50. évfolyam. 44. szám. *Budapest, 1906. november 4.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi Adolf: A Highmor-üreg empyemáinak spontan gyógyulásáról és az endonasális kiöblítés értékéről. 1005. lap.

Halász Aladár: Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr., egyetemi magántanár.) Adat a kóros tejczukorvizelés ismeretéhez: alimentáris lactosuria gyomorbántalmakban. 1007. lap.

Tárcza. Steiner Pál: Úti jegyzetek. 1010. lap.

Összefoglaló szemle. Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belgyógyászati klinikájáról. Az ivóvíz szerepe a typhus epidemiologiájában. *Kétly Károly* tanár megbizásából összeállitotta: *Torday Árpád* dr. tanársegéd. 1012. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. W. Ellenberger:* Handbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie der Haustiere. — *Lapszemle. Gyógyszertan.* Ujabb gyógyszerek, specialitások és titkos szerek. — *Belorvostan. Pässler*: Súlyos általános fertőző betegség képében lefolyt heveny bélgümőkór. — *Roethlisberger*: A köszvény lényegéről és gyógyitásáról. — *Sebészet. Vulpius:* Az inátültetés értékéről. — *Gyermekorvostan. Bouquel*: Újszülöttben keletkezett mastoiditis. — *Remlinger* és *Nouri*: Fertőző kórok terjedése házi állatok útján. — *Bőrkórtan. B. Heile:* Az isoform gyakorlati alkalmazása. — *Venereás bántalmak. M. Oppenheim*: A syphilis gyógyitása. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Leopold*: Az újszülöttek ophthalmoblennorrhoeájának meggátlása. — *Lion:* Epilepsia. — *Freund*: Viszketés. — *J. Weiss*: Thymomel scillae. 1015—1017. l.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1018. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1019—1022. lap.

Mellékletek. Elme- és idegkórtan. 3. szám. Szerkesztik: *Babarczi Schwartzer Ottó* udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és *Moravcsik Ernő Emil* egyet. tanár. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning, Hoechst a/M. „Anaesthesin“ és Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Sulfosot“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Highmor-üreg empyemáinak spontan gyógyulásáról és az endonasális kiöblítés értékéről.

Irta: *Ónodi Adolf* dr., egyetemi rk. tanár, kórházi főorvos.

Ismeretes dolog és ma már vita tárgyát nem képezi azon tény, hogy a Highmor-üreg heveny empyemái spontan gyógyulhatnak. Épen olyan elvitázhatatlan tény, hogy számos esetben épen úgy a heveny, mint az idült empyemák endonasális úton, a Highmor-üregnek természetes nyilásán át való kiöblítésével gyógyithatók. Tankönyvünkben[1] a Highmor-üreg kiöblítésének kiviteli módját és eljárását részletesen leirtam, azért e helyen nem fejtegetem. Közelebbről tárgyalom azonban azon viszonyokat, melyek úgy a spontan gyógyulást, mint a kiöblítéssel való gyógykezelést lehetővé teszik és nagyban elősegíthetik. A heveny empyemáknál nagyon fontos szerep jut a szabad genylefolyásnak, és ez szorosan összefügg azon alakviszonyokkal, melyek a Highmor-üreg nyilásainak területét alkotják. A Highmor-üreg rendes és járulékos nyilásainak helyzete, nagysága és száma, valamint a nyilási terület tág vagy szük volta elősegíthetik vagy akadályozhatják a felgyülemlett váladék lefolyását.

Mint ismeretes, a Highmor-üreg rendes nyilásának területét a középső orrjáratban, a középső kagyló által fedve, a processus uncinatus, a bulla ethmoidealis, és a kettő által képezett hiatus semilunaris alkotja. Az utóbbi félholdalakú rés, melybe a Highmor-üreg nyilik, tágassága a processus uncinatus és a bulla ethmoidealis alakviszonyaitól függ, mindkettőnek fejlettebb volta, kidomborodása a hiatus semilunarist különböző mértékben szűkítheti, sőt olyan szük réssé alakithatja, hogy egy vékony kutasz is alig vezethető be. A bulla ethmoidealis olyan nagyfokú elődomborodást mutathat, hogy ráborulhat a processus uncinatusra. Ezen a genylefolyásra kedvezőtlen alakviszonyok mellett tekintetbe kell vennünk, hogy a nyálkahártya duzzadása a nyilási területet szükítheti vagy el is zárhatja, továbbá, hogy a középső kagyló túltengése, a középső orrjáratban levő polypok és egyéb kóros elváltozások a genylefolyást megakaszthatják. A Highmor-üreg nyilási területének kedvezőtlen alakviszonyai, valamint az említett kóros elváltozások tankönyvünkben megjelölt külön eljárásokat tesznek szükségessé

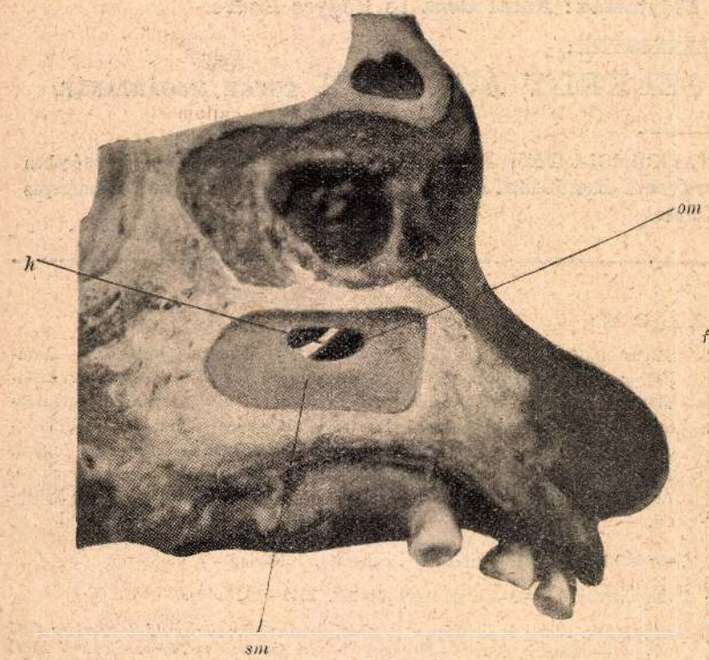
Tekintsük közelebbről azon viszonyokat, melyek lényegesen hozzájárulnak a spontan vagy öblítéssel való gyógyuláshoz. Vizsgálataink szerint a Highmor-üreg rendes nyilása 2 és 12 mm. között váltakozó nagyságot ért el, két esetben az egész hiatus semilunaris 11 és 12 mm. hosszúságban a Highmor-üregbe nyilott. *Zuckerkandl* egy esetben észlelte, hogy a hiatus semilunaris egész hosszában 19 mm.-nyire a Highmor-üregbe nyilott. Bemutatunk egy nagy ostium maxillaret. A készítményen (1. ábra) a Highmor-üreg (sm) kivülről van megnyitva, jól látni a 12 mm. hosszú és 5 mm. magas nyilást (om), a mint a processus uncinatus és a bulla ethmoidealis között összefügg a félholdalakú réssel (h).

Van egy készítményünk, melyen a hiatus semilunaris 12 mm. hosszúságban nyilik a Highmor-üregbe a processus uncinatus és a bulla ethmoidealis között.

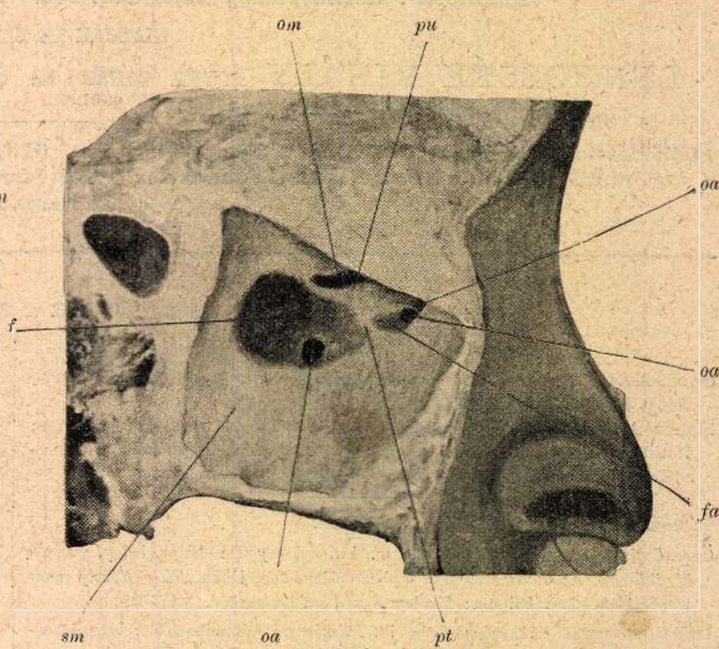
A Highmor-üreg rendes nyilása a félholdalakú résben kettősen is előfordulhat, az egyik az elülső, a másik a hátulsó részében. A mi a járulékos nyilásokat illeti, két, három, sőt négy nyilást is észleltünk, nagyságuk $1^1/_2$ és 6 mm. között ingadozott. Bemutatunk egy készítményt, melyet a 2. ábra érzékit, ezen a hiatus semilunaris (om) 11 mm. hosszúságban a Highmor-üregbe nyilik, a processus uncinatus (pu) alatt elterülő hátulsó fontanellában (f) egy 3 mm. hosszú és egy 3 mm. magas járulékos nyilás (oa), az elülső alsó fontanellában (fa) pedig egy 2 mm.-nyi és egy $1^1/_2$ mm.-nyi tág járulékos nyilás (oa) van jelen. Tehát egy Highmor-üregnek van három járulékos nyilása és az egész félholdalakú rés a rendes nyilás helyett. A 3. ábra egy olyan készítményt mutat, melyen a hiatus semilunaris (h) hátulsó végében elhelyezett 5 mm.-nyi tág rendes nyilás (om) mellett, a processus uncinatus mögött levő hátulsó fontanellában (f) egy 4 mm.-nyi és az elülső alsó fontanellában (fa) egy $1^1/_2$ mm.-nyi tág járulékos nyilás (oa) van jelen. Tehát a Highmor-üreg

[1] *Ónodi* és *Rosenberg*: Az orrbajok gyógykezelése. 1906.

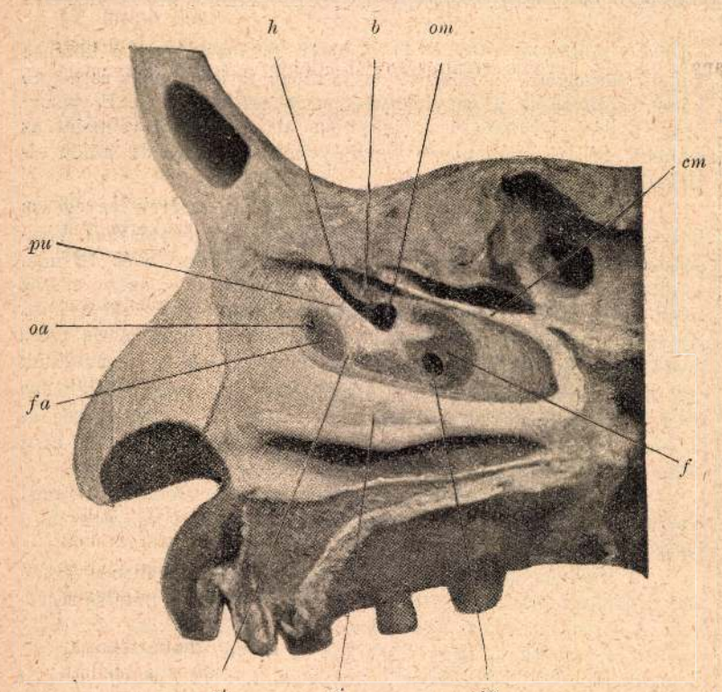
három nyilással rendelkezik. A 4. ábra egy fejlődési rendellenességet érzékit, a mennyiben a középső orrjárat nagyobb része hártyából (f) áll. Ezen fontanellában (f) a processus uncinatus (pu) alatt három 3—5 mm.-nyi és egy 3 mm.-nyi tág járulékos nyilás (oa) van jelen, ezek mellett a félholdalakú résben (h) a



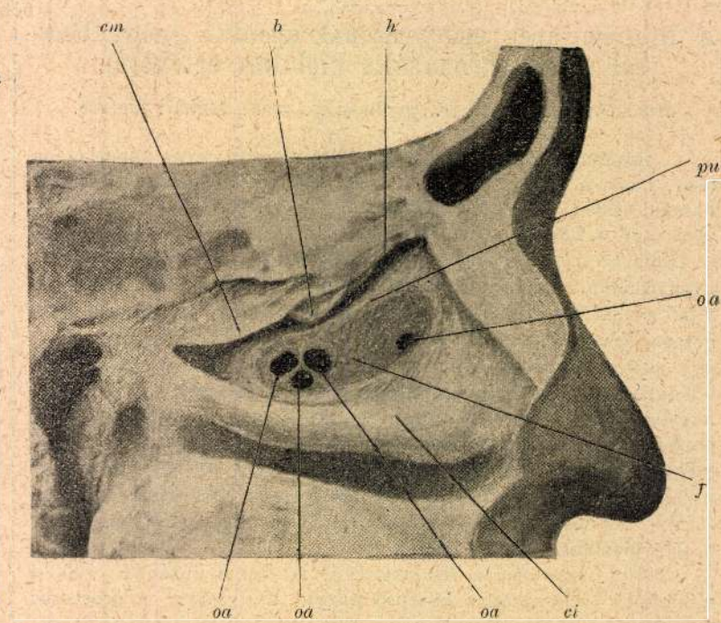
1. ábra. Természetes nagyság, *sm* Highmor-üreg kivülről megnyitva, *om* ostium maxillare, *h* hiatus semilunaris.



2. ábra. Természetes nagyság, *sm* Highmor-üreg kivülről megnyitva, *om* hiatus semilunaris, *pu* processus uncinatus, *oa* járulékos nyilás, *f* hátsó fontanella, *fa* elülső fontanella.



3. ábra. Természetes nagyság, *pu* processus uncinatus, *b* bulla ethmoidealis, *h* hiatus semilunaris, *om* ostium maxillare, *oa* ostium accessorium, *f* hátulsó fontanella, *fa* elülső fontanella, *pt* processus turbinalis proc. unc., *ci* alsó kagyló, *cm* a lemetszett középső kagyló széle.



5. ábra. Természetes nagyság, *pu* processus uncinatus, *b* bulla ethmoidealis, *h* hiatus semilunaris, *f* fontanella, *oa* ostium accessorium, *ci* alsó kagyló, *cm* a lemetszett középső kagyló széle.

rendes nyilás, tehát a Highmor-üreg ezen esetben öt nyilással rendelkezik.

Az említett alakviszonyok nagyon kedvező befolyással birnak a Highmor-üreg heveny és idült empyemáinál, elősegitik a váladék lefolyását és lehetővé tehetik úgy a spontan gyógyulást, mint a sikeres kiöblítést a természetes nyiláson át. Azon esetekben, a hol a Highmor-üregempyema minden tünete jelen van és a lobos folyamat destructiv terjedésének vagy az infectio intensitásának veszélye nem fenyeget, ezen többszörös nyilások, vagy a rendes nyilást pótló félholdalakú, rés vagy egy nagy rendes nyilás jelenléte egyik biztos alapját képezheti a spontan gyógyulásnak, melynek első feltétele a lobos nyálkahártya fokozott váladékképződésének akadálytalan kiürülése.

A nyálkás-genyes váladék szabad lefolyásának a lehetősége magyarázza meg azon spontan gyógyult eseteket, a hol semmiféle beavatkozás nem történt; épen úgy gyorsította a spontan gyógyulást azon conservativ eljárások eseteiben, midőn ágynyugalom,

meleg borogatások, izzasztások és lázellenes szerek alkalmaztattak. Ismeretes azon tény is, hogy egy izben alkalmazott próbabeszúrás és próbaöblítés is teljes eredményt biztosított, ezt is a Highmor-üregben felhalmozott váladék teljes kiürülésével lehet kapcsolatba hozni. Hogy ez lehetséges nemcsak szúrt nyiláson át, hanem a természetes nyiláson keresztül is, az ma már vita tárgyát nem képezheti és az általunk ismertetett különböző nyilásai a Highmor-üregnek ezt meg is magyarázzák. De a tapasztalat azt mutatta, hogy egyszerűen a természetes nyiláson át végzett öblítések is teljes eredménynyel jártak úgy heveny, mint idült esetekben, mert a nyilási területbe és a nyilásba helyezett canule mellett az öblítő vízsugarat követő genykiürülésnek tere marad. Igy észleltek egyszeri és egynéhányszori öblítéssel teljes eredményt heveny és idült empyemáknál. Annál könnyebb és biztosabb lehet ezen eredmény, ha a váladék kiürülését a jelzett alakviszonyok, egy, két, három és négy járulékos nyilás vagy nagyon tág rendes nyilás elősegítik.

A mi a spontan gyógyulást illeti, ezen alkalommal a váladék kiürülését biztosító leirt nyilásokra kivántuk a figyelmet irányítani. Természetes, hogy másoknak és saját maguknak tapasztalatai, melyek a Highmor üregnek a természetes nyiláson át kiöblítésével eredményt mutathatnak fel, ezen ismertetett alakviszonyoknak szintén lényeges részt juttathatnak. A Highmor-üreg empyemáinak heveny eseteiben a meleg gőzök, meleg borogatások, lázellenes szerek, antinervinák, izzasztók, a középső orrjáratnak cocain és adrenalinnal való ecsetelés mellett a természetes nyiláson át végzett kiöblítése többnyire eredményt biztosítanak. Az idült genyedések eseteiben tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy sok esetben sikerül a Highmor üreget a természetes nyiláson át kiöblíteni; másoknak tapasztalata is megerősíti ezt a tényt. A kiöblítéssel sürü genytömegek, egész genyhólyagok ürülhetnek ki. Általában a kiöblítés után a betegek megkönnyebbülve érzik magukat, a fájdalmak enyhülnek, a kellemetlen szag csökken, majd elmarad, a genyfolyás is megszünik. Igaz ugyan, hogy ez az eljárás az önkezelésre alig alkalmas. Az orvos által végzendő endonasális kiöblítés azonban nagyon becses conservativ eljárás, mely olyan esetekben is eredményt biztosíthat, midőn heves subjectiv jelenségek, erős neuralgiák vannak jelen. A heveny esetekben legtöbbször czélhoz vezet, az idült esetekben, ha néha hosszabb időt igényel is, kedvező eredményeket biztosíthat. Könyvünkben megirtam mindazon okokat, melyek a megfelelő endonasális vagy gyökeres sebészi beavatkozásokat szükségessé teszik. Ezen megállapított javalatok mellett a Highmor-üregnek endonasális kiöblítésében értékes gyógyeljárással rendelkezünk, mely a megfelelő esetekben kiméletes módon teljes eredményt tud biztosítani. Ezen eredményt elősegíthetik a fentebb ismertetett alakviszonyok, melyek a váladékképződés szabad lefolyását lehetővé teszik és az öblítésnél a váladék kiürülését megkönnyítik.

Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr., egyetemi magántanár.)

Adat a kóros tejczukorvizelés ismeretéhez: alimentáris lactosuria gyomorbántalmakban.

Irta: *Halász Aladár* dr.

Az alimentáris laevulosuriára vonatkozó kisérleteim[1] közben több alkalommal tapasztaltam, hogy míg rendes viszonyok között kisérleti egyéneimnél 150 gm. tejczukornak éhgyomorra való bevétele után[2] nem jelentkezett lactosuria, egyes esetekben, melyek később az obductionál nagyobbrészt dilatatiohoz vezető gyomortumoroknak bizonyultak, a fenti adag, sőt ennél kevesebb (120 gm.) tejczukor bevétele után már lactosuria volt észlelhető, holott ugyanakkor 150 gm. dextrose elfogyasztása után czukormentes maradt betegeim vizelete.

Régóta ismeretes ugyan, hogy a lactoset jóval nehezebben tudja a szervezet feldolgozni, mint a dextroset, mégis sajátosnak tünt fel előttem, hogy miért épen gyomorbetegeimnél váltható ki legkönnyebben a tejczukorvizelés. De másfelől már Gerhardt észlelete is arra engedett következtetni, hogy a gyomorbélcsatorna megbetegedése alimentáris tejczukorvizelésre hajlamosít: a nevezett szerző tapasztalatai szerint ugyanis gyomorbélhurutban szenvedő csecsemőkön könnyen jelentkezik szoptatási tejczukorvizelés.

Ez irányban való vizsgálódásra serkentett továbbá ama tény is, hogy az alimentáris lactosuriára vonatkozó ismereteink rendkivül hiányosak, s a szoptatást beszüntető nők s a tejjel táplált bélhurutos csecsemők lactosuriáján kivül a tejczukornak a vizeletben megjelenésére hajlamosító egyéb kóros állapotot nem ismerünk.

Kisérleti eljárásomat illetőleg a következőket óhajtom elmondani: ép gyomorbéltractusú s szőlőczukorral szemben normális szénhydratkihasználó képességgel biró egyéneknek a tejczukorral szemben való tolerantiáját 45 esetben tettem próbára s azt tapasztaltam, hogy 150 gm. lactosenak éhgyomorra való bevétele után nem jelentkezik alimentáris lactosuria.

Kisérleti egyéneim közül 8 szenvedett májzsugorodásban, 4 máj-, illetve epehólyagrákban pusztult el, egynek-egynek zsír-, illetve moschat-mája volt, háromnál gümös hashártyagyuladás folyt le, kettőnek májechinococcusa volt, négy gümőkóros volt, egynél petefészekdaganatot, egy másiknál prostatarákot derített ki a bonczolás, egy szívbajos, egy Basedow-kóros, egy emphysemás volt, egyet petefészektömlő miatt operáltak, egy sokizületi csúzzal került az osztályra, egy marantikus és egy ideges volt, a többi pedig egészséges, illetve üdülő. A kisérleti egyének közül 24 később obductiora került: ez esetekben kisebb fokú, jobbadán pangás okozta hurutos elváltozásoktól eltekintve ép volt a gyomorbéltractus.

Úgy az ép gyomrú, mint a gyomorbeteg (főképen gyomorrákos) egyéneknél a kisérlet előtt pontos vizeletvizsgálatot végeztem. A kérdéses egyén szénhydrattolerantiáját pedig minden esetben 150 gm. dextrose adagolása által igyekeztem megállapítani: ha a dextrose bevételét követő első 4—6 órában czukormentes maradt a beteg vizelete, szervezetének szénhydrat-, helyesebben czukorkihasználó képességét normálisnak vettem.

Betegeim a czukrot jelenlétemben, éhgyomorra 3 dl. vízben oldva[1] vették be, miután előzetesen hólyagjukat kiürítettem. A kisérleti egyének vizeletét a czukor bevételét követő 4—6, egyes esetekben 8 órán át kéthórai időközökben vizsgáltam. A czukor jelenlétének kimutatására egyfelől a Trommer- és Nylander-próbát,[2] másfelől az erjesztő, illetve polarisatiós eljárást használtam.

Csaknem minden esetben erjedésnek tettem ki a *lactose*-tartalmú vizeletet is, hogy ennek negativ volta után feltétlen biztonsággal lactosenak tarthassam a kiválasztott czukorfajt. Minthogy rendszerint friss s egyébként is a polarisatiós meghatározáshoz ólomacetattal színtelenített vizeletet használtam az erjesztőpróbához is, a tejczukor másodlagos, bakteriumos elbomlásából származó hiba kizárható volt.[3]

A vizelet czukortartalmának mennyileges meghatározására, a hogy azt már említettem volt, mint legmegbizhatóbb s a mellett legkevésbé körülményes eljárást a polarisatiót használtam.

Eseteim 2 csoportba oszthatók; az egyik csoport, melyről már fentebb megemlékeztem, ép gyomorral biró egyénekből áll, a

[1] Alimentáris laevulosuria májbajokban. Orvosi Hetilap, 1905. 39—40. sz.

[2] A szervezet tejczukorkihasználó képességét a szerzők jóval kisebbnek tartják, mint a mekkora az a valóságban. Eltekintve attól, hogy minden czukor kihasználása bizonyos mértékig egyéni, vizsgálataim, melyeket évekkel ezelőtt Klug tanár intézetében állatokon végeztem s később nagyobb emberanyagon az osztályon volt módomban kiegészithetni, a mellett szólnak, hogy a szervezet czukortolerantiája rendkivül nagy és épszervezetű egyénnél 150 gm.-nyi czukor, legyen az bár dextrose, laktose, saccharose avagy laevulose, csak módfelett ritkán és kivételesen vált ki czukorvizelést. Egyes állatfajoknál pedig hihetetlenül magas a czukorassimilatio határa, igy pl. alig nyolcz kgm.-os kutyánál 180 gramm dextrose bevétele után sem észleltem czukorvizelést.

[1] A tejczukor egyes esetekben tulajdonképen csak suspendálva volt, mert vízben alacsony hőmérsék mellett rosszul (6—7 rész) oldódik.

[2] Az emlitett reductiós próbák a tejczukortartalmú vizelettel sokkal nehezebben, csak hosszas forralás után sikerülnek, nem úgy, mint a dextrintartalmu húgygyal: megtörtént, hogy 1% (polarisatiós controll!) lactoset tartalmazó vizelet alig redukált; 0·1—0·2% lactosetartalom mellett pedig a Trommer-próba egyáltalán nem, a Nylander-féle pedig csak hosszas forralás és állás után sikerült.

[3] V. ö. Halász: „A Lohnstein-féle ú. n. praecisiós erjesztő saccharometer értékéről" Orvosi Hetilap, 1906.

másik a gyomorbetegek, túlnyomó részben gyomorrákos individuumok csoportja, kiknek rövid, helyszüke miatt jobbadán csak a gyomor állapotára vonatkozó kórrajzát s a kisérleti napló kivonatát az alantiakban adom:

1. S. E., 48 éves nő, 6 hónap óta gyomorbeteg; nincs étvágya, hány s lesoványodott.

St. praes.: A gyomortájon a máj megnagyobbodott bal lebenyével összefüggő s az egész epigastriumot kitöltő, gyermekfejnyi, göbös felszinü tumor tapintható. A gyomorbennék rákra emlékeztető s szabad sósavat nem, tejsavat bőven tartalmaz.

150 gm. lactose bevétele után 2 és 4 órával bocsátott mintegy 120 gm. vizeletében 1·2% lactose található.

Bonczolati jegyzőkönyv adatai (7169/74 905.): Cc. parietis anterioris ventriculi suprapyloricum, magnit. pugni virilis cum adcretione cancri parietis abdominis, superf. inf. l. sin. hepatis et colo transverso. Hyperplasia lienis. A máj ép.

2. B. R., 40 éves nő: 2 év óta vannak gyomorbajra valló panaszai.

St. praes.: A szembetünően lesoványodott egyén pylorikus táján a légzőmozgásokat követő, egyenetlen felszinü képlet tapintható. A beteg gyomra tágult, a próbareggeli után vett gyomorbennék rákra jellemző.

150 gm. lactose bevétele után lactosuria (1·5%). Obductio, minthogy a beteg elhagyta a kórházat, nem történt.

3. N. S., 48 éves férfibetegnek 7 hónap óta súlyos gyomorbajra mutató panaszai vannak s ez idő óta folyton soványszik.

St. praes: A sovány beteg gyomortája szembetünően előbomborodik s a pylorusnak megfelelőleg egyenetlen felszinü resistentia tapintható. A gyomor alsó határa 3 harántujjal a köldök alatt van. A próbareggeli után vett gyomorbennékben sok az emésztetlen ételmaradék, szabad sósav nincs, tejsav ellenben bőven található.

A lactoseval tett kisérlet *negativ* volt. A beteg elhagyta a kórházat.

4. K. M., 54 éves nőbeteg ¾ éve beteg, mindent kihány.

St. praes.: A pylorus-tájon gyermeköklönyi dudoros felszinü daganat tapintható. Nagyfokú gyomortágulata van a betegnek. Hányadéka rákra jellemző.

150 gm. lactose bevételét követő 2—4 órában lactosuria volt észlelhető, ámbár a beteg a lactose egy részét kihányta.

Bonczolati jegyzőkönyvi adatok (7463/368. sz. bj.): Carcinoma fibrosum partis pyloricae cum strictura eiusdem et infiltratione glandularum vicinalium. Gastroenterostomia retrocolica posterior II. dies ante obitum facta. A máj- és hasnyálmirigy ép.

5. R. F.-né, 38 éves, 8 hónapja gyomorbajos, ezóta folyton soványszik s gyomortáján daganatot vesz észre.

St. praes.: A szembetünően lesoványodott nőbeteg gyomra sülyedt és tágult: az alsó görbület a symphysis felett 4 harántujjal, a felső 2 harántujjal a köldök felett található. A köldöktől jobb felé a gyomorral összefüggő, göbös felszinü, gyermektenyérnyi daganat érezhető. A próbareggeli után vett gyomornedvben sok emésztetlen ételmaradék mellett tejsav bőven található, sósav ellenben nem mutatható ki. 120 gm. lactose bevétele után lactosuria. A beteg elhagyta a kórházat.

6. P. J.-né 70 éves, két hónapja gyomorbajos, azóta soványszik. St. praes.: A beteg gyomra nagyfokban tágult. A pylorus táján homályos resistentia érezhető. A beteg hány, a hányadék kávéaljszerű, a próbareggeli után vett gyomortartalom is rákra emlékeztető.

120 gm. lactose bevételét követő 2—5 órában a beteg vizeletében 1·5% lactose volt kimutatható.

7. özv. K. A.-né, 70 éves, 3 hónap óta az étkezés után rövid idővel hány; szembetünően lesoványodott.

St. praes.: Nagyfokú gyomortágulat jelei. A meghosszabbított bal szegyszéli vonalban három harántujjal a bordaszél alatt almányi, egyenetlen felszinü tumor tapintható, mely a nagy hajlatra látszik folytatódni: a gyomorbennék vizsgálata is rák mellett szól.

120 gm. lactose bevétele után 2 órával czukormentes, 4 órával pedig 2% tejczukrot tartalmazó vizeletet ürit a beteg.

8. B. Gy. 42 éves, férfibeteg, 4 hónap óta nem tud enni: puffadt és fájdalmas a gyomra. Az utóbbi hetekben igen lesoványodott.

St. praes.: A gyomor alsó határa 3 harántujjal a köldök alatt látszik. A nagy hajlatnak a köldöktől bal felé eső részén, annak contourjait követő, 3 harántujjnyi, egyenetlen felszinü tumor érezhető, melynek határai felfelé elmosódottak. A tumor lapos, mintegy lúdtojásnyi, a légzőmozgásokat jól követi s a kopogtatási hang felette dobos. A beteg nem hány, gyomorbenneke rákra emlékeztető.

120 gm. lactose bevétele után lactosuria. Decrepid állapotban hagyja el a kórházat.

9. T. I., 57 éves nőbeteg, 6 hó óta gyomorbajos.

St. praes.: A módfelett lesoványodott nőbeteg gyomra mérsékelten tágult, tumor nem tapintható. A próbareggeli után vett gyomorbennékben szabad sósav nincs, tejsav és sok emésztetlen ételmaradék található. A kórházi észlelési idő alatt többször hányt a beteg: a hányadék kávéaljszerű volt. 120 gm. lactose bevétele után a beteg vizeletében 0·6% tejczukor volt kimutatható. Elhagyta az osztályt.

10. L. P.-né, 42 éves, egy év óta beteg, gyomorrákra valló panaszok miatt próbalaparotomiát végeztek nála; egyéb beavatkozás az összenövések miatt nem történt.

St. praes.: A lesoványodott beteg epigastriumában gyermektenyérnyi tumor tapintható, melynek szélei egyenetlenek. A tumor a mélyben a kis hajlat mentén egész a meghosszabbított jobb szegymelletti vonalig követhető s lefelé a köldök alatt 2 harántujjnyira terjed. A gyomor felső határa a köldök felett 2 harántujjnyira, az alsó 4 harántujjal a symphysis felett látható. A próbareggeli után vett gyomorbennékben sok emésztetlen ételmaradék mellett bőven található tejsav, szabad sósav azonban nincs. A lactosepróba positiv volt.

11. Özv. L. K.-né, 42 éves nő, betegségének másfél évi fennállása után — egy évvel a kórházba felvétele előtt, egy neves belgyógyász javaslatára — szünni nem akaró hányása miatt gastroenterostomiának vetette magát alá. Műtétnél gyomorrákot találtak; az operatio után megszünt a beteg hányása, csakhamar összeszedte magát s testsúlyban gyarapodva távozott a kórházból. Állapota azonban később újból rosszabbodott, heves gyomortáji fájdalmak kínozták s lesoványodott, miért is 1905 julius 11.-én osztályunkra vétette fel magát.

Az akkori status praesens szerint az epigastrium bal oldalán alkalmasint a gyomorból kiinduló, gyermektenyérnyi tumor tapintható, melynek szélei egyenetlenek. A tumor a kis hajlat felé egész a jobb parasternal vonalig követhető s lefelé a köldök alatt két harántujjnyira terjed. A gyomor alsó határa négy harántujjal a symphysis felett, a felső két harántujjal a köldök felett található. A próbareggeli után vett gyomorbennékben sok emésztetlen ételmaradék mellett szabad sósav nincs, tejsav ellenben bőven található. Sokszor hány a beteg s heves gyomortáji fájdalmak kínozzák.

Huzamos kórházban való tartózkodása alatt szemlátomást összeszedi magát, majd fájdalmai is szünnek, a hányás elmarad s ámbár a tumor még mindig jól tapintható, a beteg testsúlyában 8 kilót gyarapodva, igen jó közérzettel 1906 február 18.-án elhagyta az osztályt. Pár nappal távozta előtt a próbareggeli után vett gyomorbennékében emésztetlen ételmaradékot alig találtam, s kevés organikus sav mellett tejsav bőven volt kimutatható; az összaciditás 70 volt, miből a szabad sósavra 20 esett.

150 gm. lactose bevétele után ez esetben is jelentkezett lactosuria.

Hasonló huzamos lefolyású s közben-közben aránylag hosszú ideig tartó javulást mutató gyomorrák a ritkább klinikai jelenségek sorába tartozik. A gyomorrák átlagos tartama a kezdeti tünetek jelentkezésétől egy év, kivételesen azonban gastroenterostomizált betegek 2½—5 (Czerny) illetve 3 évig (Strauss és Alsberg) is eléltek.

12. St. B.,[1] 36 éves nőbeteg fél éve étvágytalan, gyakorta hány s lesoványodott.

Status praesens: A pylorustájon gyermeköklönyi, a légzőmozgásokat jól követő, göbös felületü képlet tapintható, mely felett a kopogtatási hang dobos. Más irányban a tumor alig mozgatható. A gyomor felső határa a köldök felett két haránt

[1] Azonos „Alimentáris laevulosuria stb." czimü dolgozatom 12. számú esetével.

ujjal, az alsó öt haránujjal a köldök alatt mutatható ki. A próbareggeli után vett gyomorbennékben sok emésztetlen ételmaradék mellett szabad sósav nincs, tejsav ellenben bőven található.

