen vegyi összetételü legyen, éles képet ad. A hólyag felfuvása a következő módon történik: a hólyagba lágy, ruganyos kathetert vezetünk be, a vizeletet lebocsátjuk és azután a katheter külső végére egy a hőégetésnél — paquelinezésnél — használatos lapdafujtatót erősitünk, a melylyel lassan, kiméletesen addig préselünk levegőt a vizsgálandó hólyagjába, a mig a beteg kellemetlen vagy feszitő érzésről nem panaszkodik. Ekkor a levegőbefuvást rögtön abbahagyjuk. A penist ezalatt egyik kezünkkel átfogjuk, vagy segédünkkel átfogatjuk. A mint a hólyagban elegendő mennyiségü levegő van, a kathetert hirtelen kihúzzuk és a penist összeszoritjuk és igy zárva tartjuk az egész felvétel alatt. Azóta sikerült minden kőbetegnél a kő megfelelő nagyságát és formáját megkapni.

Utóbb értesült Wittek czikkéről (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VII. Heft 1). Egy esetben sikerült Witteknek hólyagkövet Röntgen-képen úgy nyernie, hogy a hólyagot levegővel felfújta. Czikkében ajánlja az ezen eljárással való további kisérletezést. Szóló azt hiszi, hogy annál érkesebb ezen eljárása, a kőnek Röntgen-felvétele a hólyagnak levegővel való felfujásakor, mert a mint látszik, sokan próbálkoztak már meg a hólyagkövek Röntgen-képen való kimutatásával, de nagyon változó és nem megbizható eredménynyel. Beclère például, a ki ezen kérdéssel szorgalmasan foglalkozott, hangsúlyozza, hogy a radioskopia csak kivételesen vezet czélhoz. Szerinte a kőnek a képen való feltüntetése függ (Hildebrand: Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie, IX. Jahrgang, pag. 113) a kő nagyságától, vegyi összetételétől és a has vastagságától. Sokszor a lemezen levő foltok is tévedésbe ejthetnek. A stereoskopos felvételeket talán megbizhatóbbaknak tartja. Hirsch (l. c.) a Röntgen-eljárást nagyon helyesen a legkiméletesebb diagnostikus eljárásnak és bizonyos körülmények között az egyedül alkalmazható vizsgálati módszernek tartja.

A vesekő Röntgen-képe.

Rihmer Béla: A vesekő diagnosisa egyes esetekben semmi nehézséget sem okoz. A kolikás tünetek, a vizelet elváltozása, a kövek előzetes távozása bizonyossá teszik az esetet. Vannak azonban esetek, a melyekben előzőleg kő távozását nem észleljük, más esetekben ezenkivül a kólikás fájdalmak nem is a vese táján jelentkeznek. A szóban forgó eset is ilyen. Ismét más esetekben a kólika egyáltalán nem jelentkezik, vagy legalább is nem képezi az első tünetet. Igy volt alkalma egy 19 éves fiatal embert észlelni, kinél a borsónyi kő hónapokig más tünetet, mint majdnem naponta ismétlődő vérvizelést, nem okozott. Csak azután jöttek kólikák és a második rohammal távozott el a kő. Ilyen eseteket néha nehéz, sőt nem is lehet felismerni. A kő diagnosisánál másrészt figyelembe veendő az, hogy más vesebetegségek is vezethetnek kólikára, sőt adhatnak kőtüneteket, igy a vándorvese, ha ureter-elhajlásra, szöglettörésre vezet. Viszont máskor a vándorvese pangásos medenczéjében tényleg kő fejlődhetett.

A vesetuberculosis kezdő szakában, a gümős eruptio beálltával, melyet mindig vesevérbőség kisér, gyakran észlelünk vesetáji fájdalmakat. Ilyenkor gyakori a kis, néha csak mikroskopice kimutatható vérzés. A gümős gócz még nem tört át a húgyutakba, a fehér vérsejt kevés, bacillusokat nem találunk, az állatojtás is negativ lehet. Az összetévesztés kővel könnyü, szóló is látott ilyen esetet, az irodalomban sem ritka. Remélhető, hogy a provocatorius tuberculininjectio és a Röntgen-fány igénybevételével ez esetek ritkábbak lesznek.

A harmadik főcsoportba, mely összetévesztésre adhat alkalmat, azon kólikával járó vesevérzések tartoznak, a melyeknek alapját Israel szerint chronikus kiújuló veselobok képezik. Israelt erre a tételre épen téves kődiagnosisok vezették rá. Hydro-, pyonephrosis, vesetumorok is okozhatnak vesekólikát, itt azonban a lokális veselelet többnyire felvilágosit.