150 gm. lactose bevétele után még 8 órára is erős lactosuria mutatkozott.

Próbalaparotomiánál nagy, a környezettel összekapaszkodott pylorusrákot vélt találni a sebész, számos májbeli metastasissal. Az obductionál azonban kiderült, hogy epehólyagrákkal volt dolgunk, mely másodlagosan kapaszkodott össze a gyomor pylorikus részével, nagyfokú gyomortágulatot okozott, sőt a flexura colicát is szükítette.

13. özv. A. J.-né, 58 éves nőbeteg hat hónap óta gyomorbajos, folyton hány.

Status praesens: A szembetünően lesoványodott nőbeteg egész epigastriumát, főkép jobboldalt, egyenetlen, kemény tapintatú tumor tölti ki, mely a légzési mozgásokat alig követi s dobos kopogtatási hangot ad. Nagyfokú gyomortágulata van a betegnek. A gyomortartalom vizsgálata is rák mellett bizonyít.

150 gm. lactose bevétele után kifejezett lactosuriát észleltem.

14. P. L., 52 éves lesoványodott férfibetegnek két hónap óta fáj a gyomra, étvágytalan s hasában daganatot vesz észre, mely rohamosan nő.

Status praesens: A májtompulat jobboldalt a IV. bordánál kezdődik, a máj az egész gyomorgödröt kitölti s a köldökig ér; felülete egyenetlen, göbös. A gyomor alsó határa nem volt megállapítható. A próbareggeli után vett gyomornedvben szabad sósav nincs és sok az organikus sav.

150 gm. lactose bevétele után lactosuria.

A bonczolás adatai: Ulcus cancrosum magnit. palmae manus puerilis partis posterioris antri pylorici. Metastates permultae hepatis.

15. Br. J.-né, fél éve gyomorbajos.

Status praesens: A gyomor alsó határa nem állapítható meg. A májtompulat a IV. bordánál kezdődik, a máj a köldökig ér és felszine egyenetlen, göbös. A próbareggeli után vett gyomorbennék rákra enged következtetni.

120 gm. lactose bevétele után tejczukrot vizel a beteg.

Bonczolatnál velős, kifekélyesedett pylorusrákot kaptunk; a pylorus mutatóujj számára átjárható volt, ezért nem hányt a beteg. A májban számos és igen nagy áttétes rákos gócz volt látható.

16. N. P.-né, 52 éves nő fél év óta hasában daganatot vesz észre, mely azóta folyton nő. Étvágytalan, de nem hány. Bemondása szerint 3 héttel kórházba felvétele előtt véres volt a széke.

St. praes: A has, különösen a jobb hypogastrium, elődomborodó; a jobb lágyéktájon ökölnyi, egyenetlen, göbös felszinü, rögzített tumor tapintható, mely felett a kopogtatási hang dobos. Időnként fokozott peristaltikával járó kólikák is észlelhetők. A gyomor tágult; felső határa a rendes helyen, az alsó a köldök magasságában látható.

120 gm. lactose bevétele után a beteg vizeletében lactosenyomokat találtam.

Coecumcarcinoma-kórisménk a műtét alkalmával is beigazolódott.

17. K. G., 36 éves gyomorbeteg 3 hónap óta gyakorta hány, étvágytalan s lesoványodott.

St. praes. (1906 márczius 20.): A köldök magasságában a hasban 2 harántujjnyi vastag, hengerszerű, a jobb szegyszéli vonalig terjedő göbös tumor tapintható, mely a légzőmozgásokat jól követi. A gyomor alsó határa a köldök magasságában van, a felső határ pedig a kardnyúlvány alatt 3 harántujjnyira látszik. A gyomornedv vizsgálatánál szabad sósavat nem találtunk. Kínzó hányása miatt a sebészeti osztályra tettük át a beteget, hol gastroenterostomiát végeztek nála. Két hónappal a műtét után ismét jelentkezett az osztályon; bemondása szerint a műtét óta nem hány, időnként azonban heves gyomortáji fájdalmai vannak.

120 gm. lactose bevételét követő 4 órában 0·15% tejczukrot vizelt.

18. Cs. Gy., 58 éves férfi 2 hónap óta étvágytalan, gyakran hány, szembetünően soványszik s gyomortáji fájdalmai vannak.

St. praes.: A köldök táján, a gyomor nagy hajlása mentén egyenetlen felszinü tumor tapintható, mely a légzési mozgásokat jól követi. A gyomor alsó határa a köldök alatt 4 harántujjal érezhető. Rákra jellemző hányadék és gyomornedv.

120 gm. lactose bevételét követő négy órában 0·12% lactoset (0·072 gm.) vizelt a beteg.

A bonczolati jegyzőkönyvből (7925/258. bj.) a következőket idézem:

Carcinoma fibrosum antri pylorici minoris gradus exulceratum. Strictura pylori cum dilatatione ventriculi.

19. F. J., 55 éves férfi $^1/_2$ éve nem tud enni, fáj a gyomra s időközönként hány.

St. praes.: A szembetünően lesoványodott egyén epigastriumát mintegy 4 harántujjnyi terjedelemben kemény, kissé egyenetlen felszinü tumor tölti ki. A tumor főtömege a pylorus táján tapintható. A gyomor alsó határa a köldök alatt 2 harántujjal érezhető. A próbareggeli bevétele után megejtett gyomornedvvizsgálatnál szabad sósavat nem, tejsavat és emésztetlen ételmaradékot bőven találtam.

120 gm. lactose bevétele után 2 és 4 órával bocsátott 50 gm. vizeletben 1·1% tejczukor volt kimutatható.

20. R. F.-né, 47 éves nőnek 2 év óta, főképen étkezés után fáj a gyomra s gyakori felböfögései vannak. A gyomortájon rendellenes resistentia nem tapintható. Puffasztásnál a gyomor felső határa a köldök felett 2 harántujjal, az alsó határ a symphysis felett 3 harántujjal mutatható ki, tehát a ptosis mellett mérsékelten tágult a beteg gyomra. A próbareggeli után vett gyomorbennékben sok szabad sósavat és kevés emésztetlen ételmaradékot találtam.

130 gm. lactose bevétele után 4 órával bocsátott vizeletben tejczukornyomok voltak kimutathatók; az első két órában bocsátott vizelet czukormentes volt.

21. T. I., 57 éves, napszámos, hat hónapja étvágytalan és sokat hány; az utóbbi időben szembeötlően lesoványodott.

St. praes.: Puffasztásnál a gyomor alsó határa a köldökig ér, resistentia azonban sehol sem tapintható. A próbareggeli után vett gyomortartalomban sok az emésztetlen ételmaradék, szabad sósav nincs, tejsav ellenben bőven található. A kórházi észlelési idő alatt kávéaljszerű benneket is hányt a beteg.

120 gm. lactose bevételét követő második és negyedik órában bocsátott vizeletben 0·8, illetve 0·6% lactose volt kimutatható.

22. B. I., 32 éves férfi, hét hónap óta étvágytalan, gyomorfájdalmakról panaszkodik. Nem hány.

St. praes.: A gyomor nagy hajlatának megfelelőleg az egész gyomorgödröt kitöltő, diffus, alig mozgatható tumor tapintható. A gyomor alsó határa a köldökig ér. A próbareggeli után vett gyomorbennékben szabad sósav nincs, kevés az emésztetlen ételmaradék és sok a tejsav.

120 gm.-nyi tejczukor bevételét követő két illetve négy óra mulva bocsátott 150 gm. vizeletben 1·7% lactoset találtam.

23. M. I., 65 éves férfi, hat hónap óta gyomorbajos, gyakorta hány, étvágytalan és hirtelen lesoványodott.

St. praes.: Az egész gyomortájat egyenetlen felszinü s a légzőmozgásokat jól követő tumor tölti ki. A próbareggeli után nyert gyomortartalom rákra jellemző.

120 gm. lactose bevétele után 2—4 óra alatt bocsátott, mintegy 200 gm. vizeletben 0·6% tejczukor volt kimutatható.

* * *

A fentiek szerint, míg negyvenöt ép gyomor-béltractusú egyén közül 150 gm. lactose bevétele után egy esetben sem jelentkezett tejczukorvizelés, 23 gyomorbajos kisérleti egyénnél egy esettől eltekintve mindig positiv volt az. A 23 eset közül nét alkalommal pylorusrákot észleltem, tíz esetben a gyomor nagy hajlata mentén volt tapintható álképlet; kétszer egyszerű gyomortágulattal volt dolgunk, egy alkalommal epehólyagrák okozta, máskor pedig coecumcarcinoma váltotta ki a beteg gyomrának nagyfokú tágulását. Egy esetben pedig nem volt biztosan eldönthető, de mégis valószinű, hogy rák okozta másodlagos gyomortágulattal állottunk szemben (21. sz. eset). A kisérleti egyének közül csak hat került ugyan obductiora. De egy kivételével a többi eset

is olyan volt, hogy nagyobb kórismei tévedés a klinikai tünetek szembeszökő volta miatt kizárható volt. Ámbár nehéz annak az eldöntése, hogy a gyomorrák vagy gyomortágulat rovására irható-e az alimentáris lactosuria, ugyanis csaknem valamennyi rákos esetben tágult is volt a beteg gyomra, részemről mégis a gyomor dilatatiojában vagyok hajlandó az alimentáris lactosuria könnyebb kiválthatóságának okát találni. S míg e nézetem helyes volta mellett az egyszerű gyomortágulatnál jelentkező lactosuria látszik bizonyítani, ellene szól ama körülmény, hogy más esetben, melyben a mechanikai akadályt s így a gyomor másodlagos tágulatát műtéttel (gastro-enterostomia) megszüntette a sebész, lactosuria mégis jelentkezett.

A tejczukorvizelés könnyebb kiválthatóságának okát a tágult gyomor felszívó képességének megváltozásában, nevezetesen a resorptio gyorsabb voltában is lehetne talán keresni; a tejczukor így közvetlenül jutva a vérpályába, elkerülhetné a bélfal invertasejának hatását; ez irányban azonban, tekintettel arra, hogy a gyomorresorptio methodikája ma még nem megbizható s eredményei még csak relative sem pontosak, vizsgálatokat nem végeztem.

Kisérleteim közben elég gyakran tapasztaltam, hogy míg a lactose bevételét követő első két órában czukormentes volt a beteg vizelete, a harmadik, negyedik órában erős lactosuria jelentkezett, mely nem egyszer hat, nyolcz órán át is észlelhető volt; ez utóbbi körülmény ismét a gyomorresorptio gyorsabb volta ellen szól, s önként merül fel a kérdés, hogy gyomorrák eseteiben nem a rák termelte anyagok teszik-e hatástalanná a lactoset normális viszonyok között felbontó fermentumot (a bélfal lactoseját).

Ellenőrző kisérletekre felhasznált betegeim közül 14 egyén volt májbajos; nyolcz májzsugorodásban szenvedett, négynek epehólyag- illetve májrákja volt, egynél nagy fokban pangásos májat és egynél zsírmájat mutatott az obductio; ugyancsak szembetünő, hogy ezen esetek egyikében sem volt alimentáris tejczukorvizelés kiváltható, ellenben annál gyakrabban észleltem (lásd az alimentáris laevulosuriáról irt dolgozatomat) laevulosuriát, mely kisérleti tény kézzelfoghatólag bizonyítja, hogy míg a laevulose kihasználásánál a főszerep a májnak jut, addig annak a lactose feldolgozására befolyása aligha van.[1] A mi az alimentáris tejczukorvizelésnek diagnostikus szempontból való értékesithetését illeti, az a fentebb mondottak számbavételével nagyon is problematikus, ámbár volt olyan esetem (1. sz. eset), hol élőben a gyomorrák biztossággal megállapítható nem volt s klinikai kórismézésünkben a másodlagos májrák diagnosisával kellett beérnünk, de az alimentáris lactosuria positiv voltának figyelembevételével — ex juvantibus et nocentibus — gyomorrákra gyanakodhattunk.

A lactose-próba tehát legalább a jelen alakban nem diagnostikai, de tisztán theoretikus értékű, s mint a kóros viszonyok között jelentkező tejczukorvizelés eddig ismeretlen alakja érdemel figyelmet.

Az anyag átengedéséért Hochhalt dr. főorvos úrnak hálás köszönettel adózom.

A verőérrendszer hypoplasiája.

Ritoók Zsigmond kolléga úr az Orvosi Hetilap 41. számának mellékletén a verőérrendszer hypoplasiájának igen érdekes és tanulságos monographiáját közli. Egy magyar dolgozat azonban elkerülte a figyelmét, pedig épen ebben oly szemtükri leletről van szó, mely az arteriosus rendszer hypoplasiájának diagnosisában döntő szerepet játszhat. Ezen közlésemben (Az aorta és ágainak szükülete által okozott elváltozások a szemfenéken. Orvosi Hetilap, Szemészet, 1. sz. 1894.) azon várakozásomnak adtam kifejezést, hogy a belgyógyászok a szemtükri leletet méltányolni fogják. Ez nem történt meg. Felhasználom az alkalmat, hogy a már 12 év előtt közölt elváltozásokra a figyelmet újból felhivjam.

Grósz Emil dr.
egyetemi ny. r. tanár.

* * *

[1] Dolgozatom befejezésekor olvasom, hogy Bauer (Über die Assimilation von Galaktose und Milchzucker bei Gesunden und Kranken, W. m. W. 1906. 20. sz.) ezen észleletekkel szemben májbajosoknál 30—40 gm. galactose, illetve 80—100 gm. lactose bevétele után czukorvizelést észlelt és a lactosuriát, illetve galactosuriát májbántalmaknál diagnostikai szempontból (két eset kapcsán) értékesithetőnek tartja.

Grósz Emil egyet. tanár úrnak a fentiekben említett közleménye csakugyan igen fontos adatot nyujt a hypoplasiás verőerek élőbeli felismerésére, s így mindenesetre sajnálatos, hogy az eset, mely úgy látszik egyedül áll az irodalomban, figyelmünket elkerülte. Az előttünk ismert esetekben szemfenéki vizsgálat bizonyára azért nem történt (egynek kivételével, melyben negativ eredményt adott), mert látászavar arra a figyelmet soha fel nem hivta; és így, ha állottak is fent szemtükörrel megállapitható elváltozások a retina erein, nem voltak oly mértékűek, hogy másodlagos elváltozásokat és működési zavarokat okozhattak volna. A szemtükrös vizsgálatot a diagnosis eszközei közül tehát azért mellőztük, mert ez irányú positiv adatot nem ismertünk. Mindenesetre köszönettel tartozunk *Grósz* tanár úrnak, hogy felszólalása által e tény felismerésére alkalmat adott.

Ritoók Zsigmond dr.

TÁRCZA.

Úti jegyzetek.

(Vége.)

Mennyivel kedvezőbb benyomást kelt a Lahn völgyében épült *marburgi* sebészeti klinika. Maga a város, melyet „Hessen gyöngyé"-nek neveznek, barátságos szép fekvésével megnyerő, s úgy a fekvésének, mint a jeles tanerőknek köszönheti, hogy internationális jellegü egyeteme van. A város a legegészségesebbek közé tartozik évi 8—10‰ halálozással; itt van *Behring* tanár intézete is. Jelenleg egész népvándorlás van ezen városban, messze idegenből jönnek mindenünnen a tuberculosus betegek; szülők hozzák spondylitises és egyéb izületi gümökórban szenvedő gyermekeiket, hogy a gyógyitást igérő „tulasét" alkalmaztassák. Korai volna itéletet mondani ennek értékéről, ha azonban csak solatii causa ér valamit, úgy alig tarthatja magát ez állapot hosszabb ideig.

A sebészeti klinikát *Küster* tanár vezeti, a poliklinikát pedig *Küttner* tanár. A sebészeti klinikának 150 ágya van, a műtőtermek külön pavillonban foglalnak helyet, a melyet a klini kával zárt fütött folyosók kötnek össze. Aseptikus és septikus czélokra szolgáló egy-egy műtőterem, külön, amphitheatrális rendszerü, 92 hallgató számára épült klinikai, és egy a theoretikus előadásokra szolgáló tanterem áll a klinika rendelkezésére. A gót stylusban épült klinika újabb rendszerü, épitése 1896-ban nyert befejezést és a modern berendezés bélyegét viseli magán.

Az általános műtéti elvek közül csak azt emlitem fel, hogy úgy a mütő, mint a segédlete paragummikeztyüben dolgozik, álarczot nem visel, hanem olyan fejkötőszerü sapkát hord, a melyen csak a szemeknek van megfelelő nagyságú rés hagyva. Az általános narcosison kivül sok lumbális analgesiát is végeznek, erre a czélra a novocaint használják. Legérdekesebb a hasfal ellátása úgy laparotomiáknál, mint herniáknál. Az egész hasfalon áthatoló ezüstsodronyokat alkalmaznak 4 cm. távolságban, a melyeket kezdetben nem csomóznak össze; azután étageban a hashártyát, a hasfali rétegeket catguttal tovahaladólag varrják, a bőrt selyemmel szintén szücsvarrattal egyesitik s végül történik az ezüstsodronyok zárása. A sodronyok 14—17 napig maradnak helyt, eltávolításuk könnyen sikerül. Előnye állitólag ez eljárásnak, hogy a mélyebb rétegeket egymással szoros összefüggésbe hozza, retentio nem képződik és a gyógyulás gyorsabb; hasfali sérvek keletkezését még genyedés esetén is meggátolja; eltávolitása fájdalom nélkül, könnyen végezhető.

A klinikán nagy mérvben foglalkoznak a mellkasi sebészettel, melynek fellendülésében e helyen *Brauer*-nak van jelentékeny része, a ki „Ueberdruckverfahren"-jával lehetővé tette a sebészi nyilt pneumothoraxnak elkerülését. Mindenesetre előnye ezen eljárásnak, hogy alkalmazása egyszerübb, az apparatus beszerzése olcsóbb, mint a Sauerbruch-féle negativ nyomású kamráé, a mellett a mütő nem kénytelen a negativ nyomásnak magát kitenni, a mely hosszabb időre határozottan kellemetlen fülzúgást s szédülést okoz. E mellett a negativ nyomású kamrán kivül foglal helyet az altató, a vele való érintkezés tehát megnehezitett. Tekintve, hogy a kétféle eljárás úgy physikailag, mint physiolo-

giailag egyenértékü, a positiv nyomás mint egyszerübb eljárás előnyt érdemel. A fokozott nyomású kamra épen akkora, hogy a beteg feje s az altató két keze benne kényelmesen elfér. 6—8 cm. plus nyomást a beteg igen jól tür, magamon is megpróbáltam e fokozott nyomás hatását, s mondhatom, hogy semmi kellemetlen érzést nem kelt. A betegek egyébként előzetesen narcotizáltatnak s csak azután helyeztetnek a kamrába, így a physikai hatást is kizárhatjuk, a melyet tán a fejnek kamrába helyezése kelthetne. A kamra a Roth-Dräger-féle oxygen-chloroform-narcosis apparatussal s a mütőasztallal direct összeköttetésben áll. Alkalmam volt láthatni, hogy ily eljárással a tüdő-collapsus, a légmell keletkezése elkerülhető, a tüdő egész kiterjedésben a mellkas falához odafekszik. Hogy minő fellendülés igérkezik a mellkasi sebészetben ezen eljárással, még nyilt kérdés; tény az, hogy Sauerbruch-nak a negativ kamrában végzett mütétei kevés számbavehető eredménynyel jártak, s hogy a francziák, főleg Tuffier, positiv nyomású kamrában végzett több mütétről referálnak; a jövő feladata lesz ezen eljárásról bővebb tapasztalatok alapján itéletet mondani.

Épen így egyelőre fenntartással lehet csak nyilatkozni a therapeutikus pneumothorax értékéről, melyet először *Murphy* ajánlott s a mely gyógyeljárást most a marburgi klinikán nagyban alkalmaznak. A beavatkozást rendesen *Küttner* végzi, s igen egyszerü; megkisérelhető azon esetekben, midőn semmiféle belső kezeléssel a gümős sajtos, cavernaképzésre vezető folyamatot fel nem tarthatjuk s a beteget az állandó hektikus lázak már tönkreteszik. Előzetes Röntgen-felvétel útján tájékozódnunk kell, hogy hol vannak a legkisebb pleuraelváltozások jelen, hol aránylag legépebb a tüdőszövet, mert itt létesíthető legkönnyebben a collapsus. E helynek megfelelőleg a bordaközben körülbelül $2^1/_2$—3 cm. bemetszést végeznek s pontos vérzéscsillapítás után a fali pleuráig előrehatolva mandrinos troikarttal, a mely gummicső útján a steril nitrogent tartalmazó edénynyel összefügg, átszúrják a pleura costalist s a pulsus és a légzés pontos ellenőrzése mellett bocsátják be a nitrogent 1—$1^1/_2$ liter mennyiségben. A troicart eltávolítása után varrat, a seb teljes zárása. A tüdőnek ily módon nyugalomba helyezése s ennek a vér- és nyirokkeringésre gyakorolt kedvező befolyása folytán a lázak megszüntek. Később a láz emelkedésével a pneumothorax kisebbedésével újabb nitrogenbefúvás alkalmazható, a mely ilyenkor már könnyen kivihető; előzetes műtét nélkül a bőrön át vezethető a troikart a mellkasba. Végleges gyógyulást eddig még nem észleltek, csak subjectiv javulást. Az eljárás még nagyon fiatal, hogy felőle érdemileg nyilatkozni lehetne.

A *bonni* sebészeti klinika élén *Bier* tanár áll, a kinek újabb kezelési módszereinek tudandó be, hogy az összes német sebészeti klinikák közt nála fordul meg a legtöbb idegen orvos. Igazán internationális orvosi közönség gyülik itt össze, a melyet úgy a főnök, mint segédei a legnagyobb előzékenységgel fogadnak. A klinika 150 ágygyal rendelkezik, ehhez járul még *Bier* 50 privát jellegü ágya a Johanneshospitalban, a melyet szintén rendelkezésére bocsát a látni és tanulni vágyó idegeneknek, ide is meghivja az orvosokat a mütétek alkalmából. Naponta klinikai előadás, ezenkivül 3-szor hetenként általános sebészeti előadás alkotja azon collegiumokat, melyeket *Bier* tanár tart. A klinikai mütétek mind a tanteremben történnek, bár van a klinikának aseptikus mütőterme is. Az előadás a 8 nap előtt operáltak bemutatásával kezdődik, azután ambulans új esetek kapcsán egyes kórfolyamatokat beszél meg, végül az előadás tárgyát mutatja be s erről röviden, csak a lényeges momentumokat kiemelve, tart előadást. Ez alatt a szomszédos előkészitőben történik a beteg előkészítése, az összes figyelem a mütéti terület sterilizálására irányul s általában érvényesül azon elv, a melyet itt olvashatunk: „Praesente aegroto taceant colloquia, effugiat risus, dum omnia dominat morbus.“ A kézdes infectio a szokásos Fürbringer-féle eljárással történik, sem a mütő, sem a segédlet nem használ keztyüt, sem sapkát nem visel. Általános narcosishoz leginkább tiszta chloroformot használnak, melyet cseppekben adagolnak; a hol az általános narcosist elkerülhetik, ott igyekeznek egyéb érzéstelenitő eljárásokkal beérni. A *Bier* nevéhez füződő lumbális analgesiák egész sorát láthatjuk itt, a melyekről csak az individuális momentumokat óhajtom kiemelni. A hát desinfectioja gyorsan, egyszerü aetherezés útján történik; a beszúrás helyét aethylchloriddal érzéstelenitik: a beszúrás az I—II., vagy a II—III. ágyéki csigolya közt történik mindig a középvonalban. A kellő rétegeken való áthatolás után a mandrint eltávolítják s csak a canullel haladnak tova, míg a liquor megjelenik. Eddig anaestheticum gyanánt a stovaint használták, de mióta egy esetben már 0·04 gm. stovain alkalmazása után 5 perczig tartó respiratiós szünet állott be, mely mesterséges légzést tett szükségessé, a stovaint teljesen elhagyták s a legkisebb motorius zavarokat okozó *tropacocainra* tértek át. 0·05 gm.-nál több tropacocaint sohasem alkalmaznak, azonban az injectio után azonnal a Kaderféle fej felé lejtő helyzetbe hozzák a beteget s a reflexek vizsgálásával állapítják meg az analgesia beállását. Újabban nem 2 cm³-es fecskendőt, hanem 10 cm³-es fecskendőt használnak s ily nagy mennyiségü liquor cerebrospinalissal felhigítják a tropacocainoldatot, a melyhez 0·0001 paranephrinum boracicum van adva; a nagyobb higítás révén magasabbra felterjedő anaesthesiát vélnek elérni; az ezirányú vizsgálatok még folyamatban vannak. Eddig Bier-nek több mint 1000 lumbális analgesia esetéből csak egy esetben volt ebből folyó halálozása, de itt tévedés folytán a normális adagnak 2·6-szeresét alkalmazták s ez fuladási halált okozott; septikus meningitist egy esetben sem észleltek. Ezen érzéstelenitő eljárás már mindenfelé elterjedt, csak a Naturheilverfahren hívei támadják *Bier*-t folyton, hogy a lumbális analgesiát meghonosította; risum teneatis!

Egy másik érdekessége a klinikának az ismert hyperaemiás kezelésben rejlik, a melyet megfelelő esetek adódván, állandóan demonstrál hallgatóságának. A legkisebb furunculustól kezdve a legsúlyosabb phlegmonekig s tendovaginitisekig igyekszik kezelésének híveket szerezni s ha végigkisérjük a kezelést s látjuk az eredményt, melyet ez iskola felmutat, úgy igazán be kell látnunk, hogy a gyakran másunnan ismertetett balsikerek nagyrészt technikai hibákban rejlenek. Most Bier annál nagyobb figyelemmel kiséri eseteit, mert a berlini iskola, úgy *Bergmann*, mint tanitványa *Lexer* ez eljárást nem tartja czélravezetőnek és sikerrel kezelt eseteinek bemutatásánál kiérezni az élt, mely a fenti iskola felé irányul. Újabban még tovább megy a hyperaemiás kezelésben, a mennyiben fertőzött sebeket is bevarr, a betegeket a klinikára felveszi, 22 órán át rögtön a varrat után alkalmazza a gummipólyát, melyet ez idő elteltével 2 órára eltávolit s a beteg kart teljesen elevált helyzetben tartatja. E kezelést napokon át ismétli. Így láttam egy súlyos sérülést, melynél 3 invarrat is szükségessé vált; a roncsolt részek felületes megtisztítása után a sebet teljesen bevarrta s láthattam, hogy a fenti eljárással kezelve a seb minden genyedés nélkül, jó functionális eredménynyel 8 napon belül meggyógyult. A lényege a kezelésnek, hogy a pólyával nemcsak hogy nem szabad fájdalmakat okozni, hanem directe fájdalomcsillapitóként kell hatni; ha ez nem áll be, rosszul van a pólya alkalmazva. Külön termek szolgálnak az izületi merevségek, contracturák kezelésére, a hol mindenféle, az irodalomból már ismert szivókészülékek, meleg légfürdőszekrények, meleg légdoucheok, meleg légmassage, külön szivókészülékek a hajlítás, feszítés, pronatio és supinatio kivitelére állnak a betegek rendelkezésére; a kezelést orvosi utasítás szerint ápolótestvérek végzik. E helyiséggel kapcsolatban van egy nagy terem a scoliosis kezelésére, mely a Klapp féle csúszó-mászó rendszer szerint történik. Ugyane teremben szerényen meghúzódva, félreállítva látjuk a *Schede*-féle apparatusokat, a melyek a passiv mozgatásra törekedtek s a melyek jelenleg egyáltalában nincsenek alkalmazásban, mintegy csak útban állnak. Tempora mutantur! A scoliotikus gyermekek 10—20 perczre külön e czélra szerkesztett forró légszekrények elé ülnek s azután megkezdődik a csúszás, egybekötve az előirt gyakorlatokkal, a melyek helyes keresztülvitelére egy tornatanitónő ügyel fel, az ellenőrzést maga *Klapp* tanár, a klinika főorvosa végzi, a ki ez eljárást inaugurálta és módszerével meg is van elégedve. Hosszabb észlelés után mondhatnék csak véleményt az eljárásról, annyit azonban láthattam, hogy ezen functionális kezelési eljárással a gerinczoszlop mobilizálása keresztülvihető.

Ugyancsak szivókészülékekkel kezelik a klinikán a hideg tályogokat is, aseptikus cautelák közt megnyitják s rögtön szivókezelésnek vetik alá őket; hogy az eljárás az eddigi conservativ jodoform-glycerines kezelést kiszorítaná, alig hihető. Nagyobb

izületi gümös megbetegedéseknél, pl. gonitis tuberculosánál, főleg ha synoviális eredetű, szintén alkalmazzák a nagy szívóharangokat; e kezelés állítólag kedvezően befolyásolja a kórfolyamatot. Nagy evacuáló harangot készítettek legújabban a fej hyperaemiás kezelésére is. Mindenesetre az a buzgalom, melylyel a kezelési eljárást keresztülviszik, arra fog vezetni, hogy rövidesen leszűrődik majd az, a mi jó és hasznos, a mi követésre méltó; a túlzott törekvés ezen kezelési eljárás széleskörű alkalmazására a felfedezőknek másutt is tapasztalt generalizáló törekvésében nyer magyarázatot.

Bier originális kezelési elvei közt még egy momentum ragadja meg figyelmünket, s ez a *kis metszésen* át való operálás; appendicektomiát, gastro-enterostomiát oly kis metszésből operál, hogy szinte meglepő; ezen behatolással szerinte a beavatkozás kisebb, a bélhüdések ritkábbak, az infectio veszedelme csekélyebb. Épen a kis metszésekre való törekvés indította őt arra, hogy nyaki lymphomáknál mindazon esetekben, midőn arra alkalmas casust talál, a *Dollinger*-féle subcutan lymphoma-műtétet végezze és segédeivel is végeztesse. Eddig közel 40 esetben végezték e műtétet, nehezebb esetekben azzal a módosítással, hogy a *Dollinger*-féle metszéshez egy közvetlenül a fülkagyló mögött vezetett metszést csatolnak, így egy ívalakú kis lebenyt nyernek, melynek visszafordítása után a mirigyek eltávolítása a kezdőnek könnyebben sikerül. Megjegyzendő, hogy a műtétet homlokreflector nélkül végzik s a fényt, a mit ez nyujt, a nagyobb ívelt metszés útján szerzik meg. Könnyebb esetekben azonban szigorúan tartják magukat a *Dollinger* tanár előírásához.

A *kölni* Bürgerhospital egyik egész pavillonját foglalja el *Bardenheuer* tanár osztálya, a mely 240 ágygyal rendelkezik. Érdekességet nyujt ezen osztálynak ama 60 ágy, a mely a törések kezelésére van fenntartva s a hol a Bardenheuer-féle extensiós módszert megismerhetjük. Ezen kezelés elve a a permanens extensio létesítése, ez van hivatva a törési végek repositioját leginkább gátló elastikus és lobos izomretractiót leküzdeni és így a törési végeket egymással érintkezésbe hozni. E célból a törés után azonnal alkalmazzák az extensiót, a melynek keresztülvitelénél annyi súlyt használnak, a mely az izmok retractioját meggátolja, de azért az izmok elasticitását nem bántalmazza, hogy a functionális eredmény tekintetében se legyen kifogás. A functionális eredmény kielégítő voltát úgy érik el, hogy a kóros végtaggal passiv és activ mozgásokat végeztetnek, a nélkül azonban, hogy a törési felületek érintkezésében zavar állna be. A kezelés folyamán arra törekesznek, hogy prima intentio jöjjön létre, a mi alatt a kevés callussal való gyógyulást értik. Sok ezer esetük alapján állítják, hogy egy esetben sem észleltek ezen kezelési eljárással callushyperproductiót, sem pseudarthrosist. Az extensio létesítésére collemplastr. zinci-t (Helfenberg) használnak, a mely a bőrön nem okoz eczemát s olyan erősségű, hogy akár 25 kgm. súlyt lehet reá függeszteni. Csontvarratot Bardenheuer nem alkalmaz, legújabban még a patellatöréseket is, ha a diastasis nem nagyobb 4 cm.-nél, extensiós módszerével kezeli; általában alkalmazza e módszert a végtagok összes subcutan töréseinél, továbbá a végtagok komplikált töréseinél, ha a bőr csak egy helyen lett átszúrva a csontvégtől s nincsenek kiterjedt lágyrészsérülések jelen s valószínűnek látszik, hogy nagyobb sebinfectio nem történt. Minden esetről rögtön a felvételkor és az extensio alkalmazása után Röntgen-felvétel készül, e képek minden beteg ágyánál külön tasakban foglalnak helyet úgy, hogy a törés állapotáról bármikor meggyőződhetünk. Nagy súlyt helyeznek a Röntgen-képekre, a melyeket csoportosítva szoktak az „Akademie für praktische Medizin"-ben demonstrálni, a melyek meggyőzően bizonyítják a kezelés megfelelő voltát. E kezelési eljárással a betegek természetesen mind ágyhoz vannak kötve s ez az egyetlen hátránya ezen kezelési módszernek; a kulcscsonttöréses beteg 14 napot, a lábszártöréses 6—7 hetet kénytelen e helyzetben feküdni. A felső végtag törései számára úgynevezett „portativ síneket" szerkesztett, a melyek különböző szerkezetűek a felkar diaphysistöréseinél, az alkar felső és középső harmadában vagy a könyökizületben ülő és a felkar supracondylaer töréseinél; külön komplikáltnak látszó, de alkalmazásukban egyszerű szerkezetű síneket szerkesztett a metacarpalis csontok, sőt a phalanxok töréseire, ez esetekben átlag 14 napig viselik ama gépezetet, a melynek megtekintésekor sokkal súlyosabb bajt vélünk, mint egy-egy phalanxnak a törése. Messze vezetne részletesen leirni az extensiók irányát, a melylyel a különböző dislocatiók kiegyenlítésére törekszik, inkább legyen szabad röviden még felemlítenem azon műtéteket, a melyeket Bardenheuer előszeretettel végez: az egyik a végbélrák műtéte, a melyet dorsális úton a 66 éves sebész 15—20 percz alatt elvégez; a másik a csípőizületi resectio; hosszasan genyedő gümös vagy osteomyelitises eredetű coxitis eseteiben mindenkor eltávolítja teljességében az acetabulumot. Szerinte az izületi vápa egyszerű kikanalazása nem vezet czélhoz, a genyedés gyakran tovább fennáll, mig ezen módszerével az összes kóros részletek eltávolíthatók, a reális rövidülés kisfokú, adductiós-flexiós contractura, vagy femurvándorlás előre felfelé elkerülhető és a functionális eredmény is kielégítő. Eddig 40 esetben végezte e műtétet, 8 esetben már másutt operált esetben, s teljes gyógyulást sikerült elérnie.

A *heidelbergi* sebészeti klinika élén jelenleg még *Czerny* tanár áll, a ki ezen félévben befejezi sebésztanári működését, s a kire igazán illik a Lytton Bulwer egyik regényében olvasható mondat, hogy az ő működése után még nem való a pont, hanem csak a vonás, mert lankadatlan, sőt újuló erővel fog egyik kedvencz eszméjének gyakorlati megvalósításához, a rákintézet berendezéséhez s annak működésbe hozatalához. Ismeretesek az ő sebészi elvei, ismert az a nimbus, mely őt sebészi működésében környezi, ismert az ő buzgalma, hisz még ez utolsó félévben is megtartotta a szünidei orvosi cursust s igazán érdemei elismeréseül tekinti s nagyrabecsüli, hogy őt, a már búcsúzó sebészt, a legközelebbi nemzetközi sebész-congressus elnökéül választották. A *rákintézet* közel van már a befejezéséhez s az ez évi szeptemberi rákügyi congressuson avatják fel. „In scientia salus" és „Samariterhaus" felirás olvasható a homlokzaton; az épület egyszerű külseje el sem árulja azt a nagy feladatot, a melynek megfelelni hivatva lesz. A rákintézet 3 főosztályból fog állni; az *első osztály a tudományos kutatásokkal foglalkozik*, mely 2 alosztályra oszlik, ú. m. a bakteriologiai osztályra a protozoonok kutatásával, melynek élén *Wasielewski* áll, és a serologiai-biologiai osztályra *von Dungern*-nel az élén. *A második osztály a klinikai*, a mely 43 ágygyal van felszerelve; 3 nagyobb kórteremben elhelyezett 9—9 ágy képezi a klinikai anyagot és 8 kisebb teremben elhelyezett 2—2 ágy, összesen 16 ágy privátbetegek felvételére szolgál. Ez ágyakra kizárólag rákos betegek vehetők fel, ezeknek műtevésére modernül berendezett műtőterem szolgál. *A harmadik osztály a Röntgen-osztály*, melynek élén *Werner* docens áll.

Az intézet azonkivül hogy a kutatással foglalkozik, még a tanítást is feladatai közé számítja, a mennyiben *Czerny* tanár heti 2 órán át elméleti előadást tart a rák therapiájáról, 1 órán át klinikai rákbemutatást rendez; vezetése alatt *Werner* docens heti 1 órán át a rosszindulatú daganatok Röntgen-kezeléséről tart collegiumot.

Vajha ezen új rákintézet előbbre vinné a ráknak eddig homályos kóroktanát és megmutatná az útat a rák ideális gyógykezelésére, hogy valamikor elmondhassuk: „cancrum curare jam non perarduum est!"

Steiner Pál dr.

Összefoglaló szemle.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetemi II. sz. belgyógyászati klinikáról.

Az ivóvíz szerepe a typhus epidemiologiájában.

Kétly Károly tanár megbizásából összeállította: *Torday Árpád* dr. tanársegéd.

A typhusjárvány kóroktanában a legfontosabb szerepe van az ivóvíznek. *Schüder* az 1870—1899-ig terjedő irodalomban közlött typhusepidemiák kóroktani tényezőit vette figyelembe. 638 epidemia alapján azt találta, hogy az esetek 70·8%-ában a vizet lehet kimutatni kórokozó gyanánt; utána következik a tej, a mely 17%-ban okozott epidemiákat, mig a többi momentum jelentéktelen szerepet játszik. Hogy csakugyan a typhus bakteriumának az ivóvízbe való jutása okozza a járványokat, annak bebizonyítása kétféle úton történhetik: egyfelől a bakteriumnak a vízből kitenyésztése által, másfelől annak beigazolásával, hogy a járvány

azon egyének között terjedt, kik fertőzött vizet ittak. Azon számos vizsgálat ellenére, a melyet a bakterium kitenyésztése czéljából végeztek, a fáradságot aránylag kevés esetben koronázta siker. (Lösen, Müller és Neufeld, Hankin, Fischer, Flatau, Bonhof, Kruse, Tavel, Jack, Bau, Genersich, Conradi és Strössner.) (Strössner összeállítása szerint, Zeitschrift für Hygiene, 1905. 51. kötet, 1. füzet.)

Ezen körülmény oka abban keresendő, hogy a nagy mennyiségű vízben kevés a typhusbakterium s így kevéssé valószinű, hogy a vizsgálatra használt csekély folyadékmennyiségben találtassanak e bakteriumok, a melyek egyébként is elpusztulhatnak vagy eltünhetnek a vízből akkorra, midőn az általuk előidézett esetek megfigyelés alá jutnak. A typhus incubatiós szaka ugyanis 8—14 nap, sőt néha több is lehet. A typhus bacillusa *Frankland* vizsgálatai szerint a vizi bakteriumok anyagcseretermékei miatt is elpusztulhat. Ha mindezen nehézségek daczára sikerül a typhus bakteriumát kimutatni, akkor az a mai ismert összes eljárások segélyével még identifikálandó; ugyanis a vízben számos a typhushoz hasonló és a tenyészés tekintetében is hasonlóan viselkedő bakterium létezik, mi miatt a typhus-bakterium identifikálásához a *Pfeiffer*-féle kisérlet és az agglutinatiós reactio mulhatatlanul szükséges. S ha a typhus bacillusához minden tekintetben hasonlóan viselkedő bakteriumot találtunk is, még akkor sem lehetünk teljesen bizonyosak, mert újabban a bacillusnak számos alfaját különböztetik meg.

Azon nehézségen, hogy kis mennyiségű vízben ritkán fogjuk a bacillust kimutathatni, *Fischer* ajánlatára oly módon próbálnak segíteni, hogy nagyobb mennyiségű folyadékból chemiai úton csapják ki a szilárd anyagokkal együtt a bakteriumokat s az üledékből oltanak a *Drigalski*-féle táptalajra; más szerzők specifikus serummal akarják kicsapni a vízből a typhusbakteriumot. (*Schepilewsky Windelband* Centr. für Bakt. 1903, és *Mirve* Mitt. der med. Gesellsch. zu Tokio 1902. XVI. kötet, 77. szám.) Olyan esetekben, melyekben a kútvíz, cysterna vagy reservoir fertőzöttsége miatt támadt a járvány, a kórokozó bakterium kimutatása könnyebb, mint folyóvizekben, minthogy hosszabb ideig megtalálható a vízben.

A fent elősorolt okokból érthető, hogy a kórokozó tényezőt miért sikerült oly csekély számban kimutatni az egyes járványokban. E miatt a legtöbb járványnál az ivóvíznek epidemiát okozó szerepe annak kimutatásával bizonyíttatott be, hogy a járvány azok között terjedt, kik a legnagyobb valószinűséggel a typhus bakteriumával fertőzött vizet ittak vagy azt más módon (fürdés, konyhaedények tisztítása stb.) használták. A ma már általánosan elfogadott nézet szerint a typhusepidemia legfőbb terjesztője a szennyezett ivóvíz, a mely mellett a fertőzés más módjai alig vehetők számba.

Régebben azon tekintély révén, a melynek *Pettenkofer* örvendett kartársai között, sok híve volt a talajvíztheoriának, a mely olyan nagy szerepet juttatott a talajnak a typhus keletkezésében, mint a minő fontossága volt annakelőtte a levegőnek a járványok előidézésében. A *Pettenkofer*-féle aera idejében, ha valahol typhus-járvány tört ki, mindjárt ráfogták, hogy az a talajvíz alacsony állása miatt keletkezett s ha netalán ama hely közelében mocsár volt, vagy földmunkálatok történtek avagy fertőzésre képes anyagot találtak, akkor már semmi kétség sem fért ahhoz, hogy a talaj szennyezett volta okozta a járványt. *Pettenkofer* nézete szerint a typhusméreg a talaj mélyebb rétegeiben a rothadó anyagokhoz kötve található, a mely méregnek felszinre jutása a talajvíz állásához kötött. Magas vízállás a mélyebb földrétegeket elzárja s ez által megakadályozza, hogy a kórokozó onnan bármiként is a felszinre jusson, alacsony talajvíz állásánál ellenben ennek mi sem áll útjában. *Pettenkofer* felfogását egyes városok statistikai adatai látszólag támogatták, mert pl. Münchenben a typhusmorbiditás nagyobb fokú volt alacsony vízállásnál. *Pettenkofer* theoriáját azonban már kortársai, *Liebermeister* és *Biermer* is erősen támadták 1873-ban (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge) s a bakteriologiai időszak beköszöntével theoriája teljesen tarthatatlanná vált. Mindenekelőtt kimutatták, hogy sok helyen a statistikai adatok épen magasabb vízállásnál mutattak nagyobb számú megbetegedést.

Grocher és *Dechamps* igazolta azon felfogást, hogy a typhus bakteriuma mélyebb földrétegben hosszabb ideig elélhet; így pl. azt találták, hogy e bakterium fél meter mélységben 5½ hónapig is elél. Azonban hihetetlen, hogy e bakterium vagy annak toxinja a légárammal felszinre kerüljön s így okozzon járványt, mert a bakteriumok életképessége a legtöbb esetben megszünik olyankor, a mikor annyira kiszáradnak, hogy a szél által tovasodortatnak. A typhusbakterium a fertőzött földrétegből csakis a vízzel együtt kerülhet felszinre olyformán, hogy a hulladékokkal fertőzött víz a talajból folyóvizekbe vagy kutakba kerül, a mire különösen nyáron nagy szárazságok esetén nyilhat alkalom. Ilyenkor ugyanis a vízszolgáltatásban felmerülő zavarokon a városok mesterséges szürők vagy nem teljesen kifogástalan tisztaságú segédforrások vagy kutak bekapcsolásával szoktak segiteni, a mi epidemiákat okozhat. Számos esetben a nyári záporok okozzák a bajt, a mennyiben ilyenkor az szennyezett talajt seperhet azon forrásvizekbe, továbbá folyókba és kutakba, a melyek vízivásra felhasználtatnak. Azon körülmény is felemlítendő, hogy ha valamely kút közelében pöczegödör, trágyadomb fekszik és a talaj ilyen módon szennyeződik, a talajvíz áramlása folytán szintén belekerülhet a szenynyel együtt a typhusbakterium a vízbe. Mindezen példák élénken illustrálják, hogy a talajnak van ugyan szerepe a typhus epidemiologiájában, azonban e tény magyarázata egészen más, mint a hogy azt *Pettenkofer* felvette; mert a szennyes talaj egymaga nem lehet járványokozó, hanem csak úgy, ha onnan a kórokozó csira a fent elősorolt módok egyike-másika útján az ivóvízbe kerül. Nagy városokban a talaj szennyeződését lehetetlen elkerülni, az azonban keresztülvihető, hogy olyan víz ne használtassék ivóvíznek, a mely e szennyes talaj csiráival van saturálva.

Az irodalomban található számos példa közül, a melyek az ivóvíznek fontos szerepét bizonyítják a typhusjárványok előidézésében, nehány esetet akarok felemlíteni.

Liebermeister már az 1872.-i lausannei járványról kimutatta, hogy azt a fertőzött vízvezetéki víz okozta. A város egy része ugyanis vízvezetéki vízzel láttatott el, a másik része pedig kútvízzel, s a járvány csak azok között terjedt, a kik vízvezetéki vizet ittak. A vezeték oly módon fertőztetett, hogy azon patakba, a melyből a vizet nyerték, egy oly háznak hulladéka és szennyvize került, a melyben négy typhusos megbetegedés fordult elő. A nagy hamburgi typhusepidemia, a mely 1885—88-ig tartott s a mely alatt 15,804 egyén betegedett meg s 1914-en haltak el, szintén a vízvezetéki víz szennyeződése miatt keletkezett. A várost az Elbe folyó látja el vízzel s ugyanezen folyóba bocsátották a szennyvizet is, úgy hogy az az apály és dagály következtében könnyen bejuthatott a vízvezeték szivócsöveibe. E felvétel valószinűségét emelte azon körülmény is, hogy a járvány a városnak belső, vízvezetékkel ellátott részében terjedt, míg a külkerületekben csak szórványosan fordultak elő typhusesetek. Azon körülmény is figyelemre méltó, hogy a szomszédos *Wansbeck* városban, a mely ivóvizét nem az Elbából kapja, alig fordult elő typhusos megbetegedés. 1893-ban Hamburg városa csatornalevezető csöveit úgy helyezte el, hogy a szennyvíz az ivóvízzel ne keveredhessék és mesterséges szürőket állíttatott fel. Azóta is fordulnak ugyan elő Hamburgban kisebb epidemiák, de ezek legnagyobb részét a hajósok hurczolják el a hajókról a szárazföldre.

Hart (Brit. med. Journ. 1895) kimutatja, hogy Angol- és Irországban a legtöbb hasi hagymáz okozója az ivóvíz. *Dupuy* (Progrès médical 1896.) a saint-denisi epidemiával foglalkozva kimutatja, hogy mily nagy veszélynek vannak kitéve mindazok, kik egészségtelen vizet vagy ily vízzel felhigított bort vagy vele készült italt isznak (limonádé). A rossz ivóvíz idézte elő Saint Quenben (Páris mellett) azon epidemiákat, a melyek 1892-ig majd minden esztendőben jelentkeztek s a melyek miatt évenként 10—16 ember halt el hasi hagymázban a 29,000 lakost számláló városkában. E felvétel igaz voltát igazolta azon körülmény, hogy a vízvezeték bevezetése óta évenként csak néhány typhusmegbetegedés fordult elő (*Dubousquet-Labordière* és *Leon Duchetre*, Gaz. des Hôp. 1895). *Silvagni* (Arch. ital. di Clin. med. XXXIV. 1895) az 1898.-i bolognai járványt ismerteti, a melynek okozója a legnagyobb valószinüséggel az ivóvíz volt. Ezen év nyarán ugyanis a vízvezeték nem szolgáltatott elég vizet s a hiányt úgy pótolták, hogy a vezetéki vizet szüretlen folyóvízzel keverték. A

mülheimi (Baden) epidemiát is, a fertőzött vízvezeték okozta, a mennyiben sajátságos véletlen folytán a csővezetékbe typhusdejectumok jutottak. (*Rahlson* Inaug.-Dissert, 1895.) *Thoinot* (Arch. d.'Hyg. 1896.) a besançoni epidemiáról kimutatja, hogy az a vízvezeték fertőzött volta miatt támadt, e városka ugyanis egy patakból látja el vízszükségletét, a mely Nancray falun is keresztülhúzódik; e patakba egy felhőszakadás alkalmával Nancray faluban sok szenny sodortatott be és ezzel együtt juthatott a vízbe a typhus bakteriuma is annál is inkább, minthogy ez időben Nancrayban nehány typhusmegbetegedés fordult elő. *Rehmann* a pforzheimi epidemia okát a szennyezett vízvezetéki vízben találta meg; e város ugyanis a Engelbach patakból nyeri vizét, a mely felső futásában igen sok szennyezésnek van kitéve (Veröff. d. kais. Gesundheitsamtes, 1896.) *Renard* a lillei epidemiát ismerteti, a mely fertőzött kútvíz ivása miatt támadt; a typhus bacillusa a kútvízben ki lett mutatva. (Arch. d.'Hyg. 1896 és 97.) *Boyer* a beyruthi typhusjárványt irja le, a mely szintén szennyes ivóvíz miatt ütött ki. A város ugyanis oly folyóvízből kapja vizét, a melybe a szomszéd falvak szennyvizüket bocsátják. Epidemiologiai szempontból érdekesek Páris városának typhusjárványai, a melyekről *Thoinot* és *Hanriot* tollából (Arch. d. Hyg. 1900) számos közlemény jelent meg. A város 1870 ig a Szajna szüretlen vizét itta, attól fogva 1893-ig forrásvíz és folyóvíz keverékével, végül 1893 óta tisztán forrásvízzel láttatik el. A míg a lakosság a folyó vizét itta, a hasi hagymáz endemiás volt a városban epidemiaszerü emelkedésekkel; a forrásvíz bevezetése után ugyan évről évre csökkent a typhusesetek száma, azonban nagy szárazság idejében, mikor a források kevés vizet adtak s a hiányt folyóvízzel pótolták, a typhus járványszerűleg emelkedett. A város tanácsa ezért arra törekedett, hogy a várost minél előbb tisztán forrásvízzel lássa el, a mit 1893 ban el is értek. Annál nagyobb volt a csalódás, a mikor 1894 és 1899 ben súlyos járvány támadt. A hatóság a forrásokat vette gyanúba s megvizsgáltatta, vajjon nincsenek-e valamely módon fertőzve. E vizsgálat alkalmával nemcsak a gyanú alapos volta derült ki, hanem az is, hogy tulajdonképen pseudoforrásokkal van dolguk. Tudniillik a krétaformatio földalatti üregeiben valóságos patakok képződnek, a melyek egymással összefolyva források alakjában jutnak felszinre. Ezen földalatti patakok vize részben a szikla- és földhasadékokon keresztül szivárgó esővízből gyülik össze, a mely a hasadékok között levő trágya- és szeméthulladékokkal fertőzve lehet. Az ilyen módon fertőzött vizek voltak a párisi járvány okozói; ezen források közül egyiknek, a Miroirnak typhussal történt fertőzését *Thoinot* kimutatta, mert a forrás felett fekvő *Villechitre* faluban két család, kik e forrás vizét itták, typhusban megbetegedtek. Ezen felfedezés következtében a párisi magistratus elhatározta, hogy a források vizét ellenőrizteti s minden lehetőt megtesz a fertőzés elkerülésére.

Aránylag súlyos epidemia sujtotta St. Charles lakosságát, a mely a Missouri-folyó vizét itta. A mint a vizsgálat kiderítette, a járvány kitörése előtt röviddel typhusban megbetegedett gyermek excretumai jutottak a folyóba. A typhus epidemiologiájához fontos adatokat szolgáltatott *R. Pfeiffer* (Klin. Jahrbuch 1898), ki a lünneburgi epidemiáról teljes határozottsággal kimutatta, hogy annak oka az ivóvíz volt. E város vízvezetékkel csak részben volt ellátva, míg a többi része kútvizet használt s a járvány csak azok között terjedt, kik a fertőzött vízvezetéki vizet használták. *Hoorn* a fogarasi kaszárnyaepidemiáról kimutatta, hogy a járvány oka a kaszárnya kútvizének fertőzöttsége volt, melyet kétségtelenül igazolt azon körülmény, hogy a kút elzárása után 30 nap mulva újabb typhusmegbetegedés nem fordult elő. (Militärarzt XXXIII. 1899.) *Kruse* két ivóvízepidemiát ir le, a melyekben a vizet szolgáltató források fertőzött voltát a bakterium kitenyésztése által bizonyította be. (Centr. f. allg. Gesundheitspflege 1900.)

Torchut (Progrès med. 1899) 3 epidemiáról, a melyek közül kettő Saint-Sulpiceben és egy Maine Arnandban tört ki, kimutatta, hogy tiszta kútvízepidemiák voltak. Mindkét városban a közegészségügyi viszonyok a lehető legrosszabbak; az ólak és istállók a kutak közelében vannak, honnan a trágyalé könnyen lefolyhat a kutakba. *Dupart* a katonák között Uvernetben kiütött járványt ismerteti (Lyon méd. 1899), a mely kútvízepidemia volt. Egy házba 39 katonát szállásoltak be, kik közül lassacskán 30 betegedett meg, s ezek mind egy kút vizéből ittak. A vizsgálat kiderítette, hogy a szomszédos házban typhusban szenvedő gyermek halt el, kiknek ürülékét a kertbe kihordták, a honnan azt az esővíz a szomszéd kútba besöpörte. Hadgyakorlat közben támadt epidemiákról számol be *Wernicke* (Posen) és *Hühnermann*. A járványt fertőzött ivóvíz okozta. Az első által leirt epidemia 1895-ben Frankfurtban a/O. tört ki egy zászlóaljban, a melynek legénysége faecaliákkal fertőzött patak vizében fürdött meg s annak vizét itta. (Wernicke, D. mil.-ärztl. Zeitschr. 31 k. 1902). *Hühnermann* az 1900.-i eiferi hadgyakorlatot tanulmányozta, a melynek 72 ember esett áldozatul s a melynek oka a kutak fertőzöttsége volt. (D. mil.-ärztl. Zeitschr. XXX. 1901.) *Taussig* is manöverepidemiát ismertet, a melyet Bosznia-Visegrádon szennyezett patakvíz okozott, a melyből a katonák a tilalom ellenére ittak; ezen alkalommal 710 ember közül 21 betegedett meg 19% halálozással. A *Mosny* és *Bordas* által leirt typhusepidemiát, a mely 1899-ben Chernilleben tört ki, pöczegödör és szennyvíz által fertőzött kútvíz okozta. A város 4365 lakója közül 121 betegedett meg. (Ann. d'Hyg. publ. 1901.) *Brunon, Hably, Keller, Sotz, Seibert, Sudler, Unterberger* és *Walker* szintén ivóvízepidemiákat ir le. *Unterberger* szerint egyes városokban azért tör ki a nyári hónapokban a typhusjárvány, mert sok város külön reservoirokat használ kisegitőképen s ilyenkor az ezek fenekén leülepedett csírák felszinre kerülnek. Ez volt az oka a Zarskoje-Seloi typhusepidemiának is. *Seibert* statistikailag kimutatja, hogy a városoknak vízzel való ellátásmódja lényeges szerepet játszhatik a járványok előidézésében. Minden patak és folyó, a mely sürün lakott községek mellett folyik, valamint a tavak is typhusbacillusokkal állandóan fertőzve vannak s ezért azon városok, a melyek ilyen helyekről nyerik vízszükségletüket, a víz mesterséges szürésére kötelezendők. *Lewy* és *Bruns* (Arch. f. Hygiene 1899) a neuhofi kath. javító intézet házi epidemiáját ismerteti, a melyet a kút vizének szennyeződése okozott; a víz egy pöczegödör által szennyeztetett, a melynek tartalma a kútba befolyhatott. Szüretlen víz okozta *Keller* szerint a buttleri epidemiát 1903-ban. A város a szürők javítása miatt a főgyüjtő helyett egyes reservoirokból nyerte a vizet; az utóbbiak közül az egyikbe egy nagy záporeső alkalmával egy typhusos egyén faecaliái sodortattak be s igy keletkezett a járvány. (Physik. Surg. 1903 25. k.) A rigai epidemia alkalmával 1900-ban 2646 egyén betegedett meg és 341-en haltak el. A város a folyó vizét szüretlenül itta, a mely vizet a tutajosok typhusbacillust tartalmazó dejectiókkal fertőztek (Canceron Dubl. Journ. of med. 1899).

A typhus epidemiologiájában az ivóvíz után az élelmiszerek közül fontos szerep jut a tejnek és a vajnak. A járványt az okozhatja, hogy a tejet typhussal fertözött vízzel keverik, vagy a kannák kimosására tisztátalan tejet használnak, avagy a tejes kannák tetejére nyáron tisztátalan vízből előállitott jégdarabokat helyeznek a tej lehűtése czéljából, a honnan a viz becsuroghat a kannákba. Nagyobb majorokban támadt typhusos megbetegedések révén is gyakran fordultak elő typhusesetek azok között, kik azon major tejét itták.

Hühnermann a coblenzi epidemiáról mutatta ki, hogy tej okozta, egy paraszt leánya megbetegedése révén, ki a szövetkezetet tejjel látta el. (D. mil.-ärztl. Zeitschr. 1901. 30. kötet.) A tejeldében használatos pasteurizálási eljárás nem tudta a typhusbacillusokat elölni, a mint az kisérletileg ki lett mutatva. A kisenborni 1901.-i, valamint a steinhauseni epidemiánál a tej volt az epidemia terjesztője. (Hühnermann D. mil.-ärztl. Zeitschr. 30. kötet.) *Rappmund* (Zeitschr. für med. Beamte, 1897.) járványt ir le, a mely azok között terjedt, kik egy major tejét itták. A majoros felesége gastrikus lázban betegedett meg. A major udvara piszkos volt s kútjába szennyvíz és a pöczegödör vize folyt bele. A kút vizét a kannák kimosására használták fel.

Riedel (Zeitschr. für med. Beamte 1898) hasonló járványról ir, mely Lorenz város Lübeck nevü elővárosában tört ki, s melynek 23 typhusesete 12 családra oszlott el, kik mind ugyanazon tejárúsitótól vették a tejet, a kinek a fia typhusban szenvedett.

Sallet (Tijdschr. vor Geneesk., 1894. 2. füzet) az 1893.-i amsterdami járványt ismerteti, a melyet a legnagyobb valószinüség-

gel typhussal fertőzött tej okozott. E helyen is az egyik tejkereskedő családjában fordult elő a typhusmegbetegedés.

A saláta és zöldségfélék szintén terjeszthetik a typhust, mert e növényeket gyakran locsolják a parasztok trágyalével és szennyes vízzel. A közönséges fehér vagy piros bor szintén okozhat járványt. Mert igaz ugyan, hogy ezen italok a typhusbacillust egy fél óra alatt elölik, azonban ha a bor vízzel felhigíttatik, a bakterium huzamosabb ideig tud benne élelni, mint azt *Kétly* tanár kimutatta (Jó Egészség, 1906. 1. szám). A sör csiraölő képessége szintén nem nagyfokú, mert csak egy fél óraalatt öli el a typhus bakteriumokat. (Pick, Arch. für Hygiene, XIX. kötet.) A közönséges szódavízben pedig kitünően tenyésznek a typhusbacillusok, úgy hogy a szódavíz ivása typhusjárvány idején közönséges víz helyett csak akkor ajánlatos, ha meggyőződést szerezhetünk arról, hogy teljesen tiszta vízzel készül. (Kétly K. Jó Egészség, 1906.)

Azon hit, hogy a typhus bakteriuma a szél által tovasodort por útján terjedne, kevés hitelt érdemel, mert e bakterium csak addig virulens, a míg valamely tárgyhoz nedves állapotban tapadhat; a mint azonban kiszárad, már nem lehet veszedelmes (Germano, Zeitschr. für Hygiene, 1897. 24. kötet). Előfordulhatnak olyan házi epidemiák, a melyek a szoba padlójában és a vakolatban kimutatható typhusbacillusoktól származnak, ez azonban a fenti magyarázattal értelmezhető és korántsem bizonyítja azt, hogy a szálló por terjeszti a typhus járványt. Nagy városokba a vidékkel való sürű érintkezés révén a szomszéd falvakból, a melyeknek egészségügyi viszonyai sokszor rosszabbak, mint a városoké, gyakran hurczoltatik be a typhus. A légy is terjesztője lehet e betegségnek. A zsufolt lakásokban contagium útján könnyen terjedhet e betegség és ezért észlelnek gyakran kaszárnyákban és munkástelepeken epidemiákat. A manöverepidemiák okai is a lakásviszonyok (tömeges beszállásolás) lehetnek, a mihez hozzájárul, hogy a vízzel való ellátás gyakran nem megfelelő, az ürülék eltávolítása nem történik kellő gonddal s az élelmi szerek nem védetnek meg eléggé a portól, szennytől és a legyektől. Ezeken kivül még megemlíthetők a kórházi fertőzések is, a melyek akkor jönnek létre, ha az ápoló szemelyzet a typhusos beteget nem tartja elég tisztán, az excretumokat nem fertötleníti kellő gondossággal s nem ügyel ruhája tisztántartására és a kezek fertötlenítésére.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Ellenberger: Handbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie der Haustiere. I. Band. Berlin 1906.

Az Ellenberger drezdai professor vezetése alatt legkiválóbb szakférfiak közreműködésével szerkesztett munka két kötetre van tervezve; a most megjelent első kötetben a támasztó szöveteknek (kötőszövet, porczogó, csont), az izomszövetnek, a bőrnek és függelékeinek, az emlőmirigynek, mellékvesének, lépnek, pajzsmirigynek, epitheltesteknek, thymusnak, idegszövetnek, érzékszerveknek, s végül a sejtnek leirását találjuk.

A mű czélja tulajdonképen az volt, hogy alapos tankönyvül szolgáljon az állatorvostan hallgatói számára; de nemcsak ezen czélt érték el irói, mert nagy haszonnal forgathatják azt az ember histologiájával foglalkozók is, sőt a klinikusoknak is igen jó segédeszközül fog szolgálni, mert útbaigazítást találhatnak benne a kisérleteikhez használt állataik histologiai vizsgálata alkalmával. Minden fejezet számos, eredeti praeparatum után készült rajzzal és igen bő irodalomjegyzékkel van ellátva úgy hogy a mű a kutatás terén forrásmunkául is szolgálhat.

Mint bennünket legközelebbről érdeklőt, Tellyesniczky tanárnak a lépről irt fejezetét emeljük ki, melyben emberi, marha-, juh-, disznó- és békalépen megejtett vizsgálatai alapján irja le e szerv szerkezetét, többek közt igen tanulságosan histologiai lelettel bizonyítva a lépnek vérképző szerepét. Készítményei ugyanis mutatják, hogy a lépbe vivő verőerekben csak kevés magtartalmú vörösvérsejt van, míg a lépből kijövő gyüjtőérágak telve vannak maggal ellátott erythroblastokkal.

A kötet ára 22 márka; a második kötet megjelenése ez év végére várható. *Nagy.*

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszereket, specialitásokat és titkos szereket ismertető közlések másodikában, a mely a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ez évi 43. számában jelent meg, *Zernik* a következőkről számol be:

1. „*Hartmanns Nervennahrung Antineurasthin.*“ A 2 gramm súlyú pastillák száraz tojássárgából, tejczukorból és sikérből állanak és ezenkivül még kevés keményitőt, dextrint és aromás ízjavitót tartalmaznak.

2. A *brandol*, melyet a Hoffbauer-czég (Dortmund) hoz forgalomba égett sebek gyógyítására, 1% oldott és 0·4% oldatlan pikrinsavat tartalmaz vízben.

3. *Capsula duplex stomachica Bousi.* Arra szolgál, hogy argentum nitricumot együtt lehessen adni más gyógyszerekkel, a nélkül, hogy az előbbi még a gyomorba jutás előtt elváltozást, bomlást szenvedjen. Ezen czélból a talcummal kevert argentum nitricumot fekete színü gelatinatokocskába zárva egy nagyobb gelatinatokba teszik, a mely a többi gyógyszert (bismuthum subnitricum 0·25, natrium phosphoricum és natrium carbonicum āā 0·1) tartalmazza. A vizsgálat azonban kimutatta, hogy az argentum nitricum ezen óvrendszabály ellenére is többé-kevésbé bomlott volt s egyébként is 0·01 helyett csak mintegy félannyit tartalmazott egy egy capsula.

4. A „*Fromosasprudel*“ elnevezéssel forgalomba hozott állitólagos panacea nem más, mint higított (22 térfogatszázalékos) borszesz mintegy 0·8% natrium bicarbonicummal, valamint kevés menthollal és egy gyantaszerü anyaggal.

5. „*Kaiserborax*“ és „*Kaisernatron*“, semmiben sem különbözik a hivatalos boraxtól illetve natrium bicarbonicumtól.

6. A „*müglitzol*“ nevü lábizzadás elleni szer nem egyéb, mint aetheres olajokkal szagosított, minimális mennyiségü ichthyolszerü anyagot tartalmazó 6%-os formaldehyd-oldat denaturált borszeszben.

7. A „*polveri antigottose delle RR. Madri Benedictine di Pistoia*“ nevü köszvényellenes szer, a melyet a mellékelt utasítás szerint naponként kell használni legalább egy éven át, porrá tört colombo-gyökérből és patschuli-levélből áll, vagyis olyan alkotórészekből, a melyeknek semmi hatásuk sincs a köszvényre.

8. „*Steges Kräuterwein*“ kalmust, gyömbért, curcumát, angelicát, valerianát és aloët tartalmazó fehér bor.

9. *Sulfopyrin*, állítólag sulfanilsavas antipyrin, tulajdonképen azonban 86·5 antipyrin és 13·5 sulfanilsav *keveréke*.

10. A *Stroschein-féle uricedin*, a mely már mintegy 13 éve van forgalomban mint a húgysavas diathesis gyógyszere, összetétele tekintetében már többször megváltozott. Ujabb analysis szerint főleg natrium chloratumból (2·5%) és natrium sulfuricum siccumból (66·5%) áll; van benne továbbá natrium citricum és kevés natrium tartaricum.

11. *Winthers nature health restorer*, csokoládéval bevont tabletták, a melyek főalkotórész gyanánt aloët tartalmaznak.

Belorvostan.

Súlyos általános fertőző betegség képében lefolyt heveny bélgümőkór két érdekes és ritka esetét irja le *Pässler* tanár. Mindkét esetben (az egyik 44 éves férfira, a másik 41 éves nőre vonatkozik) feltünő volt a rendkivül nagyfokú és kiterjedt bélgümőkór, a mely a manifest tüdőgümőkór csaknem teljes hiánya mellett súlyos lázas, néhány hét alatt halálra vezetett fertőző betegség képében folyt le. Mindkét esetben, az egyikben ugyan csak röviddel a halál előtt, staphylococcusok voltak, noha nem nagy számmal, a vérben kimutathatók; lehetséges, hogy e miatt volt olyan súlyos a bélbeli gümőkóros folyamat, mint a hogy tüdőgümőkór eseteiben is végzetes szerepet játszik a genyesztő bakteriumokkal való vegyes fertőzés. A kórjelzés tekintetében a szerző a következőkben foglalja össze nézetét: Heveny bélgümőkór gyanúja akkor merül fel, ha lassú kezdet után több hétig tartó, súlyos, lázas, a test erejét felemésztő betegséggel állunk szemben, a melynek oka gyanánt nem találunk valami szervi bajt, s a sepsis, a typhus vagy a tuberculosis miliaris acuta biztos jelei

sincsenek meg. Typhus és tuberculosis miliaris acuta eseteiben aligha fordul elő, hogy 6—8 heti súlyos lefolyás után ne találjunk oly jeleket, a melyek alapján a kórjelzés meglehetős biztossággal megállapítható. Elhúzódva lefolyó sepsis eseteiben is a vérnek tenyésztéssel vizsgálata többnyire felvilágosítást nyujt, noha, a mint a leirt esetek bizonyítják, a positiv bakteriumlelet sem deríti fel mindig teljesen a homályt. Az egyik esetben a klinikai béltünetek teljesen hiányoztak; már Nothnagel, valamint Leube is hangsúlyozta, hogy a klinikai béltünetek hiánya még nem szól bélgümőkór fennforgása ellen. A szerző eseteiben nem vizsgálta meg a bélsarat gümőbacillusokra. A jövőre nézve szükségesnek tartja, hogy minden homályos eredésü súlyos lázas fertőző betegségben a bélsár vizsgálatát gümőbacillusokra megejtsük. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 43. sz.)