Az elmondottakból eléggé megérthető, hogy a sebészek a Röntgen-sugarak felfedezése után siettek az átvilágitást a vesekőre gyanús esetekben is alkalmazni. Habár Macintyrenek már 1896-ban sikerült az x-sugarakkal követ kimutatnia, mégis a legújabb időkig sok kőesetben negativ volt a felvétel. A sikerületlen esetekben közrejátszott az, hogy a vizsgált egyén corpulens volt, szerepelt a kő nagysága is, de főleg a kő minősége; kiderült, hogy az oxalsavas kövek ádják a legélesebb árnyékot, jobban áteresztik a sugarakat az uratkövek és legjobban a phosphatkövek. Photographálásuk tehát a megfordított sorrendben megy nehezebben. Haladás a röntgenezés terén csak az újabb időben mutatkozott, mióta Albers-Schönbergnek (Fortschritte auf dem Gebiete d. Röntgenstahlen, 1900) sikerült leszoritó diaphragmás készülékével egy bizonyos tájékot excentrált fénynyel átvilágitani. Ugy látszik kisebb kövek ezzel az eljárással sem mindig fedezhetők fel; legalább az emlitett fiatalember esetében a 2 tág diaphragmával felvett kép negativ volt. Második esetében a felvétel szintén tág diaphragmával történt. Három felvételen egymásután ugyanazon a helyen, a XII. bordán kaptak éles árnyékot, mely a később eltávolitott mogyorónyi kő alakjának és nagyságának teljesen megfelelt.

Az eset, mely klinikus szempontból sem érdektelen, a következő: 43 éves, gazdatiszt, 8 éve szenved baloldali kólikás fájdalmakban. A fájdalmak a bal bordaiv alatt jelentkeznek és néha kisugárzanak a bal kezébe. A kólikák émelygéssel, egyszer hányással jelentkeztek és többnyire tovább tartó étvágytalansággal és flatulentiával jártak. A kólika után többször kellett hig vizeletet ürítenie, egyéb változást vizeletében nem vett észre. A kólikák mindig nappal jelentkeztek, okul hibát az étrendben, lábai átfázását, nagy lelki felindulást vélt megállapithatni. Járás-kelésre nem reagált, ellenben a rázós kocsi járását nem tűrte. Mult év tavaszán öt napig tartó fájdalmak, melyek után Karlsbadot kereste fel. Ezután 5 hónapig nyugalma volt, majd a kólikák újból jelentkeztek és azóta havonta, sőt kéthetenként gyötrik. Szólónál f. évi augusztus havában jelentkezett először a fenti panaszokkal, de hozzátette, hogy 3 napja lázas, étvágytalan és hasa jobb felében is fájdalma van. A vizsgálat akkor acut appendicitist derített ki, mely tényleg 4 hétre ágyba is döntötte. A még első jelentkezésekor eszközölt vizeletvizsgálat szerint a vizeletben fehérje, mikroskopice kilúgozott vöröses vérsejtek, leucocyták és cylindroidok vannak. Az appendicitis lezajlása után újból jelentkezik. A vizeletben akkor is fehérje (3·2 Esbach), kilúgozott vörös vérsejtek, leucocyták és egyenként vagy lemezekben fekvő hámsejtek, melyek kehelyhámnak felelnek meg.

Az ureterkatheterismus kimutatja, hogy mindez a bal veséből jő, mely egyébként nem tapintható; nyomásra azonban fájdalom a bal bordaiv alatt. Röntgen positiv. Erre október 15-dikén nephrolithotomiát végzett primaer vesevarrattal és a bőrizomseb szükitésével. A veseseb primára, a bőrizomseb granulatioval gyógyult, 3 hétre rá vizelete feltisztul, fehérje nyomokban.

Végzetül a Röntgen-felvételről még csak a következőket óhajtaná megemliteni. A lágyrészek leszorítása a leszoritó diaphragmával csak hájas egyéneknél jöbet szóba, soványaknál ilyenkor a diaphragma a bordaivről lecsúszik és akkor a vese esetleg csak alsó csúcsával lesz a diaphragmában. Újabban Rumpel (Die Diagnose der Nierensteine, Hamburg 1903. Idézve Frisch-nél: Handbuch der Urologie II. k.) más eljáráshoz folyamodott. Ő a vesetáját ólompléhvel fedi be és pontosan a vesének megfelelőleg tenyérnyi körkörös helyet hagy szabadon, a Röntgen-csövet azután ehhez egész közel állitja. Igy sikerült neki tekintet nélkül az egyén testalkatára, a kő nagyságára és összetételére, minden esetben positiv képet kapni. Szerinte az ő technikájával nyert negativ kép positiv irányban is döntő lenne, mert ilyenkor kő nincs. Érdemes volna eljárását laboratoriumainkban kipróbálni. Ha ugyanis ezzel az eljárással kis köveket is mindig kimutathatnánk és az árnyék a kő nagyságának is pontosan megfelelne, úgy a jövőben lehetségessé válnék az, hogy a Röntgen-kép alapján az aseptikus solitaer kis kő eltávolitására már eleve pyelotomiát határozhatnánk el (varrattal) és csak több vagy nagyobb kő esetén határoznók el magunkat a behatóbb nephrotomiára.