A köszvény lényegéről és gyógyításáról némileg új elveket hangoztat *Roethlisberger*. Szerinte a heveny köszvényroham szigorúan elkülönítendő az úgynevezett húgysavas diathesistől, mert nem egyéb, mint egy, vagy ritkán több izületet megtámadó, fertőzéses eredésü rheumatismus húgysavretentioban, vagyis köszvényes diathesisben szenvedő egyénben. A heveny köszvényrohamban tehát első feladat volna a fertőző anyag behatolásának helyét kikutatni. Ha a bélben véljük ezt feltalálhatni, természetesen a belet iparkodunk befolyásolni. Egyébként a helyi kezelés mellett legerélyesebb belső antisepticumainkat, a formaldehydet és a salicylkészítményeket veszszük igénybe. A köszvényes diathesis leküzdésére első sorban a vese kimélésére leszünk tekintettel, hiszen a húgysavas retentio csaknem kivétel nélkül a hiányos veseműködés következménye. Kerülni fogjuk tehát mindazt, a mi bármily csekély mértékben károsíthatná a vesét; a salicylkészítményeket tehát csak nagyon óvatosan használjuk, a diaetából a fűszereket, az alkoholt, a húskivonatot, a túlságos húsevést töröljük. Fontos a testnek bőséges átöblítése, nemkülönben a kellő testmozgás és a fürdés. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 12. kötet, 3. füzet.)

Sebészet.

Az ínátültetés értékéről szép tanulmányt közöl *Vulpius* (Heidelberg), a melyben főleg a balsikereket adja elő, a melyeket az ínátültetés terén 10 évi működése alatt tapasztalt. Az eredmény első sorban az esetek megválogatásától függ; tudnunk kell a műtét előtt, mikor javalt feltétlenül, mikor járhat kétes eredménynyel és mikor ellenjavalt A sikeres transplantatio főfeltétele, hogy a *bénulás körülirt* legyen: minél szükebb körre szorul a bénulás, annál több a remény a gyógyulásra. Egy másik számbaveendő tényező a környezetben levő nem bénult izmoknak az állapota; ha sértetlenek, normális erejüek vagy hypertrophiásak, úgy az átültetésre kedvezőek a feltételek, ha az izmok azonban csak mint paresises rostok vannak jelen, a melyek erélyes összehúzódásra többé nem képesek, úgy ezek felhasználása meddő kisérlet. Jó eredményt biztosít, ha módunkban van körülirt, szük helyre lokalizált bénulás esetén a szomszéd izmokból olyanokat felhasználni, a melyeknek functioja azonos vagy rokon a bénult izomcsoportéval. Nem tagadható azonban az sem, hogy antagonista izmok is átvehetik a bénult izom működését s nem alkot ellenjavalatot a műtétre, ha csak antagonista izmok állanak az átültetésnél rendelkezésünkre.

Nézzük külön a peripheriás bénulásokat és a spinális s cerebrális bántalmak után támadó hüdéseket.

Friss *ínátmetszések* nem jönnek itt tekintetbe, mert a sérülés után azonnal egyesíthetők még nagy diastasis esetén is. Ha azonban a primaer varratot akár elmulasztották, akár genyedés következtében erős heg vagy izomatrophia az ínakat functiójában gátolja, úgy az ínátültetés az egyedül jogosult eljárás. Friss *idegátmetszésnél* az elsődleges varrat elhagyása műhiba, mert az utólagos plastikus idegmütétek sokkal kisebb eredménynyel járnak, mint a másodlagos ínmütétek. Az idegplastika eredménye nagyon bizonytalan és értéke ez idő szerint még kétséges.

Acut poliomyelitis után támadó bénulások gyakran körülirtak s így az ínátültetésre kedvező eseteket nyujtanak. Lényeges különbség a peripheriás és a centrális eredésü hüdés közt abban van, hogy a centrális okból hüdött izomcsoport környezetében levő izmok gyakran vagy centrális okból paresisesek, vagy pedig inactivitás folytán atrophiásak s így ezen izmok használhatósága nagyon különböző az izom megtartott ereje szerint. Ha nagy az izompusztulás, ha nagy az erőbeli kiesés, úgy az átültetés ellenjavalt, mert a gyenge izomrostok lassan megnyúlnak és a recidiva elkerülhetetlen. Ilyen esetekben *Vulpius* az izomrostokat az arthrodesis biztosítására használja, a midőn a tenodesis az ínaknak a csonthártyához való rögzítésével kellő eredményt nem enged remélni.

Előrehaladó izomdystrophia esetén Vulpius álláspontja az, hogy ezen kórfolyamatnak is van stationaer periodusa s akkor érdemes operálni, még ha évek multán a kór előrehaladása a müvünket el is pusztítja.

Spastikus affectiók esetén a tenotomia ugyan megszüntetheti a spastikus contracturát, de a recidiva ellen nem biztosít. Az ínátültetés azonban nemcsak a contracturát szünteti meg, hanem innervatiós impulsust is nyujt a gyengén beidegzett antagonista izomcsoportnak, gyakran megszünik a spasmus és gyakran nem áll be recidiva. Itt is fontos az esetek megválogatása. Idiotia, hólyag-, végbélhüdés, a felső végtagnak egyidejü bántalmazottsága a műtétet illusoriussá teheti.

Sikertelen lehet beavatkozásunk, ha a rendelkezésünkre álló izomerőt akár túlbecsüljük, akár csekélyebbnek tartjuk: a túlbecsülés mellett nem kapunk állandó eredményt, az erőt csekélynek tartva túlzott correcturát nyerhetünk. Valamely izomnak egé z kiterjedésében való átültetését csak akkor végezhetjük, ha functioja alárendelt, mert különben a functiokiesés erősen szembetünik. Nem szabad *egy* fontos functiót sem feláldozni, hogy egy másikat nyerjünk, így például ha mindkét peroneust felhasználjuk az átültetésnél, úgy ezen irrationális műtétnek supinatiós contractura lesz a következése. Bár a totális izomátültetésnek megvannak a hátrányai, nem szabad hinnünk, hogy az izom vagy az ín erejének megosztása jobb módszer. A functiomegosztás az izom lényegesebb sértésével jár, a műtét komplikáltabb, a központi idegrendszer alkalmazkodása megnehezített. Ezért a hol lehetséges, inkább totális transplantatiót végzünk és a visszamaradó peripheriás ínrészletet valamely szomszédos, hasonló functiójú ínba ültetjük át. A műtétnél fontos az asepsis, a pontos vérzéscsillapítás, az ínhüvelynek lehető megkimélése és a transplantatiós csatorna irányának helyes megválasztása, az ínaknak egymás mellett pontos egyesítése, hogy az ínheg utólagos megnyúlása ne fenyegessen, az ínaknak kellő fokú feszültség mellett való egyesítése. A varrásra legalkalmasabbnak a selymet tartja.

Magától értetődik, hogy minden ínátültetést meg kell hogy előzzön az esetleg fennálló paralytikus contracturának alapos correcturája. Az utókezelésben törekedjünk, hogy a heg erős legyen; a fixáló kötés időelőtti eltávolítása, izomösszehúzódások létesítése már a kötésben korai járási gyakorlatnál, a heg meglazulását, a feszülés csökkenését, eredménytelenséget vonhat maga után. Ezért a beteg legalább 5 hétig maradjon az ágyban; csak az előkar műtéteinél, főleg spastikus affectiók esetén kezdjük meg előbb az activ utókezelést. Az utókezelés energiájától függ az ínátültetéssel elérhető eredmény foka. A massage elhagyása nemcsak ínösszenövésre, izületi merevségre vezet, hanem az agynak kellő időben való alkalmazkodását az új viszonyokhoz is meggátolhatja. Fontos még a transplantatioval gyógyult lábnak megfelelő czipővel való ellátása is. Az esetek kellő megválogatásával az ínátültetés az orthopaediai sebészetnek egyik értékes része. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 41. szám.)

Steiner Pál dr.

Gyermekorvostan.

Újszülöttben keletkezett mastoiditis egy esetéről tesz említést *Bouquel*. Az eset súlyos voltát fokozta azon körülmény, hogy az újszülött tuberculotikus szülőktől származott és koraszülött volt. Születésekor testsúlya 1380 gm., couveuseben tartatik, eleinte anyatejet kap, utóbb mesterségesen táplálkozik. A súlygyarapodás kielégítő, az emésztési functiók normálisak. A

születését követő 25. napon a jobb mastoideális tájon oedemás, kissé lobos, nyomásra fájdalmas duzzanat fejlődik, fülfolyás nyomai nélkül. A műtét indicatiojának felállítása után azonnal az antrum trepanatiojját végzik, még pedig az os zygomaticum kezdetét és a külső hallójárat felső szélét érintő egyenes meghosszabbításában. A műtét alatt a vésett üregből kevés vérrel kevert geny ürül. A környék lobos duzzanata másnapra megszünik és állandó bő genyes folyás indul meg a sebürből. Ettől kezdve a gyermek, jóllehet a seb állapota elég jó, állandóan veszít testsúlyából és a műtét utáni 29. napon meghal. A bonczoláskor kitünik, hogy a középfülnek kifelé való közlekedése tökéletes, a dobürben geny van, melybe a hallócsontocskák vannak beágyazva.

A szerző ezen esettel kapcsolatban ajánlja, hogy az orvosok részéről igen nagy gond fordittassék egyéb kóros tünetek hiján a fül és a mastoid. táj ellenőrzésére. *Laurens*-nal (ki hasonló esetet tett közzé) együtt állítja, hogy ilyen figyelmen kivül hagyott otitis gyakran indító oka lehet purulens meningitisnek és igy az exitus talán rejtve maradt okának. (La pédiatrie pratique, 1906 szeptember 15.) *Péteri* dr.

Fertőző kórok terjedése házi állatok útján czímmel kimerítően közli *Remlinger* és *Nouri* azon kisérleteket, melyeket ez irányban főleg kutyákon és macskákon végeztek. Kisérleteiket a typhus-, diphtheria-, pyocyaneus- és anthraxbakteriumok culturáival végezték, még pedig oly módon, hogy a tenyészeteket a kisérleti állatok hátának szőrzetén kenték szét és minden 3—4. napon lenyirván néhány szőrszálat, vizsgálták a bakteriumok virulentiáját.

Az eredmények macskákon és kutyákon végzett kisérletekben körülbelül megegyezők voltak. A typhus bacillusa az állat szőrzetéből még a 17. napon is kitenyészthető volt, a b. Loeffler még a 24. napig, a b. pyocyaneus a 16. napig tartotta meg virulentiáját. Az anthrax bacillusával macskán végzett kisérletek még eredménytelenek, kutyánál ellenben még 2 hónap mulva is kitenyészthető volt a bacillus.

A házi állatok, főleg pedig a kutyák és macskák tehát állandóan veszélyeztetik a velök foglalkozó, vagy őket kényeztető személyeket a fertőzés lehetőségével, kórházakban pedig előidézői lehetnek a rettegett házi fertőzéseknek, a miért is ilyen és hasonló helyekről ezen állatok számüzendők. (La pédiatrie pratique, 1906. 18. sz.) *Péteri* dr.

Bőrkórtan.

Az isoform gyakorlati alkalmazásáról nyilatkozik *B. Heile* (Wiesbaden), a ki e hintőpor kiváló hatását erősen hangoztatja. Tapasztalai e szerről a következők: Beható bakteriologiai vizsgálatai megállapították, hogy az isoform erős antisepticum. A sublimattól és carbolsavtól abban különbözik, hogy hatását fehérjetartalmú közegekben is kifejti. Hatásos sokszor akkor is, a mikor elvétve a legerősebb antisepticumok sem válnak be. Nem mérges. E tulajdonsága a jodoform fölé helyezi. Gyengén ánizsszagú és az ép bőrön dermatitist nem okoz. (Csak *Hoffmann* irt le egy esetet.) Antiseptikus hatása, akár csak a jodoformé, állandó (Dauerantisepticum). Egyszerüen a jodoform pótszerének az isoform nem tekinthető. Igaz ugyan, hogy sokszor a jodoform helyett használható, de azért a „pótszer" kifejezés kevés, mert oly jó tulajdonsága van, hogy a bőrön vagy a kötőszerben levegő hozzájutásakor is kifejti antisepsises hatását, a mit a jodoform nem tesz. Az isoform ezért antisepticumnak sui generis tartandó. Töményen nem alkalmazható mint olyan hintőpor, melyet bátran lehet széthinteni a sebfelületeken. Csakis bizonyos indicatiók alapján alkalmazandó a szer. Kellő higításban, porral vagy kenőcsben igen alkalmas antisepticumot nyerünk. Indifferens, de még antisepsisesen ható hintőporok nyerhetők, ha az isoformport calcium phosphoricummal, zinc. oxyd.-mal, bolus albával vagy dermatollal úgy higítjuk, hogy 5%-os pulvis isoformiit nyerünk. Ugyanúgy készithetünk egy gyengén antisepsises kenőcsöt is. Fontos azonban tudni, hogy a kenőcsök constituensként ne csak vaselint, zsirt és olajat tartalmazzanak, hanem kevés vizet is, mint pl. az unguentum adipis lanae, vagy az unguentum leniens. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 35. sz.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A syphilis gyógyításának jelen állását tárgyalja behatóan *M. Oppenheim* (Wien). A szerző bőséges irodalmi adatok alapján a következő megállapodásra jut e kérdésben. A syphilis therapiája egészben véve alig haladt előre. Az. ú. n. chronikus intermittáló kénesőkezelés meglehetősen terjedt, az injectiós kúrát pedig kezdik lassanként épen olyan mértékben használni, mint a kenőkúrát. Az injectiós kezelésben a szerzők nagyobb része a nehezen oldódó kénesőkészítmények használatát ajánlja. A kéneső belső adagolásának, valamint az egyéb e fajta kúráknak csak aránylag kicsiny az alkalmazási köre. A jodtherapia nagyot lendült az által, hogy oly készítmények merültek fel, a melyek a bőrre, illetőleg intramusculárisan alkalmazhatók. A syphilis kóroktani gyógyítása, mely a majmok syphilis iránti fogékonyságának felismerése és a spirochaeta pallidának felfedezése következtében újabban ismét vizsgálat alá vétetett, eddig még nem igen járt positiv eredménynyel. Majmoktól eredő antitoxinos serumoknak használata, activ immunisatiós kisérletek, valamint oltási kisérletek mindeddig sikerrel nem jártak. Nem szabad azonban feladni a reményt, hogy ezen új utaknak további használata a a reménylett végczélra, a syphilis kiirtására fog valamikor vezetni. Arra a kérdésre, hogy az újabb ismeretek a syphilis kórtanában összhangzásba hozhatók-e a syphilisnek mai kezelésével, a szerző határozott igennel válaszol. A chronikus intermittáló kénesőkezelés, a melyet jelenleg a spirochaeta pallida fajlagos ellenszerének kell tekintenünk, épen úgy, mint a hogy a chinint a malaria kórokozóival szemben ilyennek tartjuk, teljesen megfelel a *Finger* és *Landsteiner* által megállapított ténynek, hogy a syphilises egyének csak relativ immunitással vannak felruházva. Minden lueses egyén saját vagy idegen virus által megbetegedhetik, ha immunitása csökken. A klinikai észlelés azt mutatja, hogy ez bármikor bekövetkezhetik. Bekövetkezik akár helyben az első általános eruptio nyomán deponált spirochaeták által, akár a szervezetnek a meglevő raktárakból kiinduló elárasztása által. Mivel pedig ennek az időpontját nem ismerjük, bizonyára helyes, ha a spirochaeták elleni specificumot, a kénesőt gyakran és kellő mennyiségban adjuk. Az a körülmény, hogy a gummákban is sikerült a spirochaetákat kimutatni, valamint azoknak fertőzőképességét megállapitani, szükségessé teszi, hogy az ú. n. tertiaer tüneteket, akár csak a korai lueses tüneteket, kénesővel is kezeljük. (Wiener klin. Wochenschrift, 1906., 32—35. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az újszülöttek ophthalmoblennorrhoeájának meggátlására *Leopold* a rendesen használtatni szokott 2%-os helyett csak 1%-os argentum nitricum oldatot használ. A lehetőleg frissen készült oldatból egy cseppet juttat legömbölyített végü üvegpálczával a szembe, úgy hogy a corneán eloszoljon. Cseppentőüveget azért nem használ, mert vele a legnagyobb óvatosság ellenére is többnyire több csepp jut a szembe. A becseppentés után nyugodtan kell hagyni a szemet; semmiféle utókezelésnek nincsen helye. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 18. sz.)

Epilepsia eseteiben *Lion* a Poehl-féle cerebrint használja klysma vagy bőr alá fecskendezés alakjában (a 2%-os sterilizált oldat ampullákban kapható). A diaetából megvonja a konyhasót és a húst. Natrium bromatumot is ad, de csak nagyon kis adagokban. Ezen kombinált módon kezelt 20 betege közül 18 állítólag teljesen meggyógyult, 1 a gyógyulás útján van és 1 jelentékenyen javult. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 37. sz.)

A viszketés csökkentésére diabetes okozta pruritusban, pruritus senilisben és pruritus vulvaeben nagyon melegen ajánlja *Freund* a Ritsert-féle anaesthesint lanolinnal készitett 10%-os kenőcs alakjában. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 6. füzet.)

A thymomel scillae-t pertussis, valamint heveny és idült bronchitis eseteiben nagyon jó eredménynyel használja *J. Weiss* (Bécs). Az adag gyermekeknek kávéskanálnyi, felnőtteknek ½ evőkanálnyi mennyiség 1—2 óránként. (Österreichische Ärzte-Zeitung, 1906. 9. szám.)

Vegyes hirek.

Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezits-utcza 15. sz. alatt van.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos téli orvosi gyakorlatát Arcoban megkezdette.

Fauser Árpád dr. kórházi főorvos lakását VII., Kerepesi-út 10. szám alá helyezte át.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület szeptemberben 756 egyént részesített első segitségben. Ezenkivül 505 szállitást végzett, 134 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 28 esetben vaklárma miatt vonult ki. A szeptember havi működési főösszeg tehát 1323.

A nyitramegyei „Ágoston" közkórház 1904. és 1905. évi betegforgalmáról szóló együttes kimutatást a napokban tette közzé *Fridrich Alajos* dr., a kórház igazgató-főorvosa. A tulajdonképeni statistikai rész megelőzően az immár 20 éve működő kórháznak történetét és fejlődését ismerteti. Az 1904. évben 1574 beteget (940 férfi és 634 nő) ápoltak; a halálozás 7·1% volt; nagyobb műtétet 42 esetben, kisebb sebészi beavatkozást pedig 442 esetben végeztek. 1905-ben az ápoltak száma 1517 volt (867 férfi és 650 nő); a halálozási százalék 10·4-re rúgott. Nagyobb műtét 44 esetben, kisebb sebészi beavatkozás pedig 351 esetben történt. Az 1904. évben egy-egy betegre 22·9, az 1905. évben pedig 23·7 ápolási nap esett.

Megjelent. *Reisz Mór*: Az 1876. évi XIV. törvényczikk, a közegészségügy rendezéséről és a reávonatkozó törvények ministeri, birósági és egyéb hatósági rendeletek, határozatok és döntvények rendszeres gyüjteménye. Második tetemesen bővitett kiadás. A szerző tulajdona. — *Ferenczi Imre*: A munkáslakás-kérdés, különös tekintettel Budapestre, Budapest, Kilián Frigyes utóda kiadása. Mindkét munkát ismertetni fogjuk. — *Körösy József*: Budapest székes főváros halandósága az 1901—1905. években és annak okai. II. rész, 5. füzet. Szerkesztette *Pikler J. Gyula* dr., a hivatal szaksegédc. Budapest, 1906. Grill Károly udvari könyvkereskedése.

Meghaltak. *Rakovszky József* dr., volt ruszkabányai bányaorvos, október 20.-án Bécsben. Vagyona legnagyobb részét, mintegy 200,000 koronát, budapesti szegény tanulók támogatására hagyta. — *Grünhut Adolf* dr., székesfővárosi gyakorló orvos, október hó 28.-án 81 éves korában. — *Fr. L. Hesse*, a fogászat rendkivüli tanára s az egyetemi fogászati intézet igazgatója Lipcsében, október 22.-én, 57 éves korában. — *James Stuart* dr., a belorvostan tanára Montrealban (Canada), október 6.-án, 60 éves korában. — *Rothmund A.* tanár, az ismert szemész, a müncheni egyetemnek 1900-ig rendes tanára, október 27.-én, 76 éves korában. — *Adamjuk* dr., a szemészet nyugalmazott tanára Kazanban. — *Holst* dr., a nőorvostan nyugalmazott tanára Dorpatban, 84 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Fleiner* tanárt Heidelbergben a poliklinikai belorvostani tanszék rendes tanárává nevezték ki Vierordt tanár utódjául. — A nyugalomba vonuló Erb tanár helyébe a belorvostani klinika igazgatójául ugyancsak Heidelbergben *Krehl* tanárt hivták meg Strassburgból. — Varsóban *Tscherniakhowsky* és *Gordre* dr.-okat a sebészet, illetőleg az élettan rendes tanárává nevezték ki. — Strasburgban október 27.-én avatták fel ünnepélyesen az új egyetemi gyógyszertani intézetet.

A haldoklás tüneményeivel foglalkozik *R. H. Chase*, philadelphiai kórházi főorvos 1500 gondosan megfigyelt eset alapján. Legalább 90%-ában az eseteknek a halált a fájdalmak csillapodása és az öntudat fokozatos elhomályosodása, mély álomszerű állapot előzi meg. A vallásosságnak semmi befolyása sincs a haldoklás psychikai tüneményeire, nevezetesen legkevésbé sem enyhíti a halálfélelmet. A haldoklásnak három stadiumát lehet megkülönböztetni. A harmadik stadiumnak legjellemzőbb vonása, a mire eddig még nem figyelmeztettek, a sternocleidomastoideusok szereplése a lélegzésnél, minek folytán a fej biczczentő mozgásokat végez. Ez a haldoklás legbiztosabb jele, minden más jel mellett még magához térhet a haldokló, a fejbiczczentők működése mellett sohasem. Ez a stadium átlag 20 perczig tart, de tarthat 1 perczig s 7 óráig is. Ha a sternocleidomastoideusok működni kezdenek, elérkezett az ideje annak, hogy az orvos vagy ápoló a haldokló ágya köré gyüjtse a család tagjait. (New-York Medical Journal, aug. 25.)

A tisztességes asszonyok syphilise. Ilyen czimen tartott előadást *Fournier* a párisi Académie de Médecine-ben október 2.-án. Tapasztalatai szerint a syphilissel fertőzött nők 1/5-e férjezett. A férj a syphilisét az esetek 2/3-ában a házasság előtt, 1/3-ában a házasság megkötése után szerezte. 218 esete volt, a hol a férj virulens syphilissel nősült! Volt olyan esete, a hol a férj a házasság előtt öt évvel szerezte baját s még mindig fertőzőnek bizonyult; ezért véleménye szerint a házassági engedély a syphilissel fertőzöttnek öt éven alul nem adható meg. A virulens bajjal nősülő férfiak egy része galád cynikus, a ki ismeri baját, de nem törődik a következményekkel, egy másik része könnyelmű ember, a ki nem tartja baját olyan komolynak, ha fel is világositotta orvosa, de a legtöbben teljes tudatlanságban vannak bajuk jelentősége felől. Fournier előadását annak hangoztatásával végzi, hogy égetően szükséges, hogy a közönség felvilágosittassék a nemi bajokról s különösen a syphilisről.

A szt. Lukácsfürdői I. segédorvosi állás
f. é. deczember 1-ével betöltendő. Az állás, mely fix fizetéssel és szabad lakással kapcsolatos, **kedvező anyagi viszonyok mellett** nőtlen, fiatal orvosoknak alkalmat nyujt a balneologia és hydrotherapia gyakorlati elsajátitására. Massageban jártasak előnyben részesülnek. Jelentkezéseket elfogad *Bosányi Béla* dr. kir. tanácsos, a szt. Lukácsfürdő főorvosa.

Most, midőn az őszi időjárás behatása alatt a légzőszervek megbetegedései lényegesen felszaporodnak, felhivjuk a t. orvos urak b. figyelmét a **Liquor thiorobin comp. sec. Eibach**-ra, mint a mely szer nemcsak egyik legkiválóbb segédeszköze a phthiseotherapiának, hanem a légzőszerveket érintő minden megbetegedésnél kitünő szolgálatokat tehet. Jóllehet tüdőgyuladás ellen specifikumnak mondható, mégis igen jó haszonnal alkalmazható idült hörghurut, emphysema, influenza, szamárhurut stb. után visszamaradni szokott makacs hurutok ellen.

A nyers lysoform, a mely olcsó, nem mérgező és szagtalanító, *Strössner* vizsgálatai szerint a nagyban való fertőtlenitésre (ruhák, butorok, padlók stb.) jól használható. A nyers lysoform 7·8% formaldehydet tartalmaz. 2%-os oldata a typhusbacillust 1 óra alatt, 5%-os oldata a diphtheria-bacillust 15 percz alatt öli el. Tiszta bakterium-tenyészettel inficiált kathetert 5%-os oldata 2 óra alatt sterillé tesz.

A lapunk 43. számához csatolt prospectusban emlitett **Veronal**, nem mint ott tévesen jelezve volt, F. Hoffmann La-Roche & Cie czég, hanem a **Farbenfabriken, vorm. Fr. Bayer & Co. Elberfeld** gyár készitménye.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brünning, Hoechst a/M. czég „Anaesthesin" czimű prospectusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Sulfosot" czimű prospektusa van csatolva.

ABBAZIA **Dr. SZIGETI MÁRTON** — a légzőszervek specialistája.

Marilla sanatoriumban a **napi pensio:** lakás, kiszolgálás, világitás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **— 12.50-16** koronába **kerül. —** **Az igazgatóság.**

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

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák, minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

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

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

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

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

Orvosi laboratorium: (Szövetség-utcza 14—16.) Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** Telefon-szám 90—46.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 15. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

Simonyi Béla dr. Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49—57. Modern **Röntgen**-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek. **Vibratiós massage.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XX. rendes tudományos ülés 1906. október 27.-én.) 1019. l. — A franczia sebésztársaság XIX. congressusa Párisban. 1020. l. — Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1906. október 10.-én.) 1021. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 1022. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes tudományos ülés 1906. október 27.-én.)

Elnök: **Stern Samu** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Az elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Korányi Sándor, Remete Jenő és Elischer Gyula tagtársakat. Jelenti, hogy Kassai Jenő az „internationális tüdővészellenes congressus munkálatai"-t beküldötte az egyesületnek. Köszönettel vétetik. Bemutatja a tud.-egyetem rektorának meghivóját a 28.-án tartandó „Rákóczi-ünnepélyre".

A szivbetegségek pathologiájának és therapiájának néhány problemájáról.

Korányi Sándor: A vérkeringési sebesség hanyatlásakor a vér fehérjéjének jobb kihasználása következtében hydroplasmiássá válik. Az oxygen jobb kihasználása folytán a vérben az oxygen csökken. E csökkenés polycythaemiát vált ki. A szivbajos polycythaemia lényegileg azonos a magaslati polycythaemiával, a mely utóbbi sokkal kisebb fokú, mint a hogy azt eddig hittük. Oxygen-belégzés után mindkét polycythaemia eltünik. Az oxygen-kevesbedés által kiváltott emelkedése a vérsejtek relativ számának és a vérsejtek megnagyobbodása a megszaporodott szénsav hatása alatt a vér viscositását fokozza. Az oxygenhiány e hatását illustrálja, hogy oxygen-belégzés után a vér viscositása csökken.

Ép keringési rendszer mellett a viscositás physikai következményei ellensúlyoztatnak. Decompenzált szivbetegnél ez az ellensúlyozás elmarad. Azért a keringés lassúdása folytán létrejött fokozódása a viscositásnak a keringést még lassubbá teszi. E circulus vitiosus meg is fordítható: a keringés gyorsulása csökkenti a viscositást, ez pedig fokozza a keringési sebességet.

A pangásos vese elektrolyt-kiválasztása függetlenné válik a beviteltől és kisebbedik. Ha a bevitel nem csökken, elektrolytok torlódnak fel. Ezek a sejtekre gyakorolt vérelvonó hatásuk útján szomjúságot okoznak. Az ez által okozott vízfelvételt nem követi bővebb vízdiuresis, mert a pangásos vese vízkiválasztását csakis a vérkeringési sebesség szabályozza. Ennek következménye a vízretentio. A visszatartott víz nem higitja a vért, hanem ebből a szövetekbe jutva, a pangásos vízkórt fokozza. Ez növeli az erekre nehezedő szövetnyomást és ez úton az akadályt fokozza. Az insufficiens szív ehhez nem tudván alkalmazkodni, az elektrolytek retentioja végeredményben a keringési sebesség csökkenésére vezet. Ebből is circulus vitiosus származik, a mely épen úgy megfordítható, mint a többi, köztük az előbb emlitett. A decompenzált szivbeteg keringésének labilitását a therapia kihasználja. Minden eredményes beavatkozásnak automatikusan folytatódó utóhatása van. E beavatkozások a keringési akadály csökkentésére is irányulhatnak. Az akadály csökkentésének egyik módja a vér viscositásának csökkentése. Ez elérhető venaesectioval vagy polycythaemia esetén oxygen-belégzésekkel. A külső akadály csökkentésének módja a hydrops kezelése. Minthogy a hydrops egyik oka az elektrolytek retentioja, e retentio elleni küzdés a therapiának hálás feladata. Módjai: olyan húgyhajtók rendelése, a melyek az elektrolytek kiürítését mozdítják elő, továbbá az elektrolytek bevitelének korlátozása. A „dechloruratio" módszere e vizsgálatok alapján fejlődött ki s nem annyira a meglevő hydrops gyógyitására, mint inkább a hydrops kifejlődésének és fokozódásának megelőzésére való.

Jendrássik Ernő: A nagyon érdekes előadás nagy anyagot ölel fel és igazolva látunk sok olyan dolgot, a mit azelőtt nem tudtunk magyarázni. Vizsgálatai a calomelről, a melyekről az előadó megemlékezett, igazolják, hogy a diuresist megelőzi a vérbe való beáramlása a viznek és csak azután vehető észre a vizelet szaporodása. A bemutatott táblázatban először szaporodott a vizelet, csak azután mutatkozott a vérben.

Korányi Sándor: Ez csak spontan ingadozás és onnan van, hogy a refractometeres vizsgálat nem aznap, hanem később történt, különben összeesett volna.

Jendrássik Ernő: Köszöni a magyarázatot és érdekelné a lefolyása ezen változásnak. Évtizedekkel ezelőtt foglalkozott e kérdéssel, de igen háladatos volna azt diureticumok adása mellett is vizsgálni.

Az O-belégzés életmentő hatását igazolja a klinikáján fekvő egy myasthenias betege, a kinek életét O-belégzéssel tartják fenn $1^1/_2$ év óta.

Róth-Schulz Vilmos: Azt a kérdést óhajtaná tisztán látni, hogy milyen összefüggés van a szivbajosok hydraemiája és vizenyője között. Az utóbbit tisztán az abnormis vérelosztásból s abból eredő fokozott capilláris nyomásból nem magyarázhatjuk már azért sem, mert az abnormis vérelosztás a nyomást a hajszálerekben a physiologiai kisérletek tanúbizonysága szerint nem emeli, hanem csökkenti. Nyomásemelkedés csak az által jön létre, ha a pangásos vese hiányos működése folytán viz gyűlik meg a vérben, azaz hydraemiás plethora fejlődik. Ha nem ez a keringési viszonyok megváltozása s a vizenyő között a kapocs, s a hydraemia eredete másutt keresendő, akkor a vizenyő keletkezésének egyéb tényezője után kell kutatnunk. Számba jöhetne mint ilyen a hydraemiás, fehérjeszegényebb vér csökkent vízszivó ereje s ezzel a szövetnedv hiányos visszaszivódása.

Korányi Sándor: Jendrássik felszólalására nincs mit megjegyeznie, úgy látszik egyetértenek. Róth-Schulz felszólalására megjegyzi, hogy a hydrops therapiájába nem akart belemenni. Hogy a hydraemiának van-e szerepe a hydrops keletkezésében, erre az a megjegyzése, hogy igazi hydraemiája a szivbetegnek nincs, mert ha volna, ki lehetne mutatni a refractometerrel a vérsavó víztartalmának fokozódását bőséges ivás után.

A hydroplasmia okát abban látja, hogy a vér fehérjéjét a szövetek jobban kihasználják. Miután a vér resorbeáló ereje plasmájának fehérjetartalmától függ, ez az állapot a resorptio csökkentése útján szerepelhet a hydrops keletkezésében. E mellett a nyomásviszonyok megváltozása és ezekkel kapcsolatban a keringési sebesség hanyatlása kétségtelenül kiválóan fontos szerepet játszik a vizkór képződésénél. Vesebajosoknál a hydraemia nagyobb fokú és csakugyan a retentióból ered s a vörösvérsejtek megkevesbedésével jár együtt. A veseinsufficientiánál mutatkozó felhigulás a vérplasma volumennagyobbodásával jár.

Röntgen-fénynyel kezelt mediastinális tumor kórboncztani készitményének bemutatása.

Elischer Gyula és **Engel Károly**: Bemutatják azon egyéntől származó kórboncztani praeparatumot, a kit a tavaszszal mint 250 percznyi besugárzás után nagy mértékben javultat mutattak be. A betegnél kiterjedt metastasisok keletkeztek a pleurán, a pericardiumon, a gerinczcsatornában, a melyeknek áldozatul esett. A mediastinum anticumban ellenben, a honnan kétségen kivül kiindult a sarkoma, csak hegszövet található, melyben górcső alatt sem lehet daganatsejteket kimutatni.

Mesocolonsarkoma kiirtása.

Pólya Jenő Sándor: B. S.-né, 48 éves, korcsmárosné, Salgótarjánból. 7 év óta veszi észre, hogy hasának jobb felében daganata nő, mely semmiféle különös kellemetlenséget nem okoz. Főpanasza az, hogy 8 hó óta vérzése gyakran, 3 hetenként jelentkezik és 8—10 napig tart. Állitólag többször véreset vizelt, de a vizeletében levő vér darabos volt és nem volt a vizelettel elkeverve. Különben vizelete, székletéte rendes.

Felvételekor a szt. Margit-kórházba a mérsékelten táplált nő mellkasi szervei épek. A has jobb oldala előredomborodó, s itt emberfejnyi, nyomásra is alig érzékeny, minden irányban, de különösen jobbról balra jól mozgatható, dudoros felszinű, éles határú daganatot lehet tapintani, mely az ágyéktájra átballotál, s a bordaivtől a csipőtányérig terjed, kemény, kissé rugalmas, de nem fluctuál. A kopogtatási hang felette tompa, s a májéval összefolyik; a colon ascendens belső oldalán vonul, majd alája kerül. Vaginális vizsgálatnál a daganat alsó csúcsa a medenczében érezhető, de az ép nemi szervekkel nem függ össze. A vizeletben kóros alkotórészek nincsenek.