Elnök az ülést bezárja.

PÁLYÁZATOK.

A nagytapolcsányi közkórházban lemondás folytán üresedésbe jött **alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra az ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1400 kor. fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és élelmezéssel javadalmazott és a kórházban való bennlakás kötelezettségével és nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon **1905. május hó 20-dikáig** hozzám nyujtsák be.

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

Nyitra, 1905. évi április hó 20-dikán.

Markhot, alispán.

306/1905. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivom, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi május hó 25-dikéig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A román nyelvet biró pályázók előnyben részesittetnek.

Javadalmazás:

1. 1000 korona évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a vármegye pénztárából, január, április, julius és október hónapok első felében, utólagosan fizettetik.

2. Természetbeni lakás, mely áll 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy különálló rendelőszoba, udvar és konyhakertből.

3. Ökrös községtől 40 korona, Bogy községtől 10 korona halottkémlési díj.

4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkuegyezmény útján megváltatik, 80 fillér beteglátogatási, 40 fill. vényirási díj.

5. Ökrös községben a levágott marhákért, ha a megválasztandó körorvos a vágatási biztosi teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapitott díjak.

6. A megválasztandó körorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógytár engedélyezése kilátásba van helyezve.

A választás folyó évi junius hó 5-dikén d. e. 10 órakor a beéli körjegyzőségi tanácsteremben fog megtartatni.

Beél, 1905. évi április hó 22-dikén.

3—1 *Éder Géza*, főszolgabiró.

Békés vármegye közkórházának elmebetegosztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kinevezendő segédorvos javadalmazása, a mennyiben orvostudor neveztetnék ki: 1600 korona, a mennyiben szigorló orvos: 1200 korona készpénzfizetés és mindkét esetben lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr., Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám f. **évi május hó 4-dikéig** küldjék be.

Gyula, 1905. évi április havában.

2—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatósága.*

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
máj. 5.	fürdőorv.	Felső-Stubnya	1200 k., lakás	Fősz., Stubnyafürdő
„ 5.	v. orv.	Visk	1200 k., 200 k. lakb.	Főszolg., Huszt
„ 9.	közs. o.	Mohol	2000 k., 60 k. úti átal.	Budnay, főszolg.
„ 10.	körorvos	Kövesliget	1000 k., 200 k. lakb.	Főszolg., Huszt
„ 10.	kórh. főo.	Pécs	2400 k., 560 k. lakb.	b. Fejérváry főisp.
„ 10.	m. orv.	Pécs	1500 k., ellátás	b. Fejérváry főisp.
„ 25.	m. orv.	Nyiregyháza	1000 k., ellátás	Szikszay, alispán

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Korytniczai ásványvíz,

kiválóan elismert gyógyvíz

gyomor-, bél- és aranyeres bántalmak ellen, máj- és lépdaganatoknál, sárgaság, székrekedés, epekövek és húgysavas diathesis ellen.

Kapható: fürdőigazgatóság által Korytniczán, **Édeskuty L.**, Budapesten, **Makoviczky Péter** Liptó-Rózsahegyen, valamint az összes gyógyszertárakban.

Saison-megnyitás május 15-én.

Ujonnan épült, a legmodernebb igényeknek megfelelően berendezett vízgyógyintézet.

Reformált pensiorendszerünket különös figyelembe ajánljuk. Az étkezés étlap szerint, bármely órában minden fürdővendégnek külön szolgáltatik ki.

Pensio-árak: május 15-től julius 1-ig, szept. 1-től okt. 1-ig, egy személy 6 kor., két személy 11 kor., három személy 15 kor.; julius 1-től augusztus végéig egy személy 8 kor., két személy 15 kor., három személy 20 kor. Ezen árakban a gyógyhely- és zeneilleték is benfoglaltatik. Bővebb felvilágositást nyujt **dr. Ormay József**, kir. tanácsos fürdőorvos, valamint a **fürdőigazgatóság Korytniczán.**

LIPÓTVÁROSI VÍZGYÓGYINTÉZET

V., Báthory-utcza 3. sz.

Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád** (Gärtner tanár szerint) és **fényfürdők** stb.

Dr. Farkas Márton.

Lakásárak junius 1-éig és szeptember 1-től 25%-al az árszabályon alul.

Krapina-Töplitz gyógyhely Horvátországban.

Idény május hó 1-től október hó végéig.