Műtét augusztus 16.-án. Laparotomia a jobb rectus külső széle mellett. Kiderül, hogy a daganat a mesocolon ascendensben ül, s a belet medián felé és előre tolja. Kimetszve a mesocolon s a fali hashártya körüli redőt, a daganatot kihámozzuk, a hozzája futó számos tág gyüjtőeret kettősen lefogva és lekötve. A féregnyúlványt amputáljuk. Miután meggyőződtünk, hogy a daganat ágyában vérzés nincs, a mesocolonsebet bevarrjuk, azután a hasfalat átöltő és felületes bőrvarratokkal zárjuk.

A kiirtott daganat $25 \times 15 \times 11$ cm. nagyságú, tojásdad, szürkéssárga, helyenként kékes-szürke foltokkal tarkázott, egyenlőtlenül dudoros és jól kifejezett rostos tokkal bir. A metszéslapon erősebb kötőszöveti sövényekkel elválasztott szigetek mellett finom szemcsézettség vehető ki. Górcsövi lelet (Minich egyet. m. tanár): sarcoma endotheliale.

A műtét után a beteg nagyon collabált, másnapra azonban összeszedte magát. Az első 10 napon láztalan, augusztus 26.-án 38·1 C.° esti hőmérsékkel, mikor is a sebet kibontva látjuk, hogy a zsirszövet nekrotizált, a sebszélek elhaltak, s közöttük olajcseppekben dús geny van. Ezután 10 napig lázas a beteg a daganat ágyában keletkezett haematoma szétesése folytán. Ennek kibocsátása után a láz csökken, de csak a lumbáltájon ejtett contraincisiora (szeptember 5.) válik teljesen láztalanná. Jelenleg a sebek teljesen begyógyultak, kivéve az elülső seben egy 3 cm. hosszú és $^1/_2$ cm. széles felületes sarjfelszint. Jó közérzettel elhagyja a kórházat.

Ritka elhelyezésű echinococcus.

Pólya Jenő Sándor: R. J., 21 éves, mészárossegéd. Kisebb fajta huruttól, gyermekkori himlőtől eltekintve egészséges volt 1905 nyaráig, a midőn egy reggel heves hányásingere támadt és kihányta az előző este evett ételt. Ezen időtől kezdve 3 hónapon át folyton hányt és igen elgyengült. Állapota orvosi kezelésre javult. A leirt betegség idejében vette észre, hogy hasában a köldöktől jobbra diónyi göb képződött, mely folyó évi junius táján gyors növésnek indult. Ezen daganat hajlás, nyomkodás alkalmával kissé fájdalmas volt, egyéb nehézséget azonban nem okozott.

Felvételekor a szt. Margit-kórházba a jól fejlett és táplált, de meglehetősen sápadt férfinak mellkasi szervei normálisak. A has különösen jobboldalt előredomborodó; a köldöktől jobbra a hasban egy jócskán 2 ökölnyi, lekerekített szélű, tojásdad, nyomásra alig érzékeny, sima felszinű, feszesen fluctuáló daganatot tapintunk, mely éles határú, a légzőmozgásokat követi, a has jobb felét a bordaivtől a csipőtányérig kitölti. Ezen daganat a lumbális tájra átballotál s egyébként is rendkivül mozgékony, úgy hogy ingaszerűleg a középvonalon túl is eltolható. A colon asc. belső oldalán és alatta vonul el. A vizelet ép. Ureterkatheterismus alkalmával (Rihmer dr.) mindkét oldalt normális viszonyok.

Műtét augusztus 30.-án. Laparotomia a jobb rectus külső szélén. A hasüreg megnyitása után előbukik a daganat, mely echinococcus-tömlőnek bizonyul, melyhez a felcsapott cseplesz sokszorosan hozzátapad s mely a máj elülső szélén az epehólyag előtt mintegy forintnyi alapon ül. Az összenövéseket szétválasztva, a daganatot májbeli ágyából tompán kihámozzuk, s az e közben támadó parenchymás vérzést tampon odanyomásával csillapítjuk. A nyél átmetszése közben kitünik, hogy a tömlőnek kis folytatása a máj elülső szinére vonul. Ebből átvágáskor hollótoll vastagságú nyiláson néhány csepp geny ürül. A tömlőnek ezen csikszerű nyújtványa mentén tapintva megtudtuk, hogy a máj elülső felszinén, mintegy 5 cm.-rel a máj éles széle felett kezdődőleg, egy félökölnyi echinococcus-tömlő ül, melyet a hasseb felső szélébe hozni nem sikerül; azért a IX. és X. bordaporcz egy darabját resekáltuk s igy elég teret nyertünk, hogy az echinococcus-tömlőt a hassebbe húzzuk. A tömlőt körültamponálva megnyitjuk, tartalmát (szorosan egymáshoz gyömöszölt leányhólyagok) kiüritjük, falát kikaparjuk, s az ágyát tamponálva, a hassebet zárjuk. A műtétet a beteg jól állotta ki; a lefolyás, csekély fonaltályogtól a seb alsó zugában eltekintve, normális volt és jelenleg lencsényi sipolynyilással a tampon helyén, mely minimális váladékot termel, elhagyja teljesen jó közérzettel a kórházat.

A kiirtott echinococcus-tömlő 19 × 9 × 11 cm.-nyi, tojásdad, felül gombszerű nyúlványnyal bir, mely a májhoz tapadt volt; benne számtalan apró, viztiszta leányhólyag van, melyek zavaros sárga folyadékban úsznak.

Prostatektomia transvesicalissal gyógyított prostata-túltengés esete. (Freyer-műtét.)

Remete Jenő: A prostatektomia terén a Lissabonban megtartott legutóbbi nemzetközi orvosi congressuson, a hol az urologiai szakosztályban e műtét javalatait megvitatták, úgy a transvesicalis, valamint a perinealis módszer kérdésében azon megállapodásra jutottak, hogy a két műtét közül adott esetben mindig az végeztessék, melylyel a mirigy kihámozása könnyebben és biztosabban végezhető, hogy tehát a műtét javalatait illetőleg mindig a helybeli lelet a mértékadó.

Ez a felfogás helyes, úgy hogy általánosan érvényes alapszabályként fogadható el.

Remete a prostatektomia transvesicalis gyógyult esetét mutatja be, a hol az indicatio szigorúan e szabály alapján állapittatott meg, és a hol a műtét a legjobb eredménynyel járt. Az első ily eset ez, melyet nálunk, Magyarországon bemutattak, mert más műtők nehány esete perinealis prostatektomia volt.

Az operált egyén 53 éves raktárnok, ki hat év óta prostata-túltengés okozta vizelési zavarokban szenvedett. A vizelet-retentio incomplet volt és a residuum mennyisége 600 és 120 cm³ között ingadozott. A lokális vizsgálat alkalmával a prostata a rectum felé mérsékelten megnagyobbodottnak bizonyult, ezzel szemben jelentékeny volt a túltengés a hólyag felé. A cystoskopiai lelet szerint ugyanis mindkét lebeny a hossztengely irányában 3 cm. hosszú volt, és nyelvszerűen nyúlt a hólyag ürébe.

A prostatismus erősen kifejezett volt, és mivel e betegnél szerény viszonyai és fogyatékos intelligentiája miatt nem volt ajánlatos, hogy önmaga kezelje magát, gyökeres műtétet ajánlottunk. A vizelet tiszta volt, idegen alkotórészeket nem tartalmazott.

A beteget 1906. márczius 29.-én vették fel a budapesti általános poliklinika kórházába. A Freyer szerint végzett typusos műtéttől Remete annyiban tért el, hogy a prostatalebeny kihámozása előtt annak tokját nem körömmel, hanem késsel hasította fel; a resectiót a Young-féle elevator segitségével végezte, mialatt a prostatára egy segéd a rectum felül ellennyomást gyakorolt. Az első 10 napon drainezés csupán a hólyag felől, azután állandó katheter. Sima gyógyulás. A beteg a kórházat teljesen visszafejlődött prostatismussal, residuális vizelet nélkül hagyta el; három hónap multán a beteg controll-vizsgálat czéljából ismét jelentkezett: Nappal 4—5 óránként, éjjel egyáltalán nem vizel, residuum 0, teljesen munkaképes, testsúlya 8 kgm.-mal gyarapodott, a sexuális functio zavartalan.

A franczia urologusok X. congressusa.

A sebészek congressusával egyidőben a franczia urologusok egyesülete tartotta X. congressusát *Guyon* elnöklete alatt.

A congressus az urologiának több igen érdekes kérdését vitatta meg.

Az első és legfontosabb előadások egyike *Gregoire* és *Duval*-é volt, a mely a hydronephrosis pathogenesiséről és kezeléséről szólott.

A szerzők előadásukban kifejtették, hogy a hydronephrosisokat két főcsoportba sorozhatjuk, ezek: *a veleszületett hydro- v. uronephrosisok*, melyek az ureterek valamiféle anomaliájából származnak és *a szerzett uronephrosisok*, a melyeknek oka az ureter szűküle e, elzáródása (kő), csavarodása (vándorvese), a medencze mechanikus megkisebbedése (kő) vagy a vesemedencze sérülése lehet.

A műtéti eljárás lehet radikális és conservativ.

A radikális eljárás képviselője a nephrectomia, a melyet úgy végeznek, hogy ki rtva a vesét, a sebüreget teljesen elzárják. Az eredmény ideális.

A conservativ eljárások sorában a nephropexia, pyeloplastica, a vesemedencze partiális resectioja, az ureter és vesemedencze között új anastomosis teremtése szerepel.

Az előadást követő vitában *Cathelin* ideális eredményű nephrectomiákkal számol be, *Hamonie* az ureter csavarodása útján beállott *hydronephrosist* ismertet, mig *Albarran* felhivja a figyelmet oly esetekre, a mikor a hydronephrosis oka az ureter körüli gyuladás az ureter deviatiojával. Azt a nézetet fejti ki, hogy ily esetekben a vese fixálása az ureter kiegyenesitésével elegendő a baj gyógyitására. Négy esetet közöl, melyekben a vesemedencze partiális resectiojával ért el teljes eredményt. *Lebreton*, *Luys*, *Frank* felhivják a figyelmet az urethroskopia fontosságára a diagnostikában.

Forgue az urethra angiomájának ritka esetét mutatja be, melyben az eredményes eltávolitás electrolysis útján történt.

Duchastelet elvetendőnek tartja a Janet-féle húgycsőmosásokat és ajánlja a vékony katheter bevezetését húgycsőmosásoknál.

A következő ülések számos tárgya közül említést érdemel *Luys* előadása. Azt vitatta, hogy az a készülék, melyet ő maga konstruált, leginkább alkalmas a hólyag vizsgálatára, az ureterek katheterizálására a hólyag műtéteinek végzésére, mert a műszer segitségével egyenes képet nyerhetni. (Cystoscopie à vision directe.)

Az ülés nem fogadta szivesen *Luys* eljárásának ismertetését és Parteau és Cathelin az eddig használatban levő Nitze-féle cystoskopot vette védelmébe. A műszer segitségével a vizsgálat, az ureterek katheterismusa, az endovesicális műtétek végzése egyszerű és könnyű, sokkal egyszerűbb, mint a *Luys* műszerével és igy nincs ok arra, hogy elhagyjuk.

Felbátorítva azoktól az eredményektől, a melyeket a női cystitikus hólyag curettezésével a húgycsövön keresztül elért, *Pousson* férfiak chronikus cystitisénél e czélra szerkesztett curettes szondával végezte a hólyag nyálkahártyájának kikaparását igen buzdító eredménynyel.

Cathelin, *Contremoulin* és *Debains* a vese- és ureterkövekről értekeztek. 410 esetről számoltak be, melyekben a kórismét a Röntgen-felvétel alapján állitották fel. E számos eset közül ritkaságként szerepel 4 eset, a mikor a kő az ureter medenczei részében feküdt. Ez esetekben az eltávolitás per laparotomiam történt.

A congressus tagjai az utolsó ülés előtt Guyonnak a Necker-kórházban levő osztályát szemlélték meg, a melyet a következő tanévben Guyon Albarrannak ad át.

Az utolsó ülés tárgya főként eszközbemutatás volt.

Hamonie igen szövevényes szerkezetű *urethrographot* mutatott be.

Janet a Holt-féle tágító javitott kiadását ismertette.

Freudenberg igen gyakorlati értékű mandrint mutatott, a mely puha műszereknek a hólyagba való bevezetésére való. A mandrin distális vége görbült és igy visszahajlitható a katheterre, a melyet a végén levő horog erősit meg.

A congressus üléseit, a melyen a franczia kiváló urologusok majd teljes számban jelentek meg, Guyon rekesztette be.

Az új választás alkalmával ismét Guyon lett az elnök.

Páris, 1906. október.

Zilahy Jenő dr.

A franczia sebésztársaság XIX. congressusa Párisban.

Október elején ülésezett Párisban a franczia sebésztársaság XIX. congressusa, melynek elnöke ez alkalommal *Montprofit* anversi sebésztanár volt. A congressuson résztvett a párisi és vidéki sebészek színejava, néhány német és osztrák sebész, Magyarországból Farkas László főorvos.

A congressus tárgysorozatának első főkérdése volt: a nagy venák sérülésének sebészi ellátása, a melyre vonatkozó tanulmányát *Lejars* terjesztette elő.

Az erek sérülésének eddigelé gyakorlatban volt sebészi ellátása rendszerint az ér lekötése volt, a mely ugyan a sérülés következményét, a vérzést megszüntette, de egyúttal gátat vetett az ér további functiojának. A kis erek lekötése a szervezetre nézve majdnem teljesen indifferens, de nem áll ez akkor, ha már nagyobb érről van szó. A vena portae lekötése feltétlenül halálos és káros következései vannak a végtagok venái lekötésének is.

A sérült nagyobb érnek ideális sebészi ellátása a varrat, az

a művi eljárás, a mely a sérült érfal egyesítése után a vérkeringés normális lefolyását nem gátolja meg.

Az asepsis legszigorubb elveinek követése elengedhetetlen feltétele a sikernek, mert a legcsekélyebb fertőzés illusoriussá teszi az egyesítést és a gyors propagatio révén könnyen áll be általános fertőzés.

A varratot eddig majd mindegyik nagy venatörzs sérülésénél alkalmazták, még pedig eredménynyel.

A varrat indicatioja fennáll a vena portae, a vena cava inf. sérüléseinél feltétlenül, mert ezek lekötése halálos kimenetelű. Még e vérerek kisebb fokú sérüléseinél is a legjobb eljárás a varrat, mert nem szűkíti az ér lumenét — mint a sérült hely ércsipőbe való fogása és lekötése — és így a vérkeringésre legkevésbé van rossz hatással.

Az előadó véleménye szerint az ér hossztengelyével párhuzamosan futó sérülések legalkalmasabbak a varrattal való egyesítésre, a ferde irányban haladó sérülések egyesítése is általában eredménynyel jár, a hosszanti vagy ferde heg nem szűkíti az ér lumenét. Az oly sérülések, melyek haránt irányban az ér lumenének felén túlérnek, nem egyesíthetők a nélkül, hogy a lumen meg ne kisebbedjék.

Ne kisértse meg senki az egyesítést oly esetben, ha az ér összezúzatott vagy a falai nem épek.

Az eljárás kivitele egyszerű. Erősen görbült béltűvel 00 számú selyemfonallal az ér falát teljesen átöltő csomós varratokat alkalmazunk úgy, hogy a sebszélek pontosan egymás mellé feküdjenek. Bátran ölthető át az ér, tapasztalás szerint thrombus nem képződik a fonal helyén, viszont nem különíthető el pontosan a media az intimától s így Lembert-varratot végezni lehetetlen. A varratok elég közel legyenek egymáshoz és az érsérülés egyesítése után felette egyesitendő a perivasculáris kötőszövet.

Az előadó álláspontjának igazolásaképen a hozzászólók: Depage, Delageniére, Doyen, Duret, Villar, Temoin, Faure, Vidal, Zembicki, Delonay, a maguk eseteinek közlésével foglaltak állást a nagyerek sérüléseinek varrattal való egyesítése mellett, sőt oly esetben, a mikor valamely oknál fogva (legtöbbször daganat) az ér resectioja vált szükségessé, a resectio és utána az egyesítés megtörtént.

A hozzászólók beszámolnak a jugularis int., subclavia, axillaris, femoralis, agyalapi sinusok, vena cava inf., vena portae sérülésének varrattal való ellátásáról; eljárásuk a legtöbb esetben sikerrel járt.

Halálesetről *Zembicki* számol be. Oly esetben, a mikor a carotis communist varrta el, a halál a műtét utáni tizedik napon utóvérzés folytán állott be: a varrat nem tartott.

Más esetben, a mikor a vena cav. inf. sérülését varrattal látta el, a beteg peritonitisben meghalt és a bonczolásnál constatálhatták, hogy a varrat teljesen tartott.

Érdeklődést keltett *Begouin* közlése. Laparotomiát végzett egy nőnél hasűri daganat exploratioja czéljából és a bal csípővályulatban egy mumifikált embryót talált, mint egy 21 év előtt rupturált tubáris terhesség gyümölcsét.

Legueu a máj sérüléseiről értekezett. Több esetben szúrt és lőtt sérülés után varrattal zárta a máj sebét eredményesen.

Pozzi új eljárást ismertet az átvágott ureter ellátására. Egy esetben műtét közben átvágta a jobb uretert. A két véget úgy egyesítette, hogy a proximális részt a distálisba invaginálta és ezután készített körkörös varratot. Czélja az volt, hogy az invaginátio útján az egyesítés sokkal biztosabb legyen. Kisérlete eredménynyel járt.

Delebrés puerperális infectio esetén ajánlja a hysterectomiát. Eseteiben 50% gyógyulást ért el.

A congressus tárgysorozatának második főkérdése a következő volt: miként közelithetők meg a sebészi tenykedés czéljaira a mellkasi szervek? Az erre vonatkozó tanulmányt *Willems* terjesztette a congressus elé.

A mellkas műtéteinél a beteget két veszedelem fenyegeti: a pneumothorax és a fertőzés veszedelme. Véleménye szerint a pneumothorax esélyei a pleura sebének nagyságán mulnak, hatással van reá másfelől a behatoló levegő áramlásának gyorsasága, továbbá az az időtartam, mely alatt a pleuraür nyitva van. Ezenkivül hatással van reá a mellkasfél is, a jobboldali pneumothorax veszedelmesebb, mint a bal; kifejlődésének bizonyos fokban gátat vetnek az összenövések és a beteg általános állapota. E tekintetben fontos a tüdők, a szív, a vérkeringés állapota és a mellkas alakja.

Hogy a pneumothorax kifejlődését megakadályozzuk a pleuraüreg megnyitása alkalmával, két elv áll rendelkezésünkre: meg kell kisebbiteni az intrapleureális légnyomást, vagy növelni kell az intrabronchiális légnyomást. E czél elérésére a Brauer- vagy Sauerbruch-készülék szolgál.

A második veszedelem a fertőzés veszedelme. A pleura rendkivül hajlamos a fertőzésre. A fertőzés prophylaxisára nézve kell, hogy az asepsis törvényeit a legszigorubban megtartsuk, ezenkivül a beavatkozás tartamát a legkisebbre kell szorítani, izoláltan kell tamponálni és műtét után teljesen el kell zárni a mellüreget.

A mellkason keresztül való behatolás hozzáférhetővé teszi a mellkasi szerveket, czélja a costopleurális daganatok kiirtása, a tüdők, a szív, a rekesz sérüléseinek, a rekesz sérveinek sebészi ellátása.

A mellkasi genyedéseknél a megnyitás nem jár nehézséggel, az esetek legtöbbjében az összenövések gátolják meg a pneumothorax kifejlődését.

Az oesophagus thoracicus műtéteinél az eredmény nem igen bátorító, a végzett nyolcz műtét mind halállal járt.

A szív varratainál az eredmény 50% gyógyulás, ez esetekben sikerrel járt a műtét ott, a hol a pericardiumot és a pleurát zárni lehetett.

Extrem esetekben a szívmassage végzésére alkalmas út a thoracotomia.

A mediastinum anticum műtéteinél 11 eset közül 7 esetben a megsértett pleura elvarrása után a műtét sikerrel járt, a pneumothorax nem fejlődött ki.

Végül konstatálja, hogy az új methodusok feltétlenül haladást jelentenek a sebészetben és a fertőzés veszedelmének meggátlására irányuló törekvések csak segitik az eljárások tökéletesedését.

A műtéti eljárások különféle módjairól *Loison* értekezett.

Az az út, melyen keresztül a mellkasi szervek műtét útján megközelithetők, lehet *a pleurán kivül és a pleura alatt* való behatolás, a mely a sternum kisebb-nagyobb fokú resectiojával vagy eltávolitásával történhetik meg; megközelithetők továbbá *a hasüreg felől* is extra- vagy intraperitonealiter akkor, a mikor a műtéti eljárás czélja a szív vagy a szívburok.

A hátulsó mediastinum magasan vagy mélyen *a bordák gerinczoszlopi végének átmetszésével* vagy a hasüreg felől közelithető meg.

A tüdőket a pleura teljes átmetszésével lehet hozzáférhetővé tenni. A mellkasi szervek egy része a bronchoskopia, oesophagoskopia útján vizsgálható és e műszerek vezetése mellett e szervekben műtétek végezhetők.

A hozzászólók közül *Touton* számos esetben végzett műtéte alapján azt a nézetét fejti ki, hogy a mellkasi szervek megközelitése a mellkason keresztül mindig megengedhető, mert a mellkas teljes restitutioja a műtét után bekövetkezik. Szem előtt kell tartani azt a fontos szabályt, hogy gyorsan operáljunk az asepsis pontos megtartásával.

Doyen, Villar, Mayer saját sikeres műtéteikkel számolva be az érintett elveknek hódolnak.

Gross oly esetet ismertet, melyben az oesophagoskopon keresztül *Sencert* által szerkesztett oesophagotommal congenitális szűkületet bemetszésekkel szüntetett meg. Traumatikus körkörös bárzsingszűkület esetében a lineáris elektrolysist ajánlja.

A congressus tárgysorozatának harmadik főkérdése volt az *ectopia testis* ellátása, a melyre vonatkozó tanulmányukat *Villard és Souligoux* terjesztették elő.

Szerintük az ectopia testist lehetőleg a pubertas előtt kell ellátni, a here lehúzásával és fixálásával. A fixálás történhetik a borékban és a czombon is, de a legjobb eredményt a borékban való fixálás adja. Oly esetben, a mikor sérv is van jelen, ellátandó ez is.

Kirmisson az utolsó hét évben a tárgyat illetően szerzett számos tapasztalása nyomán a következőkben foglalja össze álláspontját.

Az orchidopexia javalva van minden esetben, nem tartja azonban szükségesnek azt, hogy a herét a borék alapjához rögzítsük. A here lehúzása a funiculus vongálásával és az összenövések felszabaditásával mindig sikerül. Nem ajánlja, hogy korán történjék a műtét; a 10. életévig várni lehet, addig leszállhat spontan is a here. De ez a műtét legkésőbbi időpontja, ekkor remélhetünk sikert.

A felszólalást követő vitában, melyben Depage, Bosquet, Walther stb. vett részt, jórészt Kirmisson álláspontját fogadták el, mint olyat, a mely a legjobb eredményt adja.

A congressus utolsó ülésén *Doyen* számolt be azokról az eredményekről, a melyeket saját úgynevezett *daganatellenes* oltásaival elért.

Előadása előtt napokkal a congressus tagjai előtt megnyitotta klinikájának különben zárt kapuit. A tagok rendkivül gyér számmal keresték fel Doyent, köztük mindenkor ott volt az ellenőrző bizottság tagja, *Metschnikoff*.

A látogatások alkalmával több oly beteget mutatott be Doyen, a kik súlyos, jórészt recidiv rákos elváltozásokkal évekig állottak kezelése alatt. A kezelés alatt állapotuk javult, az elváltozások részint csökkentek, részint megállapodtak. Előadásában ezekre az esetekre hivatkozott és ezek révén kifejti azt a nézetét, hogy beoltásai hatásosak a legsúlyosabb esetekben is.

A kérdést a congressus nem döntötte el.

Az általános anaesthesia új módjáról értekezett *Vidal*. Készülék segitségével a végbélbe áramoltat chloroformgőzöket és így ér el általános anaesthesiát, a mely eljárásnál az eddig szokásos adagolási módnál meglevő kellemetlenségeket nem észlelte és így gyakorlását ajánlja.

A congressus jövő évi elnökéül *Berger*-t választotta meg.

Zilahy Jenő dr.

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1906. október 10.-én.)

Elnök: **Medvei Béla**. Jegyző: **Feldmann Ignácz**.

(Folytatás.)

Conjugális paralysis esetei.

Keller Kálmán: R. Gy., 56 éves, nős, nyug. rendőrvezető gyomorpanaszokkal jelentkezett felvételre.

Húsz-harmincz éves korában nagy mértékben visszaélt a szeszes italokkal, 18 év előtt luese volt, mely ellen általános bedörzsölő kúrában nem részesült.

Jelenállapot: A pupillák körülbelül egyenlők, mindkettő kissé szabálytalan, fényre renyhébben reagálnak, alkalmazkodásra elég jól, a szemmozgások minden irányban kivihetők, az arczizomzat és nyelvinnervatio meggyengült, a nyelv és ajkak reszketnek. A garatreflex kiváltható.

A triceps-, biceps-, alkar-, periost- és kéztőizület feletti reflexek megvannak. Az epi-, meso-, hypogastrikus, cremaster és talpreflexek fokozottak. A Babinski-tünet nincs meg, a térdreflexek megvannak, az Achilles-ínreflex egyik oldalon sem váltható ki. A tapintási és hőérzés sértetlen, a fájdalomérzés az egész testen csaknem hiányzik. Az érzés localisatiója eléggé pontos. A bal talpon az öregujj lábközép-ujjperczizületének megfelelőleg körülbelül két fillérnyi területen hámfosztott, kissé beszűrődött terület található. A szívtompulat határai kissé megnagyobbodottak, a szívhangok különösen az aorta felett csengők, a jobb szívgyomor felett a második hang kettős, a tapintható verőerek, különösen a radialisok fala mindkét oldalt merev, pulsusa lassú, nagyhullámú, a radialis lüktetése a felkaron feltünő. A kezeken tremor. A jobb kéz szorítóereje dynamometerrel 32, a balé 37. Behunyt szemmel kissé inog, a járás néha-néha tántorgó, a beszéd lassú, vontatott, időnként dadog, a beszédszünet közben csámcsogás. Nehezebb szavak kimondásakor szótagbotlás és betűcsere. A számolási képesség eléggé megtartott. Az olvasás lassú, a hang reszkető, elhaló, de nem hibás. Gyakran sír feleségével együtt betegségén, általában véve kedélyhangulata nyomott, alvása nyugtalan.

2. R. Gy.-né, 49 éves, férjezett, az előbbinek a neje. Hasonlóan gyomorpanaszokkal kéri felvételét.

Jelenállapot: A pupillák fényre alig reagálnak, alkalmazkodásra szintén csak renyhén. A szemmozgások minden irányban kivihetők; a facialisok és a nyelv innervatioja meglehetős. A nyelv, ajak és kezek kissé reszketnek. A garatreflex hiányzik. A triceps-, biceps-, alkar-, periost- és kéztőfeletti ínreflexek kiválthatók. A térd- és Achilles-ínreflexek fokozottak, spastikusak. A talpreflexek nem válhatók ki; Babinski-tünet nincs. A hypo-, mesogastrikus reflexek nem válthatók ki, az epigastrikus hasreflexek azonban igen. A tapintásérzés rendben, a fájdalomérzés csökkent. A hideg és meleg között jól tesz különbséget. A jobb kéz szorítóereje 11, a balé hasonló. A szívtompulat a 4. borda felső szélén kezdődik, mint absolut és mint relativ nem haladja meg a sternum jobb és bal szélét. A szívhangok tiszták. A pulsus ritka, kishullámú, könnyen elnyomható. Az arteria radialis fala merev. A jobb vese a mesogastriumban tapintható, a lélegző mozgásokat nem követi. A tüdők felett érdes ki- és belégzés. A járás gyakran bizonytalan. Gyakran sír, a másik pillanatban nevet; időnként ágyát nem találja meg; depressiv hypochondriás panaszok. Az utóbbi időben feledékeny lett.

A fent előadott tünetek alapján a dementia paralytica progressiva állapítható meg mindkét betegnél depressiv hypochondriás typussal.

A betegek bemutatását jogosulttá teszi az eset ritkasága. Hogy vajjon a férjnél és feleségnél a körülbelül egyidőben támadt paralysis véletlen körülmények coincidentiájának tudandó-e be, avagy pedig a férjnél több év előtt előrement lueses fertőzés a kiváltó ok, erre a kérdésre természetesen teljes bizonyossággal nem felelhetünk.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az érverés hiányát észlelték egy betegen, a kit *Deneke* mutatott be a hamburgi orvosegyesület október 2.-án tartott ülésén. A 48 éves férfibeteg vizsgálatakor feltünt, hogy mindkét radialis-pulsusa hiányzik. A jobboldali art. brachialisban gyenge pulzálás volt észlelhető, a jobboldali carotis pulzált, a baloldaliban az érverés erősen gyengült volt. A Röntgen-vizsgálat az aortaiv aneurysmájának jelenlétét deritette ki; ezen bajnak physikális tünetei azonban csak nagyon kevéssé voltak kifejezve. Pangásos jelenségek hiányoztak, az Olliver-féle jel megvolt. Az érverés hiányát a végtagokban ezen esetben nem igen lehet megmagyarázni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 42. szám.)

A kámfor hasznára tüdőgümőkór esetében hívta fel a figyelmet *Volland* a német orvosok és természetvizsgálók ez évi vándorgyülésén. A kedvező hatást olyan módon magyarázza, hogy a kámfor a szívműködést javitván, természetesen javul a vérkeringés az összes szervekben, vagyis a tüdőben és a gyomorban is. Az emésztés tehát javulván, az egész szervezet táplálkozása is javulni fog. Volland a kámfort a bőr alá fecskendezi, volt olyan betege, a kinél 15 hónap alatt 2000 gramm kámforos olajat használt el. Káros mellékhatásokat nem látott; az objectiv javulást sokszor jóval megelőzi a subjectiv javulás. Terhesek hányása ellen is úgy látszik jó hatású a kámfor.

PÁLYÁZATOK.

989/1906. sz.

Az üresedésben levő csáb-ipolybalogi (Hont vármegye) **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Pályázni kivánók pályázati kérvényüket, mely az orvostudori oklevéllel vagy hiteles másolatával, erkölcsi bizonylattal és esetleges működési bizonyitványnyal szerelendő fel, **1906. évi november hó 24.-ének** céli 12 óráiig hozzám adják be. A pályázati kérvényekben a nyelvismeret is kitüntetendő. A tót nyelv birása kivánatos.

A kör 38 községből és 15,834 lakosból áll, székhelye Csáb.

A körorvos javadalmazása:

Fizetés 1600 korona. Uti átalány községenként 12 korona és a szabályszerű látogatási, himlőoltási, vágóbiztosi és halottkémi dijak. A megválasztandó körorvos kézi gyógytár engedélyezésére is igényt tarthat.

A megválasztott körorvos köteles a törvény- és szabályrendeletben meghatározott kötelességeit pontosan teljesíteni, községeit minél gyakrabban, de évnegyedenként legalább egyszer beutazni.

A választást f. évi november hó 29.-én d. e. 10 órakor fogom Csáb községben a körjegyzői irodában megejteni.

Ipolynyék, 1906. évi október hó 16.-án.

2—1 *Pályi*, főszolgabiró.

4905/1906. sz.

Békés vármegye békéscsabai járásához tartozó **Békéscsaba** községben (Erzsébethely) lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Szabályrendeletileg megállapított javadalmazás:

évi 1200 korona, Békéscsaba-Erzsébethelyen természetbeni lakás, a hol a megválasztott orvos tartozik lakni s szabályrendeletileg megállapított látogatási dijak.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ával, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 140. és 143. §-ával megkivánt minősitettség igazolásául szolgáló okmányokkal; továbbá születési és eddigi működésöket feltüntető bizonyitványokkal felszerelt folyamodványaikat f. évi november hó 1. napjáig nyujtsák be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Békéscsabán f. évi november hó 15.-én, délelőtt 9 órakor tartom meg.

Békéscsaba, 1906. évi október hó 26.-án.

Seiler Elek, főszolgabiró.

328/1906. eln. sz.

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.

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évüket töltő, esetleg orvosszigorló urak is pályázhatnak.

Felhivom pályázni óhajtó urakat, hogy Bihar vármegye főispánjához czimzendő pályázati kérvényeiket okmányaikkal együtt hozzám **1906. évi november hó 10. napjaig** adják be.

Nagyvárad, 1906. évi október hó 26.-án.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

8267/1906. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **mehalai községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a következőkből áll:

Egyezer korona törzsfizetés, négyszáz korona lakbér és szabályrendeletileg már megállapitott látogatási dijak szedése.

Felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb f. évi november hó 4.-éig benyújtsák. A később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem. A választás határnapját utólagosan állapitom meg.

Temesvár, 1906. évi október hó 16.-án.

3—3 *A főszolgabiró.*

Békés vármegye közkórházának **belgyógyászati és sebészeti osztályain egy-egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Mindkét állás egyenként 1000—1000 korona, utólagos havi részletekben felveendő készpénzfizetés és I. oszt. élelmezés, lakás, fütés, világitás természetbeni élvezetével van egybekötve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Dr. Fábry Sándor Békés vármegye főispánjához czimezve, hozzám folyó évi október hó 25.-ig küldjék be.

Gyula, 1906. október hó 6.-án.

2—2 *Berkes dr.*, kórházi igazgató.

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.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„**CALIFIG**“-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a „**CALIFIG**“ szivesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak: 1/1 üveg 3 K; 1/2 üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**

VI., Király-utcza 12.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Világhirű

VICHY **-források.**

A franczia állam tulajdona.

Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!

Célestins-forrás: Vese- és hólyagbajokban, köszvény és diabetes ellen.

Grande Grille: Májkólika és epekő ellen, alhasi pangásoknál.

Hôpital: Valamennyi dyspepsiás bántalom ellen.

Forrástermények: **Fürdő-, ivósók és pastillák.**

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszertárban. Csak akkor valódi, ha a czimkén és dugóborítékon a forrás neve rajta van.

Tessék pontosan a forrást megnevezni.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól türik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész,

Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

BIOTIN

sulphoguajacol-készítmény.

Javalva van mindazon esetekben, melyeknél a sulphoguajacolt (azonos a thyocollal) előnyös formában adagolni szükséges, tehát **tuberkulosisnál, a tüdő chronikus hurutjainál, emphysema,** a légző szervek hurutjainál s **scrophulosisnál.**

Lázcsökkentő hatású Az éjjeli izzadást megszünteti.

Kellemes izű folyadék, gyermekek is szivesen veszik be. Napi adagja felnőtteknek 3—4 kis evőkanállal, gyermekeknek 2—3 kávéskanállal evés előtt fél órával.

Ára 2 korona.

Készíti:

Szüsz István gyógyszerész, BUDAPEST, VII., Csömöri-út 28. sz.

Kapható minden gyógyszertárban.

Dr. EMMERICH gyógyintézete

Morphium- Heroin- Cocain stb., **Alkohol-,**

idegbetegek részére. **BADEN-BADEN.** Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskendő 4—6 hét mulva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

Tulajdonos és vezető orvos: **Dr. Arthur Meyer.** — **2 orvos.**

Kopp és Joseph gyógyszerészek

„ZEO“ jelzésű

szénsavas fürdői

házi kezelésre.

Nem tabletták alakjában, **folyékony,** készülék nélkül, **minden fürdőkádban** egy pillanat alatt veszély nélkül előállítható. Találmányunk által legelőször lehetséges rationális gyógyerejű, kombinált szénsavas fürdőket előállítani. A testnek nem ártalmas, a fürdőkádak és a lefolyó csövek fürdőink által a **legkevésbbé sem rongáltatnak.** Gyártunk egyszerü szénsavas fürdőket, valamint kombinálva **fenyő, só, aczél, menthol, kén** stb.-vel. A kontinens legelsőbb egyetemi klinikákban állandóan használják és számos kiváló orvostanár, mint Prof. Hoffa, Prof. Mendelsohn, Prof. Mendel, Prof. v. Leyden, Prof. Joachimsthal, Prof. Senator stb. által állandóan ajánlva és rendelve.

Gyógyjavalatok: Szivbántalmak, vérszegénység, idegbajok, vérkeringési zavarok, csúz stb.

Gyermekek részére külön és olcsó szénsavas fürdők.

Kimerítő prospektusok ingyen és bérmentve.

KOPP és JOSEPH

Gyár: Berlin W. Potsdamerstrasse 122/c.

Magyarországi főraktár: **Török József gyógyszerész**

Budapest, VI., Király-utcza 12.

Minden kulturállamban törvényileg védve.

PANHANS szálloda és gyógyintézet ‚Erzherzog Johann‘ szállodával **Semmering, Wien** mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.

Közelebbit a prospektusokban.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyúvíz. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L.** BUDAPEST.

Budapesti képviselő:

Nádas Márton.

Kútkezelőség: Brassó.

C. F. Boehringer & Soehne
Mannheim-Waldhof

Ferratin és Ferratose (Liquor ferratini) mint „természetes vastáplálék“ javalva **anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség** és a lábadozás alkalmával. Eredeti üvegek 25 gm. Ferratint vagy 250 gm. Ferratoset tartalmaznak, utóbbi **betegsegélyzőpénztári csomagolásban** is kapható.

Jod-Ferratose (Syrup. Ferratini jodat.) **0·3% Fe és 0·3% J.** Javalatok: Nagyfokú **görvélykór, rachitis,** idült **endometritis, malaria** és **syphilis és dermatosek** utókezelését (kitünő roborans és tonicum). Eredeti üvegek 250 gm. tartalommal, **betegsegélyzőpénztári csomagolásban** is kapható.

Arsen-Ferratose szerves **Arsen-vasfehérnye-vegyülék 0·3% Fe és 0·003% As-el.** Észszerű és hathatós **Arsen-vaskészítmény.** Eredeti üveg à 250 gm. Adag felnőttek részére 3—4 teáskanállal naponta.

Lactophenin legmegbizhatóbb **antipyreticum, antineuralgicum, sedativum,** különösen bevált typhus abdominalisnál.

Theophyllin kiváló **húgyhajtó. Theophyllin-tabletták** és a **könnyen oldó Theophyll. natrioacetic. eredeti csomagolásban.**

Cerolin az erjesztő therapeut. hatékony zsíranyaga kitünően bevált **furunculosis, akne** és mint legenyhébb hashajtószer **habitualis obstipatio** ellen hosszabb kúrára. **Cerolin-pilulák** (eredeti csomagolás) à 0·10 gm. Cerolin-tejczukor-tabletták (eredeti csomagolás) à 0·025 gm.

Filmaron a Farngyökérből nyert **Anthelminthikum.** Extr. Fil. mar. aet.-hez ellentétileg **biztos hatású és nem mérgező.** Adag: felnötteknek 0·7—1·0 gm.

Lactoserve **vajastej poralakban,** felülmulja a friss vajastejet, mivel a **pathogen csiráktól mentes;** magas tápérték és **mindig egyforma minőség.** Eredeti dobozokban à 250 gm.

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen állnak rendelkezésre.

Richter Gedeon organotherapiai laboratoriuma, Sas-gyógytár, Budapest, Üllői-út 105.

BROMLECITHIN RICHTER

Szabadalmazva. Tartalmaz 30% bromot.

A BROMNAK a LECITHINNEL való szerves vegyülete.

Javalatok: Neurasthenia, anaemia, chlorosis, rachitis, scrophulosis, diabetes mellitus, gyengeségi állapotok. Minden lepényke tartalmaz 5 cgm. bromlecithint. Egy üveg tartalmaz 100 lepénykét. Ára egy üvegnek 5 korona. Napjában 3-szor 2—3 lepénykét.

NEOTTIN

(**LECITHINALBUMIN**) szabadalmazva.

Elsőrangú erős LECITHIN fehérjetartalommal biró tápszer. Gyorsan képes súlyt szaporítani, testet erősíteni. Könnyen szívódik fel a gyomorban.

Tartalmaz: 47·25% fehérjét. **31·0 lecithint.** Ára 50 gm.-nak 3 korona 60 fillér, 25 gm.-nak 2 korona.

Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utcza 31.

Elismert kiváló minőségű palaczktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kivül szállit

Székely-féle gyermektejet

1 üveg **0·2** liter ... ... ára **12** fillér.
1 „ **0·1** „ ... ... „ **8** „

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatejpótló tej csecsemők számára.

Székely-féle diaetetikus tej gyomorbetegeknek,
Székely-féle diaetetikus tej czukorbetegeknek.

120 fiók saját kezelésben. **Telefon 57—04.**

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Budapest, VIII., Kerepesi-út 19.
Szentkirályi-u. sarkán.

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.

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON

1890 óta dr. A. Gude & Co. által előállitva, LEIPZIG.

Dr. A. Gude feltalálótól. **Liquor Gude**

Irodalom és ingyen-mintaüvegeket küld kivánatra

Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. Leipzig.

50. évfolyam. 45. szám. *Budapest, 1906. november 11.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Korányi Sándor: A szívbetegségek pathologiájának és therapiájának néhány problemájáról. 1023. lap.

Sellei József: Közlemény a „Charité“ kórházegyesület poliklinikájának urologiai osztályából. Folliculitis fibrosa urethrae. 1027. lap.

Tárcza. Deutsch Ernő: A körülmetélésről. 1028. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Manasse*: Über chronische, progressive labyrinthäre Taubheit. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Vahlen*: Clavin. — *Löwy*: A digitalis-forrázat kémhatásának jelentősége. — *Nachmann*: Magolan. — *Belorvostan. W. Hale White*: Gastrostaxis. — *Ziegler*: A gyomor kis görbületén székelő ráknak jókor való felismerése. — *Marcou*: A bárzsingrák és a gyomormüködés közötti összefüggés. — *Sebészet. P. Krause*: Óvintézkedések a Röntgen-sugarak káros hatása ellen. — *Schultze*: A Basedow-kór sebészi kezelése. — *Brewit*: A komplikált koponyatörések kezelésének távolabbi eredményei. — *Húgyszervi betegségek. S. Askanazy*: A vesevérzések. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Lewin*: A gyermekeknek való gyógyszeradag. — *Munder*: Szer tüdőgümőkór ellen. — *Ferreira*: Szer gyengeségi állapotokban. 1931—1035. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 1036. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1036. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1037—1042. lap.

Mellékletek. Hochhalt Károly: A szív skiagramm-ja párhuzamban a kopogtatási módszerekkel. — Gynaekologia. Jubiláris szám. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Isoform“ és „Fersan-Werke“ bécsi czég prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A szívbetegségek pathologiájának és therapiájának néhány problemájáról.[1]

Irta: *Korányi Sándor* ny. rk. tanár.

Tisztelt Orvosegyesület!

A szervek a bennük keringő vérből tápláló anyagokat vesznek ki és abba bomlási termékeket juttatnak bele. Ennek folytán a vér keringése közben átváltozik. Ez az átváltozás csak akkor maradhat a normális határokon belül, ha a szervek anyagcseréje és a véráram sebessége közt harmonia áll fenn. Ha a keringési sebesség kisebbedik, mialatt a szervek anyagcseréje változatlan marad, vagy kevésbé csökken, mint a mennyire a vér árama lassul, akkor a vér körútjában a rendeseknél nagyobb elváltozásokat szenved el.

A szervezet állandóságának feltételei közül legkönnyebben tekinthető át a kiválasztás alkalmazkodása a bevételekhez. Ha a vér keringésének sebessége hanyatlik, akkor ez az alkalmazkodás késik, nagyobb fokú hanyatlásnál hiányossá válik és a pangás súlyos eseteiben az egészében csökkent kiválasztás a szervezet bevételeitől függetlenné válik. Ha ilyen körülmények közt a bevétel változatlan marad, vagy kevésbé csökken, mint a kiválasztás, akkor a szervezetet retentiós anyagok árasztják el.

Szívbetegek vérének keringési sebessége kisebbedik, mihelyt a hibájuk kompenzálása tökéletlenné válik. Ilyenkor a szervezet abba a veszélybe jut, hogy a vér körútjában a rendesnél nagyobb mértékben alakul át, és hogy összetétele a retentio következtében megváltozik.

Évek hosszú sora óta foglalkozunk az I. belorvostani klinikán a szívbetegek e két rendbeli kóros változásainak tanulmányozásával.

E vizsgálatok egyes részletei már több izben voltak közlés tárgya. Eddigi közleményeink azonban csak töredékek voltak, a melyeket az utolsó évben elért eredményeink fűztek össze többé-kevésbé befejezett egésszé. Vizsgálataink mai állásának rövid áttekintése képezi előadásom feladatát.

[1] Előadatott a m. kir. Orvosegyesület 1906. október 27.-i ülésén.

I.

Mióta *Oertel* a szívbetegek vízegyensúlyára vonatkozó ismeretes nézeteit kifejtette, majdnem állandóan vitatott kérdés, *hogy hydraemiásak-e a szívbetegek vagy nem.* E vita folyamán kitünt, hogy a vér víztartalmának változásai a vér plasmájának és a vérsejteknek változásaiból összegezödnek, azért a vér plasmája, illetőleg seruma külön vizsgálandó. A serum vizsgálata megmutatta, hogy szívbetegek serumának víztartalma normális a kompenzáltság időszakában és hogy fokozódni szokott, ha a kompenzáltság hiányossá válik. A serumnak víztartalmát mint relativ víztartalmat ismerhetjük csupán és igy világos, hogy növekedésének két oka lehetséges. *Oertel* szerint a szívbetegek többet isznak, mint a mennyi víznek kiválasztására képesek. Ez okból szervezetükben víz marad vissza, a mely vérüket hígítva hydraemiát, és annak térfogatát nagyobbítva plethorát okoz. Eddig csak ezzel a lehetőséggel számoltak ugyan, de fennáll a másik lehetőség is. A serum relativ víztartalma azért is fokozódhatnék, mert fehérjetartalma kisebbedik. Ez utóbbi eset akkor állhatna elő, ha a szervek fehérjeszükséglete nem kisebbednék keringésük sebességével arányosan. Ekkor a szervek a plasma fehérjéjét a rendesnél jobban használnák ki. E két lehetőség vizsgálatát nagyon megkönnyíti a refractometer használata, a mely eszköznek segítségével a serum fehérjetartalmának ingadozásait egyetlen csepp vérből kiszoruló serum megvizsgálásával felismerhetjük. Ilyen vizsgálatokat folytatott klinikánkon *Engel. Kimutatta, hogy dekompenzált szívbajosok vérsavójának fénytörésmutatója, tehát fehérjetartalma vizeletük mennyiségével nő és kevesbedik.*

Ez az összefüggés a hydroplasmia mindkét elképzelhető magyarázatával összefér: dekompenzált szívbetegeknél a vizelet kevesbedése a keringés lassubbá válását kiséri és egyúttal a retentio fokozódásával szokott együtt járni. Ennélfogva a savó víztartalmának ilyenkor észlelhető fokozódása épen úgy származ-

hatnék a fehérje jobb kihasználásából, mint a vízretentio fokozódásából. A kérdés tisztázása csak úgy lehetséges, hogy a hydroplasmia változásait a retentio oly változásai alatt észleljük, a melyeket nem kisér a keringési sebesség módosulása. A retentio ilyen feltételnek megfelelő változását *Engel* és *Scharl* úgy hozták létre, hogy szívbetegeikkel sok vizet itattak. A retentio létrejöttét a testsúly fokozódása, a megivott víz felszívódását pedig a vizeletnek bizonyos fokú felhígulása bizonyította. A vérserumnak óráról-órára végzett vizsgálata pedig arra az eredményre vezetett, *hogy víztartalma fokozott vízbevétel hatása alatt egyáltalában nem fokozódik.* Ezzel a szívbeteg hydroplasmiájának magyarázata tisztázottá vált. *Hydroplasmiájuk nem áll a vízretentio hatása alatt és így annak az oka a szervek fehérjefogyasztásának és a keringés sebességének eltolódott egymáshozi viszonya, a lassabban keringő vér fehérjéjének jobb kihasználása.*

A vér resorbeáló ereje *Róth Schulz* vizsgálatai szerint arányos plasmájának fehérjetartalmával. Szívbetegeknél tehát a vér resorbeáló ereje hydroplasmiájuk fokának arányában csökken. Ha ez a feltevés helyes, akkor *a vízkór mechanismusában a szervek fehérjeszükséglete és keringése közti aránytalanság szerepet játszhatna.* Ugyanerre a conclusiora vezetne, ha sikerülne azon régi feltevés helyességét bebizonyítani, hogy a hydroplasmia a transsudatiót elősegíti.

II.

Dekompenzált szívbetegek egészben vizsgált vérének víztartalma normális, vagy ennél kisebb. Ennek az az oka, *hogy vörösvérsejtjeik száma igen sokszor megnő* és e növekedés ellensúlyozza a plasma nagyobb relativ víztartalmát.

Naunyn szerint a légzés minden zavaránál találkozhatunk a vér haemoglobinjának szaporodásával. Hogy honnét és miáltal váltatik ki ilyenkor a haemoglobin megszaporodása, illetőleg az ezzel járó polycythaemia, az kivehető a polycythaemiáknál fennálló következő viszonyokból, ha ugyan azoknak az oka csakugyan a légzés zavara. Szívbetegeknél, ha légzésük mechanismusa ép, a tüdő ventilatioja a dyspnoë folytán fokozódik. Ennek következménye, hogy alveolusaik levegőjében nem kevesebb az oxygen és nem több a szénsav, mint egészséges embereknél. Ha mégis van polycythaemiájuk, akkor annak a kiváltó oka nem lehet a tüdőben és azt a belső légzés zavarával kell kapcsolatba hoznunk. A szívbajosok vérének oxygentartalma csökken, szénsavtartalma pedig fokozódik, ha keringésük sebessége kisebbedik. Ezzel kapcsolatban a szövetek oxygen- és szénsavnyomásának is módosulnia kell. Hogy a kettő közül melyik változás elég egymagában a polycythaemia kiváltásához, azt megmutatja a nagy magasságokban észlelhető polycythaemia, a melynél a vér oxygentartalmának kevesbedése megvan, de szénsavtartalma nem nő, sőt *Mosso* szerint kisebbedik. *Szívbetegeknél tehát a polycythaemia vérük oxygenszegénységének lehet a következménye.* E felvétel helyességének kisérleti bizonyítékát *Kovács* szolgáltatta: *a szívbetegek polycythaemiája oxygenbelégzések után kisebbedik.* E tapasztalatokat *Bence* és *Croom* megerősitette.

Ha a szívbetegek polycythaemiája *vérük* oxygenszegénységéből ered, akkor az a szervezet ugyanazon reactiojának volna tekinthető, mint a mely polycythaemiához vezet oxygenszegény *levegő* belégzésekor. Ezen polycythaemia egyik esete a magaslati, a melynek analogiájára a szívbajosoknál már *Grawitz* gondolt. De az analogia látszólag nem teljes: nagy magasságokban a vörösvérsejtek száma állítólag sokkal gyorsabban nő, mint a vér haemoglobintartalma, szívbajosoknál ellenben mindkettő egyformán szaporodik. Tehát a szívbajos polycythaemiánál minden vörösvérsejt haemoglobintartalma normális volna, magaslati polycythaemiánál ellenben mindegyik kevesebb haemoglobint tartalmazna, mint mély fekvésü helyeken. Egy másik feltünő különbséget a polycythaemia fokában találunk. Szívbetegek vérének oxygentartalma leszállhat *Kraus* vizsgálatai szerint az eredetinek felére. Nagy magasságokban ellenben a vér oxygentartalma keveset fogy. Ennek az oka egyrészt az, hogy emelkedés közben *Loewy* tapasztalatai szerint a tüdő ventilatioja javul, az alveoláris levegő oxygenje tehát lassabban csökken, mint a külső levegőé; másrészt a haemoglobin oxygentartalma lassabban csökken, mint azon levegőé, a melylyel egyensúlyban van. Tehát azt kellene várni, hogy a vörösvérsejtek szaporodása csak nagy magasságban ér el tetemesebb fokot, a szívbajosoké pedig a keringés mérsékelt lassúdásánál aránylag nagygyá válik. Ezzel szemben az általánosan elfogadott adatok értelmében már 150 meterrel a tenger szine felett mintegy 0·3, 700 meternyire 1 és 1800 meternyire 2 millióval volna nagyobb a vörösvérsejtszám, mint a tenger partján, míg igen súlyos pangás esetében is csak ritkán találkozunk 2 milliós szaporodásokkal. Ezen különbségeket talán lehetett volna hypothesisekkel megmagyarázni, de minthogy *Gottstein* vizsgálatai alkalmasak voltak arra, hogy bizalmunkat a magaslati polycythaemiára vonatkozó ismeretek helyessége iránt megingassák, jónak láttam e kérdéssel újabb kutatások alapján foglalkozni.

III.

Gottstein azt állította, hogy egy sejtsuspensio sejtszámát különböző magasságokban határozva meg a Thoma-Zeiss-féle kamarával, annál nagyobb számhoz jutott, minél magasabban végezte a számolást. Tapasztalatát egy hypothesissel igyekezett megmagyarázni, a mely nem állotta meg a kritikát és a melyet maga is elhagyott. Ekkor hypothesisével együtt tapasztalatai felett is napirendre tértek és a magaslati polycythaemia az általános felfogásban az maradt, a mi volt azelőtt. Abból a gondolatból kiindulva, hogy tapasztalatai helyesek lehetnének, tavaly őszszel *Bence* és *Scharl* urakkal a Tátrába mentem. Magunkkal vittünk egy disznóvérhigitást, a melynek sejtszámát meghatároztuk Budapesten, Ó-Tátrafüreden 1020 és a sziléziai házban 1600 meternyi magasságban. Két számláló kamarát vittünk magunkkal: a *Thoma-Zeiss*-félét és az újabban ajánlott *Bürker*-félét. A kettő között több különbség van, a melyek közül a következőket gondolom lényegeseknek. A Thomas-Zeiss-féle kamara fenekére a vérhigitást csepp alakjában hozzuk. Az elzárása azután történik. A Bürker-féle kamara két szemben fekvő oldalán nyitott rés marad. Üresen állítjuk össze és megtöltésekor a keverő végét az egyik réshez illesztve, a vérhigitást a capillaritas szívja be a kamarába és a cseppalakot így elkerüljük. Az összehasonlító vizsgálatok megmutatták, hogy ugyanazon higítás sejtszáma Bürkerrel mindig kisebbnek bizonyul, mint Thoma-Zeiss-szel és hogy a különböző magasságokban végezett számlálások eredményei Bürkerrel állandók, Thoma-Zeiss-szel pedig igen feltünően változók. Nem volt elég időnk arra, hogy a régi kamara hibájának törvényeit vizsgáljuk és így megelégedtünk azon a saját problemáink szempontjából fontos eredménynyel, hogy a hegyi polycythaemia vizsgálatára az eddig használt Thoma-Zeiss-féle kamara megbizhatatlan, a Bürker-féle kamara ellenben kifogástalan. Azért saját vérünk vizsgálatára ezt használtuk tovább. Hármunkon szerzett tapasztalataink szerint 1020 illetőleg 1600 meternyi magasságban vérsejtszámunk legfeljebb kevés százezerrel volt nagyobb mint Budapesten, míg a régi vizsgálatok eredményeiből itélve, legalább egy milliónyi szaporodást kellett volna várnunk. Vizsgálatainkat azután a Gronegraton folytattuk, 3136 meternyi magasságban. A nagy magasságban sem érte el a vörösvérsejtek szaporodása az egy milliót, sem nálunk, sem a vendéglő oly alkalmazottjainál, a kik hónapokon át megszakítás nélkül éltek a nagy magasságban. E vizsgálatok után nem szenved kétséget, hogy a magaslati polycythaemia csakugyan sokkal kisebb, mint a hogy azt általában gondolják. Hogy azonban az általunk talált kis polycythaemia valóságos és nem eszközeink hibájából folyó csalódás, arról úgy győződtünk meg, hogy számlálásaink után oxygenbelégzéseket végeztünk és utánuk a számlálást megismételtük. E kisérletek megmutatták, hogy a magaslati polycythaemia az oxygenbelégzések hatása alatt megszünik, a mi nem történhetett volna, ha a vérsejtszám növekedése csak kisérleti hiba által keltett látszat lett volna. Az oxygenbelégzések e hatása egyúttal annak is kétségtelen bizonyítékát szolgáltatta, hogy a magaslati polycythaemia csakugyan a vér oxygentartalmának csökkenésére megjelenő reactio.

Eredményeink abban foglalhatók össze, hogy a magaslati polycythaemia kisebb lévén, mint a mekkorának eddig gondoltuk, a vérsejtszám és a vér haemoglobintartalmának növekedése közti aránytalanság nem létezik. *Ezzel a magaslati és a szívbajos polycythaemia közti látszólagos különbségek eltünnek és rokonságuk-*

nak bizonyítékát szolgáltatja ama körülmény, hogy oxygenbelégzések mind a két polycythaemiát egyformán befolyásolják.

IV.

A keringési sebesség és a szervek anyagcseréje közt létrejövő aránytalanság nemcsak azt vonja maga után, hogy az ugyanazon időben átáramló kisebb vérmennyiség tápláló anyagai, mint a fehérje, az oxygen, jobban kihasználtatnak, hanem azt is, hogy a bomlási termékek kevesebb vérbe jutva, ebben concentratiojuk megnő. Közülök nagyon fontos felszaporodásának következményei miatt a szénsav. E következmények csak egyik csoportjával kell ez alkalommal foglalkoznunk. A vérben az alkali két alakban foglaltatik: mint diffusibilis és mint nem diffusibilis (*Zunz, Loewy, Lehmann*). A diffusibilis alkali sókat, főleg carbonatokat képez és sok kis molekulában foglaltatik. A nem diffusibilis nagy fehérjemolekulákba van zárva. Ha a vér szénsavtartalma nő, akkor az a fehérjébe zárt alkalit magához ragadva, az alkali nem diffusibilis részének rovására szaporítja a diffusibilist. Ez annyit tesz, hogy a vérben a nagy molekulákba zárt alkali sok kis molekula képezésére fordíttatik. Ez *Brandenburg* szerint egyike ama tény okainak, hogy szénsav hatása alatt a vér molekuláris concentratioja megnő. A nem diffusibilis alkali nagyobbrészt a vérsejtek belsejében van. Azért a molekuláris concentratio fokozódása nagyobb a sejteken belől, mint azokon kivül. Az ebből eredő osmosisnyomáskülönbség egy azt kiegyenlítő vízáramot hajt a plasmából a sejtekbe, a melyek ennélfogva megnagyobbodnak (*Limbeck*), alakjuk a gömbéhez közeledik (*Hamburger*) és a melyek nagyobb nyomás alatt telvén meg, alakjuk változékonyságából, simulékonyságából veszítenek. E változásokat *Bencé*-vel közös vizsgálatokban behatóan tanulmány tárgyává téve, kimutattuk, hogy *Haro* és *Ewald* tapasztalata, a mely szerint a defibrinált vér viscositása szénsav hatása alatt fokozódik, ezekkel a folyamatokkal áll összefüggésben.

Ezek a folyamatok nemcsak a defibrinált vérben követhetők, hanem épen úgy létrejönnek a keringő vérben is. *Determann* csakugyan kimutatta, hogy a kar venáinak tartósabb leszorítása után a nagyon szénsavdús vér viscositása az eredeti érték kétszereséig emelkedhetik.

V.

A vér viscositása sejttartalmával igen gyorsan nő. Polycythaemiánál a sejtszám kétszerese mellett a viscositás a normálisnak mintegy négyszereséig emelkedhetik (*Bence*). Ebből érthető, hogy szívbajosok vérének viscositása miért fokozódhatik oly nagy mértékben, mint a hogy azt *Bence* találta: a fokozódás egyik oka a vérsejtek térfogatának, a másik azok számának emelkedése. Miután az első a szénsav felszaporodásának, a második pedig az oxygen kevesbedésének a következménye, e vizsgálatok arra az eredményre vezetnek, *hogy a szervek anyagcseréjének és a vérkeringés sebességének olyan aránytalansága, a mely a vérgázok mennyiségének az említett irányban történő megváltozásához vezet, a vérkeringés dynamikáját jelentékenyen befolyásolhatja.*

Hürthle-vel még egy pár év előtt azt hittük, hogy a vér növekvő viscositása mellett a keringés sebessége csak arányosan növekvő szívmunka árán maradhat változatlan. Ezt azonban kétségbevonták *Neubner, Lommel, His* és *Reiss*, és a klinikai tapasztalat igazat adott nekik. *A lépmegnagyobbodással járó polycythaemia*, a melyet különösen *Vaquez* és *Osler* tettek ismertté és mely betegséggel nekünk is volt alkalmunk behatóan foglalkozni, a vér viscositásának akkora növekedésével jár, hogy az *Bence* szerint elérheti a normálisnak négyszeresét. E mellett a vérnyomás többnyire csak mérsékelten fokozódik és *hogy a szív munkája lényegesen nem nő meg, azt a szívhypertrophia hiánya bizonyítja.* Ha a vérkörben a vér egyszerüen olyan viszonyok közt áramlanék, mint a viscosimeter csövében, akkor ennek az állapotnak a keringés igen nagyfokú hanyatlása volna a következménye. E helyett a keringés lassúdásának semmiféle jelével nem találkozunk. *Tehát a szervezet a vér viscositásának physikai következményeit el tudja hárítani* Hogy ezt mi módon éri el, arra nézve csak hypothesiseket lehetne felállítani. Biztosan csak az állítható, hogy a viscositás változásainak physikai következményeit csak az előzheti meg, ha a keringés akadályának más tényezői ellenkező irányú változásokkal reagálnak a belső surlódás ingadozásaira. Ezen egyelőre ismeretlen mechanismus nagy jelentősége könnyen felismerhető: a keringés lassúdása a vér viscositásának fokozódásához vezet; ha a rendszer más részeiben az akadály nem csökkenne, akkor a lassúdás az összes akadályt fokozná. *Ennek circulus vitiosus volna a következménye, a melyet csak a szív erőtartaléka tartóztathatna fel és ha ez nem lépne közbe, minden lassúdás az akadály fokozódásának közvetítésével további lassúdáshoz vezetne. De a keringési sebesség ellenkező változása, a gyorsulás is circulus vitiosus kiindulásává válnék: a gyorsulás a viscositást, az akadályt csökkentve, további gyorsuláshoz vezetne és ennek a circulus vitiosusnak is csak a szív alkalmazkodása állhatna útjába.* A keringés stabilitásának biztosítása tehát nagy mértékben igénybe venné a szív alkalmazkodási képességét, ha nem támogatná ezt a keringési akadály egyes tényezői közt fennálló kölcsönös viszony, a melynek jótékony eredményét a polycythaemiás betegek keringése illustrálja legfeltünőbben.

Abból azonban, hogy az ép keringési rendszerrel biró embernél a viscositás fokozódását más akadályok csökkenése ellensúlyozza, nem következik, hogy ez szívbetegeknél is így van. Sőt bizonyítékaink vannak arra nézve, hogy szívbetegeknél a vérkeringés sebessége a viscositástól függ. *Kovács* oxygenbelégzések hatását tanulmányozva szívbetegeknél, bebizonyította, hogy ezek a polycythaemia csökkenéséhez vezetnek. Ennek következménye, a mint *Bence* kimutatta, a vér viscositásának kisebbedése. További következményei a vér molekuláris concentratiojának kisebbedése, a serum chlortartalmának növekedése és a vizelet mennyiségének szaporodása. A vér molekuláris concentratiojának növekedése a szénsavtartalom kisebbedésének egyik, a serum chlorjának szaporodása pedig annak másik jellemző következménye, a szénsavtartalom kisebbedése és a vizeletmennyiség növekedése pedig azt bizonyítja, hogy *ezen betegeknél a vér viscositásának kisebbedése a keringés gyorsulásához vezet.*

Nagy magasságban a vérsejtek relativ száma és ezzel a vér viscositása nő. Régi tapasztalat, hogy a kompenzáltság alsó határán levő szívbajosok nagy magasságban dekompenzálódnak. *Tehát szívüket a viscositás fokozódása megterheli. A viscositás változásainak ellensúlyozása tehát szívbetegeknél hiányos, nyilvánvalóan azért, mert az erre szolgáló berendezések úgy is teljes erejükkel dolgoznak a kompenzáltság fenntartásán.*

Ebből az a fontos következés folyik, hogy a szívbetegek keringésének stabilitása bajuk ezen stadiumában csakis a szív erőtartalékától függ; ha ez, mint a hogy az az incompensatio alatt van, elfogyott, ha a szív alkalmazkodási képessége megszünt, akkor a keringés labilissá válik. Sebességének minden változását automatikusan követi e változás folytatása. Gyorsulás az akadályt csökkentve gyorsuláshoz, lassudás pedig az akadályt fokozva lassudáshoz vezet.

A vérkeringési sebesség csökkenése a szívbajos vízkór egyik tényezője. Minthogy e csökkenés fokozódik, ha a vér viscositása nő, ennek növekedése pedig az anyagcsere és a keringési sebesség közti aránytalanság következménye, ez az aránytalanság nem csak a hydroplasmia útján, de ezen az úton is belevág a szívbajos vízkór keletkezésébe.

VI.

A szénsav csak egyike ama bomlási termékeknek, a melyek concentratioja a dekompenzált szívbajos vérében megnő. Ha az ilyen vérből a szénsavat teljesen ki is üzzük, molekuláris concentratioja többnyire mégsem lesz teljesen normálissá (*Landau*), a miből következik, hogy fokozódását nemcsak a szénsav okozza. A szívbeteg szervezetében nemcsak a szövetek anyagcseréje és a keringés sebessége közti viszony zavara hoz létre változást, de sok más dolog is és első sorban a retentio. Kimutattam, hogy incompensatio idejében a sókivitel mind szorosabb összefüggésbe jut a keringési sebességgel és mind függetlenebbé válik egyensúlyszükségleteitől. Az elektrolytekre nézve általában ugyanazt találták *Róth-Schulz* és *Steyerer*. Ennek folytán a szervezet oldott molekulatartalma csak úgy maradhatna normális, ha az anyagcsere a keringési sebesség által meghatározott kivitelhez alkalmazkodnék. Ez azonban nem történik és a bevitel és a kivitel közti harmonia megzavarásának eredménye *a retentio*. Ennek jelentőségét tíz év

előtt fejtettem ki először. Ha az oldott molekulák felszaporodnak a víz megszaporodása nélkül, akkor ennek következménye a szomjúság, a melynek hatása alatt a beteg iszik. *Kövesi* és *Róth-Schulz* szerint a pangásos szívbeteg vizelete nem szaporodik, vagy nem eléggé szaporodik ivás után és így az ivás eredménye retentio. A visszatartott víz a visszatartott oldott molekulákat felhígítva, az osmosisnyomást, ezzel a szomjúságot mérsékli és a beteg új vízegyensúly állapotába jut, közel normális osmosisnyomással és a rendesnél nagyobb víztartalommal. Eddigi vizsgálataink *Oertel* nézeteinek megfelelő eredményhez vezetnek, azzal a különbséggel, hogy a vízegyensúly zavarának *okára* vetnek világosságot.

Hogy ez az ok milyen hathatós, azt *Achard, Loeper, Vidal* stb. kisérletei és ezektől függetlenül *Kövesi* és *Róth-Schulz* tapasztalatai bizonyítják. Ha hiányos sókiválasztással biró vízkóros betegnél a sóretentiót a bevitellel fokozzuk, minden gm. konyhasó legalább 100, de sokszor 200, sőt több gm. víz retentiojához vezet. E kapcsolat súlyos jelentőségét a fénytherapia felfedezője, *Finsen*, mintaszerü észleléssel találta meg önmagánál.

Nagyon érdekesek *Achard* és *Paisseau* tapasztalatai a húgyanyagnak egészen más viselkedésére vonatkozólag. 180 gm. húgyanyag bevitelére betegük testsúlya csak 1000 gm.-mal nőtt! Ha konyhasót vittek volna be ily mennyiségben, legalább 18,000 gm. növekedést észleltek volna.

A tapasztalatok e kategoriája szoros összefüggésben áll a következő tényekkel. Ha isotoniás sejtsuspensiohoz húgyanyagot adunk, akkor az a suspensio folyadékában és a sejtekben egyenletesen oszlik el, tehát vízmozgást nem okoz. Ha ellenkezőleg sót adunk a suspensiohoz, az nem tud a sejtekbe hatolni, tehát osmosisnyomáskülönbséget okoz, a melynek folytán a sejtek vizet vesztenek. Nemcsak a konyhasó viselkedik így, de más sók is, és *Richter* azt találta, hogy uranmérgezés folytán vízkóros nyulak vízkórját nemcsak a konyhasó fokozza, de fokozzák a phosphatok és a sulphatok is (ha az állatok szabadon, szomjúságuknak megfelelőleg ihatnak!). Tehát a vízkórra azon anyagok hatnak, a melyek a sejtektől vizet vonnak el. E ténynél mi sem illustrálhatná jobban a szomjúság jelentőségét a vízkór pathologiájában.