Forgalom 1904-ben 5120 személy. A zagorinai vasútállomástól „Zabok-Krapina-Töplitz" egy órai, Rohitsch állomástól Grobelno Rohitsch helyi érdekü vasúttól 2 órai kocsiút. Május 1-jétől naponként omnibusz-közlekedés Zabok-Krapina-Töplitz közt minden vonathoz, Rohitsch közt a dé előtti vonathoz. A 30—35° R. (37·5—43·5° C.) hömérsékü **meleg akrato-forrásoknak** kitünő a **hatásuk köszvény, izom-** és **izületi csúz** és azok **utóbajai, ischias, neuralgiák, bőrbajok** és **sebzések**, idült **Morbus-Brightii, bénulások** és különféle női betegségek ellen. Nagy **medenczék — teljes — külön márványkád-** és **zuhany-fürdők**, kitünően berendezett **izzasztó kamarák** (Sudaria), **massage, elektromosság**, svéd **gyógygymnastika**. Kényelmes **lakások.** Jó és olcsó **vendéglők**, állandó **fürdőzene.** Terjedelmes árnyas **sétányok, tennishely** stb. Fürdőorvos **Dr. Mai.** Brochürök minden könyvkereskedésben. — Prospektust és felvilágositást küld a fürdőigazgatóság.

Tüdőbetegek gyógyintézete

Sanatorium Wienerwald.

Vasuti állomás: **Pernitz**; postaállomás: **Ortmann, N.-Ö.**

Bécstől 2½ órányi távolságban.

Nyáron és télen át nyitva.

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

PARÁD

gyógyfürdő.

Gróf Károlyi Mihály tulajdona, Hevesmegyében, vastimsós fürdőkkel és hidegvizgyógyintézettel, égvényes kénes savanyuvíz- és természetes arzén-vastartalmú vizekkel. — Lakások újonnan épült szállodákban, 146 szobával, uradalmi kezelés alatt állanak; a vendégek élelmezése diszes külön csarnokban bérlet útján Verseghy István jászberényi jóhirü konyhájára bizatik. — Az évad junius 1-től szeptember végéig tart, és pedig az elő-évad junius 1-től junius 20-ig, fő-vad junius 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 21-től szeptember végéig. — Az elő- és utóévadban a lakások 30%-kal olcsóbbak. — Ingyen prospektussal s minden felvilágositással készségesen szolgál

a fürdőigazgatóság.

Rohitsch-Sauerbrunn

Steiermark.

Vasút, posta és távirda. Prospektus ingyen.

Gyönyörü fekvés, élénydús, teljesen pormentes levegő. Modern komfort, élénk társadalmi élet.

Ujhydro-elektro mechano-therapeutikus intézet nagy és modern stilben. Hidegvizkúra, elektromos fény- és kádfürdők, inhalatorium, pneumatikus készülék, meleg- és gőzkamrák, elektromos massage, napfürdők és gyógygymnastika. Kipróbált gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, időközi székrekedés, haemorrhoidák, epekövek, elhízás, czukorbetegség, köszvény, torok és légcső katarrhusok számára. Erős gyógyforrások, hasonlóak Karlsbadhoz és Marienbadhoz.

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

Anämin
EISENPEPSIN-SACCHARAT-
LIEBE

0·2% vas, mint Ferrisaccharat
Tartós! Jó ízű!
Gyomornyomást nem okoz!
Székrekedést nem idéz elő!
(még hosszabb használatnál sem.)
Étvágygerjesztő!
Kitünő bármily gyengeségi állapot, vérveszteség, idült gyomorbajok stb. ellen.

Liebe-féle
Sagrada-Tabletták
bevonattal
à 0·5, 0·25, 0·15 gramm.
Olcsó,
biztos és enyhe hashajtók.
Dobozokban à 50 fillér.
Mintákat ingyen küld.

LIEBE'S SAGRADA-WEIN
Mild abführendes Verdauungsmittel

J. PAUL LIEBE. ⚜ TETSCHEN A/E.

Franzensbadi
„Natalia-forrás", Lithium-tartalmú savanyúvíz,
a hólyag és vese
bántalmai ellen klinikai és orvosi szaktekintélyek által kipróbálva és igen kedvezően véleményezve.

Előnyei: Csekély mésztartalom! Húgyhajtó hatás! Igen kellemes íz! 476

Kapható az összes ásványvíz-raktárak és gyógyszertárakban, valamint közvetlenül a **„Franzensbader Mineralwasser-Versendung"** útján.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER
Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —
A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.
Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

Többszörösen kipróbálva! **Számtalan elismerőlevél!**

„NERVINOL" BARABÁS

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

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

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

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

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

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

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

445 Készíti és szétküldi:

Lipótvárosi „Szent István" gyógyszertára

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