Hova lesz az a víz, a melynek feltorlódásához a leirt folyamatok vezetnek? *Oertel* szerint a víz a vért felhigítja, hydraemiát okoz, a vér térfogatát növeli, tehát plethorához vezet. *Oertel* továbbá azt mondja, hogy a plethora a szívet megterheli. Ezen állításának látszólagos bizonyítéka, hogy szívbajosoknál a vízfelvétel megszorítása esetleg fokozza a diuresist. De ennél sokkal kétségtelenebb czáfolat rejlik *Jendrássik* azon észleletében, hogy a calomel bőséges resorptiohoz vezet, a melynek folytán a vérsejtszám erősen csökken, tehát a calomel létrehozza *Oertel* hydraemiás plethoráját és mégis hatalmas diureticum. Könnyen felfogható, hogy ez miért van így. A resorptio fokozza a vér volumenét, tehát az erek keresztmetszete megnő és így a keringés külső akadálya csökken, ez csökkenti a vérsejtek relativ számát, tehát a vér viscositását, a keringés belső akadályát. Így a calomel a szívre nem hatva, gyorsitja a keringést, megczáfolva *Oertel* azon állítását, hogy a hydraemiás plethora a szívre nagyobb feladatot ró.

Ezzel szemben azonban a tapasztalat mégis igazat ad *Oertel*nek abban, hogy a vízretentio a szív munkáját fokozza. Ezt a látszólagos ellentétet *Engel* és *Scharl* oldotta meg annak kimutatásával, hogy a megivott víz nem marad az erekben, hanem azokból kiszivárogva, a vízkórt fokozza. Ez a mondhatni külső plethora fokozza a szövetnyomást, a mely reánehezedve az erekre, a vért visszatereli a venák és a szív felé, ha a szív nagyobb vérnyomással nem ellensúlyozza hatását, vagy az érizmok tonuscsökkenésükkel nem teszik ugyanezt. De a szívbajos insufficiens szíve maximális erővel dolgozik, az értonus pedig munkájának elősegítésére minimumára száll le és így a szövetnyomás fokozását nem ellensúlyozhatja semmi. Megint circulus vitiosus keletkezik: a retentio, a vérkeringés lassúdásának következménye, a szövetnyomást, az akadályt fokozva a keringés további lassúdásához vezet. Ez a circulus vitiosus is megfordítható: ha betegünket megpungáljuk, az akadályt leszállítjuk, akkor a mindennapi tapasztalat szerint megindul a diuresis, gyorsul a keringés.

Íme egy új ok a szívbajos vérkeringésének labilissá válására. Több is van, de ez alkalommal az elmondottakra szorítkozom. A kompenzáltság alsó határához ért szívbeteg válságos helyzetbe jutott. Minden, a mi keringését ideiglenesen lassítja, megindítja circulus vitiosusait, a melyek az akadály fokozódása és a keringés további hanyatlása útján a dekompenzálódás lejtőjén lefelé viszik. De a circulus vitiosusokat kihasználhatja a therapia és épen ezeknek köszönhető szívtherapiánknak sokszor bámulatos hatékonysága. Mi csak megindítjuk a javulást. Ha az bizonyos fokig sikerül, akkor épen a szívbeteg keringésének labilitása az, a mi őt visszavezetheti a kielégítő keringés állapotába.

VII.

A therapia czélját elérhetjük, ha a keringés motorát serkentve nagyobb munkára, azt közvetlenül gyorsítjuk. Régen, de sajnos, nem nagy eredménynyel igyekeztünk a másik lehető módon is hatva, a keringés akadályát csökkenteni. E czélból az értonus befolyásolása volt igyekezetünk tárgya, kevés eredménynyel, mert hiszen az úgyis rendesen minimális. *Oertel* a czélt a vízbevitel csökkentése útján akarta elérni *és el is érte*, de csak ritkán. Ebben útját állotta a betegek szomjúsága, a mely ellen hatni nem tudott. Mai áttekintésünk ebben az irányban haladáshoz vezet. Kitünik belőle, hogy a keringés akadályát nagyon hathatósan kisebbithetjük a vér viscositásának és a szövetnyomásnak mérséklésével.

A vér viscositásának csökkentésére leghathatósabb módszerünk *az érvágás*. Bár hozzájárulnának az előrebocsátottak ahhoz, hogy ez a rendkivül becses therapeutikus eljárás visszahódítsa a szívbetegségek kezelésében az őt megillető helyet, a melyből a túlzásra kelt reactio szorította ki. Másik módszerünk az *oxygenbelégzés*. Természeténél fogva csak ott hathat, a hol polycythaemia van. Ha alkalmazását ilyen esetekre szorítjuk, akkor therapiánk nagyon becses eszközévé válik. A viscositás diaetás és gyógyszeres befolyásolása eddig nem sikerült.

Magaslati gyógyhelyeken fokozódásának eddig csak hátrányait ismertük meg. Nem lehetne-e azt alkalmas esetekben haszonnal is értékesíteni? Semmiféle más módunk nincs, a melylyel oly szabályosan, oly állandóan fokozhatnánk a keringést szabályozó berendezések feladatát, mint a tenger feletti magasság fokozásával. Ha az *lassú* átmenetekkel történnék, kitünő szívgyakorlás eszközévé válnék. Nézetem szerint sokkal kevesebb az olyan szívbeteg, a kinek szíve gyakorlásra szorul, mint a hogy azt általában hiszik. De ott, a hol az indicatio megvan, contraindicatio nincs, e gondolat talán megérdemelné a kisérletet. Néhány esetben szerzett tapasztalatom kedvezőnek látszott. Ebben a kérdésben azonban csak sok évi tapasztalat dönthet.

Az akadály módosításának másik útját a szövetnyomás szerepe jelöli ki. Azt a hydrops gyógyításával szabályozhatjuk. A hydrops gyógyításának elvei részben kifejtett theoriámból folynak. *Tíz év előtt fejtettem ki, hogy nem annyira a vízegyensúlyt kell szabályoznunk, mint inkább az oldott molekulákét. A vízegyensúly önmagától követi emezt. Azért olyan diureticumokat kell keresni, a melyek a molekuláris diuresist fokozzák, és olyan diaetát rendelni, a mely a szilárd molekulák bevitelét korlátozza.* Első propositiomhoz *Dreser* járult először a theocinra vonatkozó vizsgálataival. Azóta példáját sokan követték. A második megvalósítására *Straus* ajánlotta először a konyhasóbevitel korlátozását. Sok követője akadt és a „déchloruration“ módszere Franciaországban számtalan vizsgálat tárgya lett. Irodalmában lassanként feledésbe ment az eredete. Azért súlyt fektetek annak hangoztatására, hogy e módszer alapjait klinikánkon vetettük meg. Látszólagos balsikereinek az az oka, hogy sokan mást várnak tőle, mint a mit nyújthat, és oly esetekben is megkisérlik, a hol nem használhat. A sóbevitel megszorítása nem használhat ott, a hol arra a vese a sókiválasztás csökkentésével reagál. Erre a tényre *Fr. Müller* joggal fektet súlyt. A hol használ, ott is csak az az eredménye, hogy a szomjúság okát mellőzve, a vízbevitel és így a vízretentio csökkentéséhez vezet. *Ez egymaga nem gyógyíthat meg már meglevő vízkórt.* Ehhez nem elég, ha a retentio nem nő, hanem az kell, hogy a meglevő retentio szünjék. Ezt elérhetjük cardiacumokkal, diureticumokkal, punctiókkal, de nem érhetjük el a sóbevitel korlátozásával. A sóbevitel korlátozása a vízkór kifejlődését és fokozódását korlátozhatja csupán és ez magában is jelentékeny eredmény. Még jelentékenyebbé teszi az a körülmény, hogy vele az egyik káros

circulus vitiosus menete válik lassúbbá vagy akad fenn és a therapiánk által megindított kedvező irányú circulus vitiosusokat nem akadályozza fejlődésükben. Ezek vizsgálataink *gyakorlati* eredményei. Talán jogosultnak fog bizonyulni azon reményem, hogy e gyakorlati eredmények sora még nincs befejezve.

Előadásom nem akart egyéb lenni, nem is lehetett más, mint vázlatos képe törekvéseinknek. Jól tudom, hogy bizonyítékaimat csak hiányosan állítom a t. orvosegyesület elé. E mulasztásomat részletes dolgozatomban fogom helyrehozni.

Közlemény a „Charité" kórházegyesület polikliniká-jának urologiai osztályából.

Folliculitis fibrosa urethrae.

Irta: *Sellei József* dr. rendelő orvos.

Oberlaender és Kollmann szerint a gonorrhoea a húgycsőnyálkahártyán kétféle elváltozást idézhet elő: az egyik a *puha*, a másik a *kemény infiltratio*.

Az ú. n. kemény infiltrationak — a mely itt különösen érdekel — két válfaját különböztetik meg: a folliculáris és a glanduláris alakját. Mindkettőt — egyéb urethroskopi elváltozásokon kivül — főleg a húgycsőmirigykéknek magatartása jellemzi. A folliculáris typusnál e mirigyek kivezető nyilásai nem láthatók, csak itt-ott a határzónákban. A mirigyekben végbemenő elváltozások subepitheliálisan folynak le. E typustól eltérően az ú. n. glanduláris alaknál a mirigykék kivezető nyilásai jól láthatók, gyakran lobos udvartól környezettek; a mirigyek kivezető nyilásai olykor kráterszerűen tágultak, s ezekből geny nyomul vagy a geny csapszerűen elzárja a kivezető nyilást.

Oberlaender és Kollmann ily módon a chronikus gonorrhoea fő elváltozásait a mirigyekben, illetve a mirigyek körüli szövetben lokalizálva, a gyógyítást is e lokalizált telepek medicamentosus kezelésén kivül első sorban a mechanikai irányban: a dilatatiós kezelésben látták czélravezetőnek.

A gonorrhoea chronicitását kétségtelenül nagy részben az előbb jelzett elváltozások tartják fenn, és a bántalom megszünése első sorban ezen elváltozások megszüntetésétől függ. Az Oberlaender által leirt elváltozásokon kivül tudvalevőleg a húgycsőgonorrhoea chronicitásának és recidiváinak egyéb okait is ismerjük. A prostata, az ondóhólyagok, a mellékhere és funiculus, valamint az először Oedmanson, később Jadassohn és mások által tanulmányozott paraurethrális járatok és abscessusok mindmegannyi fészkei lehetnek a gonococcusoknak és ekképen okozói a gonorrhoea kiújulásának.

E helyeken mindenütt *izolálva* is fennállhat a bántalom, a míg azután alkalmilag a húgycsőnek újabb fertőzését indíthatja meg. A felsorolt izolálható góczokon kivül *Möller*[1] „folliculitis gonorrhoica urethrae" néven oly folliculitiseket irt le először, a melyek lappangva fejlődnek, és igen gyakran úgy a beteg, mint az orvos figyelmét kikerülve, hosszú ideig fennállanak és a betegség többszörös kiújulását idézhetik elő. E folliculitisek csak tapintással mutathatók ki; szerinte a húgycső tükrözésénél az urethra ily csomó felett teljesen ép, a csomó kivezető nyilása urethroskopice nem állapítható meg, a csomóból geny nem nyomható ki. Möller szerint e folliculitisek igen gyakran találhatók, 215 esetben 49-szer mutathatta ki.

E folliculitisek klinikai észlelésével és azoknak a húgycsőgonorrhoea-recidivára vonatkozó gyakoriságának kérdésével magam is már hosszabb idő óta foglalkozva, tapasztalataimat a következőkben foglalhatom össze:

Az idült húgycsőkankónál aránylag gyakran lehet ily folliculitiseket észlelni. 100 chronikus urethritis gonorrhoica esetében átlag 11-szer tudtam ily folliculitiseket kimutatni.

Felismerésük különösen akkor eszközölhető könnyen, ha a húgycsőbe vezetett urethroskopi tubus vagy pedig szonda felett az urethrát kitapintjuk. Egy vagy több csomó egymás mellett tapintható ki, sokszor a sulcus coronarius, a frenulum táján vagy innen lefelé a pars pendulában. A csomók kölesnyi-borsónagyságot érhetnek el, nyomásra alig fájdalmasak. A csomók kemény, fibrosus tapintatúak. A csomók feletti urethrális nyálkahártya tükrözésénél a legtöbb esetben semmi különösebb elváltozás nem észlelhető, főleg akkor, a midőn a bántalom több hónap óta áll fenn. Csak kivételesen lehet körülirt sárgás-fehéres elváltozást a húgycsőtükörrel észrevenni; a nyálkahártya ilyenkor meg is vastagodott. Ily elváltozást már Oberlaender is leir, említvén, hogy a midőn a Morgagni-tasakok eldugulnak és azokban váladék pang, folliculus keletkezik, a mely mint fibrosus kemény csomó kitapintható. Ha, mint említém, e csomókat aránylag elég gyakran lehet is észlelni és nyilván *nagyobb szerepük van a gonorrhoea kiújulásánál, mint azt eddig általában felvették*, úgy mégis kissé túlzottnak találom Möller számadatait. Mert első sorban kizárandók az Oberlaender-féle folliculáris és glanduláris elváltozások és csupán ha ezeket nem találjuk, valamint más okát a gonorrhoeakiújulásnak — pl. a prostatában — nem találjuk, mondhatjuk ily csomó jelenlétekor, hogy a betegség többszörös kiújulását a szóban forgó folliculitis idézi elő, illetve tartja fenn.

E csomók pathogenesisére nézve kétséget nem szenved, hogy azok valamely Littré-mirigykével vagy Morgagni-tasakkal függnek össze. Möller histologiai vizsgálatai is ezt bizonyítják. A gonococcusok bejutva ily mirigykébe, bizonyos esetekben egyrészt a mirigyke destructiv folyamatára vezethetnek, a kivezető nyilás elzáródhatik, másrészt pedig a mirigyke körül szövetburjánzás indul meg. A burjánzó szövet adja meg azután az ilyen csomócska fibrosus jellegét is, és épen ezért *e subepitheliálisan fekvő kemény csomókra, a melyek izolált gonococcusgóczokat alkothatnak és reinfectiora vezethetnek, a folliculitis fibrosa urethrae elnevezést ajánlanám*, a melylyel egyszersmind elkülönítettük 1. azokat a *folliculáris elváltozásokat*, a melyeket *Oberlaender* szerint a kemény infiltratio egyik typusának ismerünk, 2. a *paraurethrális folliculitiseket*, illetve *abscessusokat*, a melyek később fistulára vezetnek. Míg ezen abscessusok a gonorrhoea heveny szakában aránylag rövid időn belül képződnek, addig a szóbanforgó csomók a subacut szakban igen lassan, lappangva fejlődnek, e folliculitisek sohasem abscedálnak, fistula nem jön létre. 3. Elkülöníthetők így továbbá azok a csomók, a melyeket mint a *periurethrális szövet megnagyobbodott nyirokmirigykéit* ismerünk, a melyekről tudjuk, hogy épen úgy megnagyobbodhatnak a gonorrhoea folyamán, mint pl. néha az inguinális mirigyek.

A diagnosisra nézve a következőket jegyezzük meg. Úgy a puha, mint a kemény infiltratio bármely alakját urethroskopice és bougie à boule-lal való vizsgálattal pontosan fel lehet ismerni. Ugyanez áll az ú. n. pseudoabscessusokra nézve is. A folliculitis fibrosa urethrae felismerése pontosan csakis tapintás által történhetik.

A húgycsőbe vezetett szondán át tudjuk e csomókat legjobban diagnostizálni. Ha igen nagyok, akkor a bougie à boule-al való vizsgálat esetleg szintén útbaigazíthat, a mennyiben a bougie ellentállása erre figyelmeztet.

Az ú. n. kemény infiltrationál, különösen annak későbbi szakában, a midőn a nyálkahártya callosusan, hegesen elváltozott, szintén lehet a szondán át kemény csomót, göböt tapintani. Ilyenkor azonban a húgycső tükörképe útbaigazítással fog szolgálni, a nyálkahártya színe megváltozott, fehéres, hegszerű külsőt nyer; ellenben folliculitis fibrosa urethrae esetén a csomó feletti nyálkahártya ily színelváltozást nem mutat. Némi nehézséget okozhat néha a fentebb említett nyirokmirigykék elkülönítése. E mirigykék azonban sohasem okozhatnak reinfectiót.

Már Möller is kiemeli, hogy *e folliculitisek csak addig birnak klinikai fontossággal, a meddig a gonococcusoknak fészkei.* A gonococcusok eltünésével a csomó visszafejlődik, sőt egészen el is tünhetik; néha azonban még évek mulva is kitapintható.

Ilyenkor természetesen a húgycsőre nézve már teljesen irrelevansok. Nem így állanak azonban a dolgok akkor, a midőn az újonnan szerzett gonorrhoea kapcsán fejlődnek, mint mondottuk lassan, lappangva. Ekkor a húgycsőbetegség újabb és újabb kiújulásának lehetnek okozói és *tekintettel arra, hogy aránylag gyakran fejlődnek, az eddig szokásos húgycső-, prostata-, ondóhólyag- stb. vizsgálaton kivül nagy suly helyezendő azoknak kipuhatolására*, hogy ily módon bennük a gonococcusokat elpusztíthassuk. Hogy a csomók csakugyan *izolált gonococcusfészkek*, arról vagy az

[1] Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1904.

excisioval, vagy pedig a csomók punctiojával győződhetünk meg. Az excisioval, igen kellemetlen beavatkozás; minden ilyen kiirtás valósággal felér egy urethrotomia externával. Möller histologiai szempontból 5 ízben végzett excisiót és kétszer gonococcusokat tudott kimutatni. Én egy esetben irtottam ki gonococcusvizsgálat czéljából egy csomót.

A másik említett mód a punctio. Vékony tűvel beszúrunk ilyen csomóba és a tűt többféle irányban forgatva kihúzzuk, a midőn a tű végére rárakott szövettörmelék vagy geny között gonococcusokat kimutathatunk. Helyes ilyenkor a húgycsőbe előzetesen szondát bevezetni, a penist rajta kissé meghúzni, hogy a megfeszített urethrán át a csomót jól lehessen kitapintani. Gonococcusok azonban ilyenkor sem mutathatók ki minden esetben.

A *gyógykezelés* tekintetében bár legrationálisabbnak látszik a csomók kiirtása, mégsem ajánlanám a fentemlített nehézségek miatt; e helyett a csomók erélyes massage-a és az ezzel kapcsolatos húgycsőöblítések sokszor czélhoz szoktak vezetni. A massaget akképen végezzük, hogy vastagabb fémszondát vezetünk a húgycsőbe és a penist egyik kezünkkel meghúzva, a másik kéz mutató- és hüvelykujjával masszirozunk. Némelykor azonban ez az eljárás nem elegendő, ilyenkor az elektrolysishez fordulhatunk. 3—4 milliampèrnyi áram teljesen elegendő, hogy az elektrolysis sikeres legyen. A tűt a folliculusba a megfeszített penisen át kivülről szúrjuk be és több irányban forgatjuk. Ha a húgycsőtükörvizsgálatra támaszkodhatunk és ha abból a folliculus localisatiojára következtethetünk, akkor az elektrolysist intraurethrális úton is végezhetjük, pl. a Kollmann féle tűvel. Némely esetben jodtincturával való ecsetelésekkel is próbálkoztam. A medicamentosus eljárások közül azonban még legjobbnak találtam a jothiont. Ezt 1/4-re olajjal felhigítva alkalmaztam, a midőn naponként egyszer-kétszer kevés mennyiséggel bedörzsöltem a csomónak megfelelő bőrt.

Magától értetődik, hogy a húgycső egyéb kezelése is a gonococcusok teljes eltünéséig folytatandó.

TÁRCZA.

A körülmetélésről.

A circumcisio a sebészet történetének ókorához tartozik. Érdekes orvostani, történelmi s ethnographiai szempontból. *Tillaux* hírneves franczia sebész (Chir. clin. II. 467—479. 5. édit. Paris, 1900) mondja: „Comme opération enfin quelquefois nécessaire, *toujours utile*“. E kijelentés helyes voltát el kell ismernünk s helytelenítenünk kell azon irányzatot, mely az utolsó években az orvosok közt is lábra kapott, s melynek tendentiája ezen ősrégi szokás eltörlésére irányul.

A „periah“ s „metsitsa“ elvetése, kellő asepsis alkalmazása s pontos anamnesis felvétele a műtét árnyoldalait ki fogja irtani s egy minden lelkiismeretes orvos által ajánlható műtevéssé fogja a circumcisiót tenni.

I.

A következőkben vázolni kivánom a *körülmetélés történetét a zsidó népnél*. Az első circumcisiót Krisztus születése előtt körülbelül 1941-ben végezte *Ábrahám*. *Mózes* I. k. XVII. r. következőket tartalmazza: „10. E pedig az én szövetségem, én közöttem és ti közöttetek, és a te utánnad való magod között, melyet meg kell tartanotok, hogy ti közöttetek minden férfiú körülmetéltessék. 11. Körülmetéljétek pedig a ti férfiúi testeteknek bőrének elejét, és az lészen az én közöttem és ti közöttetek való szövetségnek jele. 12. Minden férfiú annakokáért nyolczadnapon az ő születése után körülmetéltessék ti közöttetek a ti nemzetségtekben, akár házatokban nevelkedett szolga, akár pénzen vett, a ki nem a te magodból való. 13. Körülmetéltessék, mondom, mind házadnál nevelkedett szolgád; mind pénzen vett szolgád; és lészen az én szövetségem a ti testeteken örökkévaló szövetségül. 14. A körülmetéletlen férfiú pedig, a ki az ő férfiúi testének bőrét körül nem metéli, bizonnyal eltöröltetik az ő népe körül ez okért, mert felbontotta az én szövetségemet.“ Ugyane rész 23—27. szakasza így szól: „23. Vevé azért Ábrahám Ismaelt az ő fiját, és minden házában született szolgákat, és a kiket pénzen vett vala, minden férjfiat, ki az ő házából való vala, és ugyanazon napon az ő férjfiúi testeknek bőrének elejét elmetszé, a mint ő vele szólott vala az Isten. 24. Ábrahám pedig kilenczvenkilencz esztendős vala, mikor ő maga az ő férjfiúi testének elejét elmetszé. 25. Ismael pedig az ő fija tizenhárom esztendős vala, mikor az ő férjfiúi testének bőrének elejét elmetszék. 26. Mind egy napon metélkedett körül Ábrahám és Ismael az ő fija. 27. És minden ő házanépe, házánál született szolga, és minden idegentől vett szolga, ő vele együtt körülmetéltetének.“

A körülmetélés fontosságát hangsúlyozva találjuk *Mózes* I. k. XXXIV. részében „midőn *Sékhem* és *Dina* viselt dolgairól van szó, *Jákob* fiai mondják: 14. És mondának néki: Nem mívelhetjük a dolgot, hogy a mi hugunkat adjuk körülmetélkedetlen férjfiúnak: mert ez nékünk gyalázat volna“. *Mózes* II. k. IV. r. 25. szakában ismét vonatkozást találunk a körülmetélésre: „*Czippora* azért ragada egy éles kést, és elmetszé az ő fijának szemérem testének első bőrét, és *Mózes*-nek lába eleibe veté, és monda: Az én fijamnak vérével váltott férjem vagy te nékem“. A pészach-ünnepre vonatkozólag *Mózes* II. k. XII. r. 48. sz. így szól: „48. Hogyha idegen ember bujdosik ti köztetek, ki az Úrnak páskhát akarna készíteni, körülmetéltessék elöször azok közül minden férfiú, azután úgy kezdjen ahoz, és legyen olyan, mint azon a földön lakozó: De egy körülmetéletlen se egyék abban.“

A sivatagban bolyongó zsidóság ez előirást nem vette szigorúan, míg *Josua* ismét megkezdette gyakorlását (*Josua* k. V. r. 2—8. sz.): „2. Az időben monda az Úr Josuénak: Csinálj magadnak éles késeket, és ismét metéld körül az Izráel fiait másodszor. 3. És csinála Josue magának éles késeket, és körülmetélé az Izráel fiait a körülmetéletlenségnek halmán. 4. E pedig az oka, miért metéli körül öket Josué: Mert mind az egész nép, tudniillik, a kik kijöttek vala Egyiptomból a férjfiak, minden hadakozó férjfiak meghaltak vala a pusztában, az útban, minekutánna kijöttek Egyiptomból. 5. Mert körülmetéltetett vala mind az a nép, a ki kijött vala: de azt a népet, a ki született vala a pusztában, az útban, minekutánna kijöttek Egyiptomból, nem metélték vala körül. 6. Mert negyven esztendeig jártak az Izráel fijai a pusztában, míglen megemésztetnék minden hadakozó férjfiaknak nemzetsége, a kik kijöttek vala Egyiptomból, kik nem hallgatták vala az Úr szavát, kiknek tudniillik megesküdt vala az Úr, hogy nem mutatná meg nekik a földet, melyről megesküdött vala az Úr az ő attyaiknak, hogy nékünk adná azt a téjjel és mézzel folyó földet. 7. Azért azoknak fijaikat, a kiket állatott vala azok helyében, azokat metélé körül Josué: mert körülmetéletlenek valának: mert nem metélték vala körül öket az útban. 8. Minekutánna pedig körülmetéltetett volna az egész nép: veszteg lőnek az ő helyeken a táborban mindaddig, míg meggyógyulának“.

A nem körülmetéltek a zsidók részéről megvetés tárgya voltak; lásd birák k. XIV. r. 3. sz. *Sámson* s *Delilá*-ra vonatkozólag: „És mondá neki az ő attya és anynya: Nincsen-e a te atyádfiainak leányai között és minden én népem között asszony, hogy te elmégy és venni akarsz feleséget magadnak a körülmetéletlen Filiszteusok közül? Felele Sámson az ő attyának: Azt vegyed nékem: mert az tetszik az én szemeim előtt“. Hasonló értelemben nyilatkozik *Jonathán* (*Sámuel* I. k. XIV. r. 6. sz.): „És mondá Jonathán az ő fegyverhordozó szolgájának: Nosza menjünk által ezeknek a körülmetéletleneknek táborokra; netalán velünk lészen az Úr: mert nem nehéz az Úrnak sok vagy kevés által megszabadítani.“ A megvetés hangján szól *Dávid* (*Sámuel* I. k. XVII. r. 26. sz.): „És monda *Dávid* azoknak az embereknek, kik ott állanak vala, ilyen szóval: Mint lenne annak dolga, a ki megverné ezt a Filiszteust, és elvenné az Izráel népéről e gyalázatot? mert micsoda e körülmetéletlen Filiszteus, hogy szidalommal illeti az élő Istennek seregét.“ És ugyane rész 36. szakaszában: „Azért mind oroszlánt, mind medvét ölt a te szolgád: és ez a körülmetéletlen Filiszteusnak olyan lészen, mint azok közül egy: mert szidalommal illette az élő Istennek seregét“.

A nem körülmetélteket a zsidók alantas lényeknek tartották. *Sámuel* I. k. XXXI. r. 4. sz.: „És mondá *Saul* az ő fegyverhordozó inasának: Vond ki a te fegyveredet, és verj által azzal engem, hogy valami módon reám ne jöjjenek ezek a körülmetéletlenek, és által ne verjenek engemet és meg ne csufoljanak.“

És hasonló értelemben *Sámuel* II. k. I. r. 20. sz.: „Meg ne mondjátok ezt Gáthban, és meg ne jelentsétek az Askalon utczáiban, hogy valamikép ne örvendjenek a filiszteusoknak leányai, hogy valami módon ezen ne tapsoljanak a körülmetéletleneknek leányai.“ Juda s Izráel királyai alatt, a babyloniai fogságban a bálványimádás terjedésének intensitása szerint többé-kevésbé hanyagolták el a körülmetélés gyakorlatát. Megerősödött ismét az *Ezva* és *Velumia* által összehívott „Kénesseth Hagdolah“ által.

Midőn *Jose* főpap Jeruzsálemben 172-ben K. sz. e. az olympiai játékokat bevezette, a zsidó ifjak körülmetéltségük végett gúny tárgyai lőnek („curtus“-oknak csufolták őket, mit ezek „longus“ kiáltással viszonoztak). Ez időben jött divatba az „epispastor“-ral végzett „epispasmus“ a mint *Celsus* mondja: „Ad tegendam glandem colis si nuda est.“ („De re medica“). E beavatkozás lehetetlenné tételére szolgál a „periah“, vagyis a glans penis teljes lemeztelenítése a nyálkahártya beszakítása által. A „periah“ elhagyásával a fitymamaradék idővel oly módon nyúlik meg, hogy hiánya alig mutatható ki. (*Elias Collin* „Die Beschneidung der Israeliten und ihre Nachbehandlung. Leipzig. 1838. S. 20. 1813—1815-ben „periah“ nélkül circumcindált orosz, mohamedán vallású katonákon tett tapasztalatai.) *Antiochus* boszúból 168 ban Krisztus születése előtt megtiltotta a zsidóknak a circumcisio gyakorlatát. *Juda Makkabeus* ismét kivívta népének ősi jogait. Ezen időn túl nyugodtan gyakorolták a körülmetélést. *Jézus* és az apostolok is circumcindáltak voltak, hiszen *Krisztus* szavai szerint ő nem lerontani, de keresztülvinni kívánta *Mózes* törvényeit. Csupán 60 évvel Krisztus születése után szüntették be a keresztények a körülmetélést.

40—49-ben Krisztus születése után Egyptomban s Görögországban élő zsidók környezetük befolyása alatt allegorizálni kezdték a circumcisiót: ismerni kell a jelentőségét, de gyakorolni szükségtelen! *Philon* „De circumcisian“ czímü munkában erélyesen kikel e felfogás ellen.

Pál apostol a térités megkönnyítése szempontjából eltörölte a körülmetélést. *Pál* I. levele a korinthusbeliekhez VII. r. 18. sz.: „Körülmetélkedésben hivatott-é valaki? ne kivánja a körülmetélkedetlenséget: a körülmetélkedetlenségben hivatott-é valaki? körül ne metélkedjetek. 19. A körülmetélkedés semmi: a körülmetélkedetlenség is semmi, hanem az Isten parancsolatainak megtartások kivántatik.“ Erős ellenzéket képviselt e nézponttal szemben *Péter*, ki tovább hirdette *Jézus* szellemében a körülmetélés szükséges voltát. Valószinü, hogy manapságig általános gyakorlatnak örvendene a circumcisio, ha *Pál* nem lépett volna fel keresztülvitele ellen.

A második templom lerombolása után irodalmilag sokat foglalkoztak a körülmetélés kérdésével; a „*talmud*“ ezen tárgyra nézve is forrásmunka.

Vespasianus s *Domitianus* „fiscus judaicus“-a ismét divatba hozta az „epispasmus“-t, de még inkább a kitérést. 120-ban *Hadrianus* megtiltotta a körülmetélést, mi *Bar-Kochba* felkelését eredményezte; *Julius Severus* által leverve, a zsidók beletörödtek a szigorú rendelkezésekbe. *Antonius* megengedte a zsidóknak a circumcisiót, de a proselitákét eltiltotta. *Lucianus Severus Hadrianus* rendeletét megújította, hasonló értelemben intézkedett *Septimius Severus*. A körülmetélt *Heliogabalus* és a vallások egyesítésére törekvő *Alexander Severus*, nem léptek fel a circumcisio gyakorlása ellen. *Constantin* császár ismét szigorítva rendelkezett a zsidók ellen, mit a kereszténveket gyülölő *Julianus Apostata* visszavont (362). A VI. században *Justinianus* megtiltotta a zsidó gyermekek vallásos nevelését. E rendelkezés ellenére tovább gyakorolták titokban a körülmetélést, minek bizonyítéka, hogy *Heraclius* császárnak megjósolták, hogy birodalmát egy körülmetélt nép fogja tönkretenni.

600 körül a visigothok császára szigorú büntetés terhe alatt tiltotta el a circumcisiót. A toledói zsinat a zsidó gyermekek keresztény neveltetését rendeli el. *Nagy Károly* ismét elnézőbb volt s így kisebb-nagyobb ingadozásokkal volt a körülmetélés megengedve, majd eltiltva.

Spanyolhonban az arabs uralom idejében jó dolguk volt a zsidóknak, a kereszténység terjedésével karöltve jelentkeztek az üldözések. 1380-ban nagy zsidóüldözés volt azon ürügy alatt, hogy a zsidók proselitákat gyüjtenek s rajtuk is végrehajtják a körülmetélést. 1450 körül *Nicolas de Cusa* nevü biboros a vallások egyesítése czéljából a circumcisiót általánosítani kivánta s cserében a szentháromság dogmájának elismerését követelte, de törekvései eredménytelenek voltak. Az inquisitio a kitért zsidók titkos zsidó vallásgyakorlata ellen lépett fel, míg 1492-ben *Ferdinand* és *Izabella* a zsidókat kiüzték Spanyolhonból. Portugalban eleinte a convertitákat („marrans“), majd magukat a zsidókat üldözték. A kiüzöttek ellepték Európa különböző részeit, a hol kisebb-nagyobb szabadsággal gyakorolhatták vallásos szokásaikat.

Mendelsohn Mózes fellépte bizonyos reformatorius szellem jelentkezésével esik egybe. A német „Neumodisch“-ok a circumcisio ellen nyilatkoztak, de kevés eredménynyel.

A XVIII. s XIX. században az államhatalom oly irányban kezdett érdeklődni, hogy a körülmetélők kellő kiképezéssel birjanak, hogy a vészthozó kiszopás és körömmel történő beszakítás tiltassék el s végre, hogy orvosnak kell a mütétnél jelen lennie. Az ez irányban müködő tanácskozások legismertebbike a berlini „Obercollegium medicum“ (1799) és a párisi 1843-ban megtartott tanácskozmány.

II.

A körülmetélés egyéb népeknél. Herodot (484 Krisztus születése előtt) azon nézetet vallja, hogy a körülmetélés tulajdonképen egyiptomi találmány s az egyptusokon kivül a kaldeusok s aethiopiaiak gyakorolták mint elsők. *Ben Rabbi* (Die Lehre von der Beschneidung der Israeliten, in ihrer mosaischen Reinheit dargestellt und entwickelt. Stuttgart, 1844) kiemeli, hogy *Ábrahám*-nak a biblia szerint egyszerüen meg lett hagyva a circumcisio keresztülvitele, mi e szokás átvétele mellett szól. *Hippokrates* (466 Krisztus születése előtt) osztja *Herodot* nézetét. Sziciliai *Diodorus* egyiptomi papoktól hallotta, hogy a zsidók az egyiptomiaktól vették a circumcisio gyakorlatát. *Julianus Apostata* a keresztények szemére veti, hogy felhagytak a circumcisioval, melynek egyiptomi eredete mellett foglal állást. *Strabo* is említést tesz e szokás egyiptomi eredetéről. *Pythagoras* kénytelen volt e mütevésen átesni, hogy részt vehessen az egyiptomi papok mysteriumain. A karnaki Kons-templom *Chabas* által magyarázott reliefjén látható egy gyermekeken circumcisiót végző egyiptomi. *Blumenbach* híres anatomus és anthropologus közli, hogy a mumiák mind praeputium nélküliek. *Voltaire* Herodot nézete mellett foglal állást. *Ebers* hírneves aegyptologus „Aegypten und die Bücher Mosis“ (Lepzig, 1868) czímü művében irja: „Ein Volk von so eminent medicinischer Begabung, wie die Aegypter, war vor allen anderen wohl geeignet, eine so heilsame Massregel, wie die Beschneidung, zu ersinnen.“ Ugyanis *Ebers Welcker* hallei anatomusnak rendelkezésére bocsátotta *Amen-em-heb* (1614—1555 Krisztus születése előtt) kapitány penisét, melyen az említettem tudós a praeputiumnak nyomát sem találta.

Sanchaneaton Kronos-t, a phoeniciaiak első királyát tartja a körülmetélés feltalálójának.

Zeborah fiát körülmetélve, az arab „ketan“ szót használta, miből sokan e beavatkozás arab voltát magyarázzák.

A zsidók révén is terjedt a circumcisio. *Sékhem Diná*-t, *Jákob* leányát csupán a körülmetélés feltétele mellett kapta feleségül: „Mindazáltal engedünk néktek ily okkal: ha mihozzánk hasonlatosak lésztek, és körülmetéltetik ti köztetek minden férfiú.“ (Mózes I. k. 34. r.)

Sámuel I. k. XVIII. részében olvassuk: „Monda pedig *Saul*: Ezt mondjátok *Dávid*-nak: Nem kiván a király egyébb jegyruhát, hanem adj néki száz filiszteus szeméremtestének bőrét, hogy a király ellenségein bosszúját megálljad.“ Vagyis a zsidók a legyőzöttek circumcindálását is megkövetelték.

Hámán bukása után számos perzsa is alávetette magát e mütétnek. „És sokan lésznek vala zsidókká a föld népei közül; mert a zsidóktól való félelem körülvette vala őket.“ *(Eszter* könyve. VIII. rész.)

Hyreanus (129. Krisztus születése előtt) az idumaeusokat, *Aristobalus* az ituriaiakat metéltette körül. A proseliták száma nőttön nőt annyira, hogy *Izates* s *Menobares* királyi herczegek titokban körülmetéltették magukat. *Flavius Clemens*, *Titus* s *Domitianus* unokaöcscse felvette a zsidó hitet s körülmetéltette magát. A zsidó hitre való áttérés oly gyakorivá lön, hogy a codex

Justinianus I. k. 9. és 10. sz. alatt ez irányban szigorúan intézkedik. De nemcsak a régi Egyiptomban, de Afrika s Ausztrália legtöbb néptörzsénél gyakorolták e szokást.

A IX. században a *kazárok* fejedelmei, a chakánok elhagyták Mohamed hitét és felvették a zsidó hittel egyetemben a körülmetélést. Az 1184-ben a veronai zsinat által elkárhoztatott *passaginianusok* szintén gyakorolták a circumcisiót.

III.

Nem lehet e szerény keretben mozgó dolgozat feladata, hogy kimerítően tárgyalja az összes néptörzseknél dívó *körülmetélési szokásokat*, csupán kuriozumból említek fel nehányat.

Az *assyroknál* a műtevés alatt összenyomták a nyaki ereket, hogy ily módon a fájdalomérzést eltompítsák. Egy Abuarisch és Hedschas közt élő *arabs törzs Viebeder* („Beschreibung von Arabien“) leirása szerint nemcsak circumcindál, hanem a penis és altest börének egy részét is lehasítja. E borzalmas procedura alatt egy a kézben tartott lándzsa hegyét nézik reszketés és jajveszékelés nélkül. Az Islam követői — bár *Mohamed* nem irja elő — *Ismael*-től, *Ábrahám* fiától származtatván le magukat, fiúgyermekeiket a 13. évben metélik körül. *Arábiában* a „laïlah-al-saghirah“-n nagy vendégség van, a következő éjszakán „laïlah-al-kabirah“ a papok imádkoznak, végre a következő napon a „thabar“ rendesen borotvával végzi a mütétet (khetana), a fitymát egy fonallal egy börkorongon húzva át, ez előtt metszi át a praeputiumot. A „Globus“ 1880. évfolyamában (8. sz. 283. o.) olvassuk *Klaic* tollából, hogy *Boszniában* a hithű mohamedánok 1 hónapig tartják a mütettet ágyban; mütevés után hamuval hintik be a sebet. Tej s kenyér a kizárólagos tápláléka a körüllmetéltnek. *Montezuna* alatt a *régi mexikóiak* főpapjai az újszülött nemi részeit felsebezték, hangsúlyozva előttük a földi nyomorúságot s a gyermekek kezeibe szüleik foglalkozására vonatkozó tárgyakat helyeztek. *(Baumgarten*: „Allgem. Gesch. der Länder und Völker von Amerika.“) *Közép-Ausztráliában* az ú. n. „Mika“ mütét járja, a mely az urethrának az orificium ext.-tól egészen a scrotumig történő felmetszéséből áll. Ezen férfiak vizelete és ondója természetesen a penis tövén ürül; úgy vizelnek mint a nők s impotentia generandiban szenvednek. Csupán e mütevés után járhatnak fedetlen nemi részekkel és léphetnek a házasság kötelékébe. A fajt csupán néhány nem operált egyén tartja fenn.

A *Samoa-szigeteken* fiúgyermekek kölcsönös körülmetélése dívik. *Livingstone* ismertetéséből tudjuk, hogy *Manynemában* a törzsfőnök gyermekén végzett körülmetélés előtt rabszolgákon kisértik meg a mütevést annak megállapítására, hogy az idő előnyös e a circumcisio keresztülvitelére. A *sakalávoknál* (Madagaskar) a levágott praeputiumot egy lándzsa hegyére tüzik és áthajítják az apai lak háztetőjén; ha a talajban egyenesen áll meg a lándzsa, az ifjú bátor lesz. A koronaherczeg praeputiumát nagybátyja köteles lenyelni *(Grandidier)*. *Ausztráliában* nagy zenebonával viszik keresztül a mütétet. A „kurie“-val (zsinóron függő kagyló) felékesített ifjút körülvezetik a szomszédoknál, majd nagy lárma s szinlelt verekedés kiséretében a tanyán kivül egy quarzdarabbal körülmetélik. A gyermek, ki eleinte „kurawulie“ volt s „mockaworo“-vá vált, a „thutschawará“-k vagyis a férfijogokkal felruházottak szövetségébe kerül. A „*Wakiknyn*“ nevü afrikai törzsnél tömegesen végzik a körülmetélést. A levágott testrészt a fiú előtt ássák el. A *kaffereknél* tavaszkor circumcindálnak s az egész nyarat egy külön kunyhóban töltik az ifjak. Őszkor elhagyják ez alkotmányt, mely most a lángok martaléka lesz. Az ifjak az őket üdvözlő anyákat ütlegekkel fogadják, jelezve, hogy ők már nem tartoznak a szülők felügyelete alá. A *basutoknál* (Afrika) a „koma“-nak nevezett mütét a circumcindáltak irtózatos kínzásával van egybekötve, úgy hogy lefolyása alatt az áldozatok halomszámra pusztulnak.

Elie Reclus (La circoncision, sa signification, ses origines et quelques rites analogues. Rev. internat. d. sciences. I—III. 1879. p. 193—229.) 200.000,000-ra teszi a körülmetéltek számát, még pedig Európában: zsidók és törökök; Ázsiában: mohamedánok, Kis-Ázsia, Persia, Tatárország, Mongolország, Kurdistan, Afghanistan, Beludschistan, India, Jáva; Afrikában: fellahok és koptok Egyiptomban, a keresztények Abesziniában, Nubia, Dengola, Sansibar, Mosambique, Socotora, Guinea, Congo, Senegal, Gambia, továbbá a madeganok, kafferek, damarak, betschmanok; Amerikában: Athapacka-indiánok, astekok, totonakák, tecunák és manaok, továbbá Yukatam s Salvador lakói; Polynesiában Marcqesiákon, Marshall-szigeteken, Tanger, Havai, Tahiti, Melanesi, Uj-Hebridák, Uj-Caledonia, Uj-Guinea, Charlotte királyné-szigetek, Carpentaria és szent Vincent-golf lakóinál.

IV.

Orvosi szempontból is réges régen végzik a circumcisiót. *Josephus Flavius* „Centra Apionem“ czimü munkájában tesz említést „gangraena penis“ miatt végezett circumcisioról. A glans és praeputium betegségeinek kezelésében előnyös *Celsus* (VII. 25.) kijelentése szerint a körülmetélés. *Abul Kasir* arabs mütő a circumcisio technikájáról értekezik. *Maimonides* a körülmetélés ellenjavalatait sorolja fel. A XVIII. és XIX. században a mütéti eljárások száma óriás mértékben felszaporodott, nagyjában a praeputium bemetszéséből vagy a bemetszés s körülmetélés combinatiojából állanak.

V.

De nemcsak a fiúknál, hanem a *leányoknál* is járta hajdanában, sőt egyes népfajoknál a jelenkorban is a *körülmetélés*. A legkülönbözőbb népfajoknál eltávolitották a clitorist, a praeputium clitoridist, a labia maiora-t, valamint az introitus vaginae-t.

A kezdeményező népfajt illetőleg a XV. angol papyrusban, *Bernardino Peyron* és a VII. században Krisztus születése előtt élt *aeginai Pál* szerint az egyiptomiak ősrégi időkben üzték e csonkitást. *Hartmann* 1859-ben Cairoban látta egy régi egyiptomi képnek állitólag a másolatát, melyen e mütét pontosan le volt festve. *Strabo* ellenben ez eljárást az araboknak tulajdonitja.

Utazók leirása szerint Egyiptomban, Nubiában, Arábiában, a perui indiánoknál, a betschuloma népeknél, egyes maláj törzseknél, a libyai sivatagban és számos néger törzsnél dívik a nők circumcisioja.

A körülmetélés időpontja különböző népeknél különböző. Vannak egyes néptörzsek, melyeknél a néhány hetes leánykát vetik alá a mütétnek (pl. Arábiában), ellenben Egyiptom déli részeiben 9—10 éves korukban csonkitják a leánykákat. A loandanégerek egy héttel az esküvő előtt, a masai és waknasi törzsek ugyanannyi idővel ez ünnepélyes szertartás után csonkitják leányaikat.

Arábiában a „mobatterat“ (körülmetélőnő) végezi a „battar“-t (a mütétet), vagyis elvágja a „bäta“-t a „nava“-ról. Ezek a nők az uteán nyiltan szólitják fel a leányokat a körülmetélésre. (*Seezen*: „Fundgrube des Orients“. I. S. 65.)

Nehéz eldönteni a leányok körülmetélésének okát. *Bruce I.* (1791) irja, hogy a meleg földöv alatt a nők nemi részei oly túltengést mutatnak, hogy a férfiaknál utálatot gerjesztenek, annyira, hogy a XVI. században Abessiniában térítő papok az e csonkitást eltiltó rendeletet kénytelenek voltak visszavonni, mert a nem körülmetéltek nem találtak férjet. *Brehm E.* ellenben e mütevésben a délvidékiek nagyfokú sensualitásának eltompítására való törekvést látja. E két álláspontot egyesiti *Epp F.* azon nézetével, hogy a túltengett genitaliák önfertőzésre indítanak, ennek meggátlására történnék a circumcisio. *Mungo Park* (1799) a mandingo négerekről beszéli, hogy ezek azon hiedelemben élnek, hogy a körülmetéléssel a házasság termékenységét fokozzák. A régi Egyiptomban a körülmetélés a nagykorúsitást jelentette, a mütevés után kapta a leány kézhez apai jussát.

Nagy sértésszámba megy az araboknál, ha egy leányt nem körülmetéltnek csúfolnak. A masaiok az anyát és gyermekét kivégezik, ha az anya a szüléskor még nem volt körülmetélve.

VI.

A leányok körülmetélésével kapcsolatban az *infibulatioról* is meg kell emlékeznem. E rút beavatkozásról helyesen jegyzi meg *Cailliaud* (1826—27) „inventées par le despotisme du sexe le plus fort“. E barbárnak nevezhető mütét a kisajkak felsebzéséből és összehegesztéséből vagy egyesitéséből áll. *Lindschotten* irja

Peguról (India): „Man findet etliche bei ihnen, so ihren Töchtern, wenn sie geboren werden, ihre Scham zunähen und Ihnen nur ein klein Löchlein lassen, dadurch sie ihr jungfrauwlich Wasser abschlagen mögen; wenn sie dann erwachsen und verheyrat werden, so mag sie der Bräutigam wiederumb aufschneiden so gross und so klein als er vermeinet, dass sie ihm eben recht sey.“ E mütét a Nilus kataraktájától felfelé majdnem általános volt s 5—9 éves korban végeztetett.

Czélja a szüziesség biztosítása; házasság előtt a közösülés keresztülvitelének lehetségessé tétele czéljából külön e mütevéssel foglalkozó nők a völegény által penise mintájára készített phallus vagy mérték után nyilást készítenek, mely a szülés előtt nagyobbíttatik, de post partum ismét egyesítve lesz. Ha a férj elutazik vagy a rabszolgakereskedő rabnöit graviditás ellen akarja biztosítani, akárhányszor megismétlik ez embertelen mütevést, mely után 40 napig összekötött térdekkel kell a szerencsétlen áldozatnak az „anquarêb“-en (nyughely) feküdnie.

Elszörnyüködve olvastam a „Dictionnaire de Théboux“ (Tome VI. Paris, 1752. 943. o.) „rétrécisseuse“ feliratú czikkét, mely ez eljárásnak általánosítását ajánlja.

Uhle és *v. Beuermann* közléseiből tudjuk, hogy az infibuláltak közt a lues mily irtó pusztításokat visz végbe s a heges nemi szervek mily nagy mértékben nehezítik a szülést. *Uhle* ir le egy infibulált rabszolganőcsoportot, melynek tagjain a sivatagban luetikus vezető excindálás után coitust végzett; valamennyi súlyos bujakóros tünettel vétetett fel *Uhle* osztályára. (1. ábra.)

1. ábra. *1.* Circumcindált „Skopt“ nő, *2.* infibulált nubiai nő, *3.* egy felvágott, azelőtt infibulált sudáni nő külső nemi részei.

VII.

Külön kell foglalkoznunk a *körülmetélés tendentiájával.* A *hygienikus szempont* közel fekvő, de szemben egyéb közegészségügyi rendelkezésekkel, nincs mint ilyen a bibliában kiemelve. *Philo* „De circumcisione“ czímü művében említi, hogy a körülmetélés a tisztaság, a potentia generandi s prophylaxis szempontjából nagy horderejü. *Hervelotus, Saadia, Josephus* s *Maimonides* is hangsúlyozzák kórmegelőző fontosságát. *Maimonides* a túlságba csapongó nemi gerjedelmek fékezésére is kitünő eszközt lát a körülmetélésben.

A fityma nélkül szülötteknél végzendő egyszerü felkarczolás, továbbá azon rendelkezés, mely szerint, ha a gyermek a „brith“ előtt halna meg, a temetőben üveggel vagy éles náddal végzendő a mütét, a circumcisio hygienikus szempontból történt behozatala ellen szól.

„Ueber den Ursprung der Beschneidung“ czímü munkában (Tübingen, 1829) irja *Autenrith,* hogy *Ábrahám* mint nem körülmetéit az egyiptomiaknál mint alantas származású általános megvetés tárgya volt, s ez vitte volna azon elhatározásra, hogy kora ellenére önmagán végezze a circumcisiót. A praeputium zsákmányul ejtése dívott az egyiptomiaknál, körülmetéltek karját vágták le. (Lásd *I. Napoleon* által Egyiptomban talált szobrokat.) *A circumcisio a harczratermettség, a férfiasság jele volt.*

Sokan mint egyszerü népszokást állitják oda. 1555-ben *Claudius* abessiniai uralkodó mondja, hogy népénél a körülmetélés oly szokás, mint az indusoknál a fülek átfúrása vagy a nubiaiaknál az arcz bemetszése.

A szerzők egy csoportja e mütevésben *áldozathozatalt* lát — „pars pro toto!“ *(Tylor). Bergmann* s *Reclus* az eunuchismus egy enyhített alakjának tekinti a circumcisiót.

Az énekek énekében („Schir Haschirim“) a zsidókra, *Meiners* „De circumcisione, origine et causis“ (1880) czímü művében egyéb népekre vonatkozólag olvassuk, hogy a rossz szellem elleni védelem czéljából végezték a körülmetélést.

A *„kiválasztott nép“* megkülönböztetése a bálványimádóktól a körülmetélés révén történjék „és ez szövetség jele lészen köztem és fiaid között“ mondá az Úr. Hogy mily nagy fontosságot tulajdonítottak e rendelkezésnek, *Jeremiás* könyvének XXXIII. r. 25. szakaszában olvasható: „Ezt mondja az Úr: Ha szövetségem nem lészen a nappal és az éjszakával és ha az égnek törvényeket el nem rendeltem.“ *Spinozza* is hangsúlyozza, hogy a zsidó örökéletü nép lesz a földön, a míg a circumcisiót gyakorolja. Ezen állásponttal ellenkezik *Holdheim S.* nézete („Ueber die Beschneidung zunächst in religiös diagnostischer Beziehung. Schwerin, 1844. S. 10): „Die Thatsache, dass Moses 40 Jahre lang die Beschneidung vernachlässigt, beweist, dass er sie nicht beachtet, dass er in ihr den tiefen religiösen Sinn, der in ihr liegen soll, nicht gefunden hat, dass man nach seinen, das heisst mosaischen Begriffen eben nicht durch die Beschneidung erst zum Gott geweihten, ihm geheiligten Manne wird.“

A körülmetélés *symbolizálása Pál* apostoltól vette eredetét. *Pál* levele a rómabeliekhez II. r. 28. és 29. f.: „28. Mert nem az a zsidó, a ki kivül annak mutatja magát; sem pedig nem az a körülmetélkedés, a mely kivül vagyon a testen; 29. Hanem a ki belül titkon való zsidó, az igaz zsidó, és az ember szívének lélekben s nem betü szerint való körülmetéltetése az igaz körülmetélkedés, melynek dicsérete nem emberektől, hanem Istentől vagyon.“

Vannak, kik a megkeresztelést és körülmetélést egyenlő értelmü s értékü vallási szertartásnak tekintik. *(Ben Rabbi.)*

A körülmetélés *Spencer* („De legibus hebraeorum. 1732.“) s *Lund* („Die jüdischen Heiligthümer. 1704.“) irományai szerint „signum politicum“. Idegen törzsbéli csupán circumcisio révén lehetett zsidóvá. *Mózes* I. k. XXXIV. r. 15. sz.: „Mindazonáltal engedünk nektek ily okkal: ha mihozzánk hasonlatosak lésztek, és körülmetéltetik ti köztetek minden férjfiú.“ és *Mózes* II. k. XII. r. 48. sz.: „Hogyha idegen ember bujdosik ti köztetek, ki az Úrnak páskhát akarna készíteni, körülmetéltessék először azok közül minden férjfiú, azután úgy kezdjen ahoz, és legyen olyan, mint azon a földön lakozó: De egy körülmetéletlen se egyék abban.“

A mondottakból kiviláglik, hogy mindegyik feltevésnek van bizonyos érdemleges támasza; de eldönteni, hogy melyik az igazi, tiszta lehetetlenség. *Deutsch Ernő* dr.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Manasse: Über chronische, progressive labyrinthäre Taubheit. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

A chronikus progressiv nagyothallás elnevezés alatt általában a hallószervnek azon megbetegedését értjük, mely az otosclerosis vagy stapesankylosis által van feltételezve. Ezen utóbbi Politzer és Siebenmann ismeretes vizsgálatai szerint a labyrinth csontos tokja pathologikus elváltozásának, spongiosussá válásának következménye és rendesen a középső fül, azaz a hangvezető készülék elváltozásán alapuló nagyothallás illetve süketség klinikai képét mutatja.

Ezzel ellentétben klinikailag ismeretes egy másik faja a progressiv nagyothallásnak illetve süketségnek, mely határozottan a hangfelfogó készülék megbetegedésének tüneteit mutatja. Ez az úgynevezett ideges nagyothallás, melyről anatomiailag ez idő szerint csak igen keveset tudunk s általában sokkal ritkábbnak tartják, mint a milyen a valóságban.

Manasse a chronikus progressiv nagyothallás ezen fajának tanulmányozása közben végzett vizsgálatairól számol be jelen munkájában. 1896 óta 22 egyénnek 36 sziklacsontján végzett legbehatóbb, nagyrészt mikroskopikus vizsgálatot. Miután ezek közül 5 esetben (4 egyénnél) stapesankylosis forgott fenn, csak

a többi 18 egyén 31 sziklacsontjának vizsgálatáról felvett jegyzőkönyveket közli egész terjedelmükben.

Vizsgálatai eredményeképen az észlelt anatomiai elváltozásokat a következőkben foglalja össze:

1. A ductus cochlearison illetve közvetlen környezetén: atrophiája a Corti-féle szervnek (beleértve a membrana tectoriát) egész a tökéletes aplasiáig, kitágulása illetőleg megszükülése a ductusnak a membrana Reissneri kiöblösödése avagy besüppedése folytán, a ligamentum spirale hydropikus degeneratioja, kötőszövetújképződmény a stria vascularis alsó végén, kötőszövet- illetve csontújképlődés a perilymphatikus üregekben, ritkábban a közfalak atrophiája, csaknem mindig a pigmentsejtek nagy felhalmozódása a modiolusban és a csiga többi részében.

2. A ganglion spiralén: a ganglionsejtek kisebbedése és zsugorodása s ezek helyén ürök vagy kötőszövetújképződmény a Rosenthal-féle csatornában.

3. A finomabb idegcsatornákban: az idegszálak atrophiája egész a tökéletes elpusztulásig és kötőszövetújképződés a csontcsatornákban (perineuritis).

4. A nervus acusticuson: atrophia és chronikus neuritis, részben kötőszövetújképződéssel magában az idegben.

Vagyis mind a négy helyen ugyanaz a tünet: a praeformált idegszövet atrophiája s helyében több-kevesebb kötőszövetújképződés, tehát oly folyamat, melyet atrophia és idült productiv lobosodás jellemez.

Észleleteiből megállapítja, hogy a megbetegedés centrálisan kezdődik s innen halad peripherikus irányban tovább.

A közölt esetekhez a következő klinikai megjegyzéseket füzi:

Szerinte a chronikus progressiv nagyothallás tárgyalt ú. n. nervosus eseteinek rendkivül gyakoriaknak kell lenniök, mert az általa tüzetesen vizsgált 22 egyén közül 18 nál volt konstatálható. Az utóbbi időben tett klinikai megfigyelései is igazolni látszanak azon felfogását, hogy a chronikus labyrinthsüketség sokkalta gyakoribb megbetegedés, mint a középfül-eredetü (stapesankylosis, otosclerosis).

A megbetegedés aetiologiáját illetőleg az adatok igen hiányosak s általánosságban aetiologikus mozzanatként az alapmegbetegedéshez illetve az egyidejüleg fennálló általános megbetegedéshez kell folyamodnunk.

Eseteiben első sorban az előhaladott kor jött tekintetbe, illetőleg az azzal járó arteriosclerosis; 4 esetben általános tuberculosis, egy-egyben lues, idült nephritis, cholelithiasis, sarkoma; néhány esetben az alapbántalom nem volt megállapítható. Esetleg már lefolyt vagy még fennálló középfülgyuladás is oka lehet az atrophiának.

Életkor tekintetében a 18 vizsgált beteg közül tíz 60 és 90. életév közötti korban volt, a legfiatalabb 26, a legidősebb 84 éves volt.

A férfiak határozottan túlsúlyban vannak a nők felett; a 18 egyén közül 15 férfi, 3 nő volt.

A megbetegedés mindig kétoldali volt s általában a chronikus progressiv nagyothallás képében folyt le. Rendszerint normális vagy közel normális dobhártyalelet mellett a hallóképességnek a beszéd iránt rendkivül lefokozottsága állott fenn, s a kiknél alapos klinikai vizsgálat volt megejthető, a tünetek typikus labyrinthsüketség képét mutatták: normális alsó, korlátolt felső hanghatár, erősen megrövidült csontvezetés, positiv Rinné.

Egyensúlyzavarokat eseteiben nem észlelt. Azt tartja, hogy a chronikus progressiv labyrinthsüketségnél legfőkép a hallóvégkészülék megbetegedése forog fenn s a bántalom kezdetét alkalmasint a nervus cochlearisban veszi.

A vonatkozó irodalmi adatok rövid ismertetése után azon viszony tárgyalására tér át, mely a chronikus progressiv labyrinthsüketség s a veleszületett süketnémaság között fennáll s ezt három irányban vizsgálja:

1. Mely pontokban egyezik meg az anatomiai kép mindkét bántalomnál.

2. Mennyiben különbözik.

3. Az összehasonlításból mily következtetések vonhatók az elváltozások congenitális eredetére nézve.

Az első irányban azt találja, hogy *a)* a ductus cochlearis úgy a veleszületett, mint a szerzett labyrinthsüketségnél gyakran ugyanazon elváltozásokat tünteti fel;

b) a ganglion spiralén mindkét bántalomnál ugyanazon anatomiai elváltozások észlelhetők és pedig sokkal szabályszerübben, mint az első esetben: a ganglionsejtek sorvadása és megkisebbedése, a csatornában üregek avagy újonnan képződött kötőszövet burjánzása;

c) a csiga finom idegelágazódásainál az elváltozások mindkét bántalomban csaknem azonosak: nagyfokú atrophiája az idegszálaknak s ezek környékén kötőszövetújképződés (perineuritis).

A különbséget a szerző abban találja, hogy a szerzett süketségnél az idegtörzs nagy mérvben megbetegedett, míg a veleszületettnél ilyen elváltozásokat nem mutat, továbbá, hogy a veleszületett süketségnél helyenként speciális elváltozások vannak a labyrinthusban avagy a központi idegrendszerben, melyek szerzett süketség eseteiben hiányzanak.

Mindkettőnél különben a hártyás labyrinthus teljesen hasonnemü bántalmazottságáról van szó, a mely alkalmasint csak secundaer természetü s csak az elsődleges megbetegedés által különbözik egymástól.

A mi végül a harmadik kérdést illeti, oda concludál, hogy tény, miszerint mindkét bántalom lényeges pontjaiban teljesen azonos anatomiai képet mutat és hogy a süketnémaság közölt eseteinek nagy részében a hártyás labyrinth elváltozásainak veleszületett volta nincsen beigazolva, tehát nyitva kell tartani azt a lehetőséget, hogy ezen elváltozások itt is későbbi eredetüek, ép úgy mint a szerzett progressiv nagyothallásnál.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A clavin nevü új anyarozs-alkotórészszel végzett nagyszámú kisérlete alapján *Vahlen* odanyilatkozik, hogy a clavin egységes anyag, a melynek specifikus hatása van a méhre, többékevésbé erélyes összehúzódásait létesítve. Általános hatása rendkivül csekély, s az anyarozsnak görcsokozó és gangraenát létesitő hatásával nem bir. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 55. kötet.) A Herff tanár klinikáján clavinnal tett tapasztalatokat *Labhardt* a következőkben összegezi. Gyenge szülőfájások ellen 10 esetben használták, még pedig bőr alá fecskendezés alakjában is; a kezdő adag 2 centigramm volt; 7 esetben erős szülőfájások támadtak az alkalmazása után, 2 esetben csak mérsékelt volt a hatás, 1 esetben pedig nem mutatkozott eredmény. A szülés után 20 esetben használták a szert, valamennyiben több-kevesebb eredménynyel. 2 esetben mesterséges elvetélés czéljából is használták a clavint, még pedig eredménynyel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 3. szám.)

A digitalis-forrázat kémhatásának a jelentőségével foglalkozott *Löwy* a prágai német egyetem gyógyszertani intézetében. Azt találta, hogy a sósav már olyan töménységben, a milyenben a gyomorban szokott lenni, gyengíti a digitalis-forrázat hatását. A pepsin jelenlétének nincs jelentősége. A digitalis-forrázat szobahőmérsékén már 24 óra alatt hatékonyságának mintegy felét elveszíti; ez a benne levő organikus savnak tulajdonítandó és közömbösítéssel az eseteknek túlnyomó többségében elhárítható. A digitalis-forrázatot tehát nem szabad készletben tartani, s a frissen készített forrázatot is közömbösíteni kell. (*Bókay Árpád* tanár lapunknak jubileumi számában már rámutatott volt a gyomor sósavának a digitalis-forrázatra gyakorolt károsító hatására. Ref.) (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 39. szám.)

Magolan elnevezéssel egy új organikus phosphorkészítmény jött forgalomba, a melylyel *Nachmann* szerint diabetes mellitus eseteiben nagyon jó eredményt lehet elérni. E szerző ugyanis azt veszi fel, hogy diabetes mellitusban a phosphatok kiválasztása rendkivül fokozott és valószinünek tartja, hogy ez az oka a bőséges czukorkiválasztásnak is. A nagyfokú phosphorveszteség ugyanis befolyásolja a máj glykonképző működését s ilyen módon áll be a szőlőczukor fokozott kiválasztása a vizelettel. A phosphorveszteség pótlására szolgál a magolan, a melyet az Egyptomban tenyésző lupinus arabicus magvaiból állítottak elő először. Az adag nagyságáról a közlemény nem tesz említést. (Medizinische Blätter, 1906. 42. szám.)

Belorvostan.

Gastrostaxisnak nevezi *W. Hale White* azon vérzést a gyomor nyálkahártyájából, a mely kimutatható elváltozások nélkül támad. Összesen 29 idetartozó esetet gyüjtött össze, ezek között van néhány saját esete is. Ez a szám nem nagy, de csupán azért, mert csak azokat az eseteket gyüjtötte össze, a melyekben a boncolás vagy a műtét alkalmával határozottan meg lehetett győződni, hogy sem fekély, sem más valami oka a vérzésnek nincsen. A 29 eset közül 27 nőre vonatkozik, és csak 2 férfira; a betegek legtöbbje (23) 21—39 éves volt. A betegségnek a fő tünetei: a haematemesis, az ettől független közönséges hányás és a gyomortáji fájdalom. A haematemesis néha nagyon erős; vannak esetek, a melyekben a nagyfokú vérhányás miatt a gyomornak operativ megnyitását végezték. A haematemesis rohamokban jelentkezik; az egyes rohamok között hol rövidebb, hol hosszabb, néha 1—2 évig is tartó szünetek vannak. Olykor az illetőnek előbbi egészségi állapota teljesen jó volt, máskor azonban rohamokban jelentkezett emésztési zavarok előzték meg a haematemesist. A fájdalom az evés után néha fokozódik, máskor azonban teljesen független a táplálékfelvételtől. A betegség kóroktana teljesen homályos. Vikariáló havi vérzés gyanánt nem fogható fel e baj. A chlorosissal sem hozható oki összefüggésbe. Az ideges, főleg hysteriás eredet sem fogadható el, valamint nem állhat meg némelyeknek az a nézete sem, hogy a gastrostaxis tulajdonképen nem egyéb, mint a gyomorfekélyképződésnek legkezdetibb szaka. A prognosis általában jónak mondható. A diagnosis tekintetében a szívbaj, májcirrhosis és gyomorrák okozta haematemesistől megkülönböztetés nem jár nehézséggel, sokszor azonban nagyon nehéz, sőt lehetetlen a gyomorfekélytől elkülönítés. Némi támpontot nyujthat az, hogy a gastrostaxis főleg nőkben fordul elő, hogy a tápláltság a gastrostaxisos betegeknél nem csökken oly nagy mértékben, hogy a dyspepsiás időszakok ezen bajban szabad időszakokkal váltakoznak és hogy a gyomorpanaszok talán nem olyan nagyfokúak, mint gyomorfekély eseteiben. A gastrostaxis kezeléséről szóló részben először is a műtéti beavatkozásról szól a szerző, a melyet nem ajánl, mert nem lehet belátni, hogy egy diffus parenchymás vérzés ellen miképen hathasson a műtét; de különben is e baj, a mint már említettük, nem igen veszélyes. Maguk a sebészek is — így a többi között Mayo Robson — nagyon kétes értékünek mondják a műtéti beavatkozást. A vérzés idején és utána néhány napon át ágyban nyugodtan tartjuk a beteget s a szájon át táplálkozást eltiltjuk, legfeljebb jéglabdacsokat engedünk nyelni. Az ergotin használata, valamint a konyhasóoldat-infusio kerülendő, mert a vérnyomást fokozza; az utóbbi legfeljebb rendkivül vagy vérveszteséggel járó kivételes esetekben mutatkozhatik javaltnak. A vérzés ellen kisérletet tehetünk vaschloriddal (2 gm liquor ferri sesquichlorati ugyanannyi glycerinnel), továbbá calciumchloriddal (60 centigramm 3-szor naponként), mint a mely a vér megalvadásképességét fokozza. 3—4 nappal a vérzés megszünése után tejet engedünk meg kis adagban óránként, még pedig nagyobb darabokban megalvadásának elkerülése czéljából peptonizálva vagy natriumcitrattal (40 centigramm 100 gramm tejhez). Nemsokára utána áttérhetünk más könnyü táplálékra és egyidejüleg valami vaskészitményt is adunk. A diagnosisnak természetesen egészen biztosnak kell lennie, mert ha gyomorfekély okozta volna a vérzést, az ilyen szabadabb diaeta bajt okozhatna, noha a szerző is azon a véleményen van, hogy a gyomorfekélyben szenvedőre jobb, ha jól tápláljuk, mert akkor az általános egészségi állapota is gyorsabban helyreáll és ezzel a fekély gyógyulásának a feltételei is meg vannak adva. A végbélen át táplálásra a Boyd és Robertson-féle összetételt ajánlja: két tojás sárgája, 30 gm. tiszta dextrose, 0·5 gm. konyhasó, 300 gm. pankreatizált tej. De még ha 4 ilyen klysmát adunk is naponként, csak 1200 caloriát viszünk be és ebből is csak 500 szívódik fel. (The lancet, 1906. november 3.)

A gyomor kis görbületén székelő ráknak jókor való felismerésére *Ziegler* szerint nagyon jól használható az ú. n. „mikroskopi gyomortartalom-pangás.“ Vizsgálódásai ugyanis azt mutatták, hogy ha az üres gyomrot kiöblítése után szondázzuk, a szonda ablakában csupán akkor találunk többnyire csak mikroskoppal kimutatható alkotórészeket (leukocytákat, ételrészecskéket és Oppler-féle fonalbacillusokat), ha rákos daganatképződés folyik a gyomor kis görbületén. Az említett alkotórészek közül legfontosabbak a bacillusok. Ezen vizsgáló mód főleg azért értékes, mert a rákképződésnek már nagyon korai szakában — a mikor tehát a műtéti beavatkozás a siker reményével végezhető — positiv. A szerző említ eseteket, a melyekben úgyszólván semmi tünet sem utalt még rák jelenlétére s a „mikroskopi gyomortartalom-pangás“ alapján felállított kórjelzés alapján végzett műtét alkalmával csakugyan kezdődő rákot találtak. A hiányos sósavtartalom miatt rákkal összetéveszthető esetekben (elsődleges subaciditás vagy anaemia okozta másodlagos subaciditás) a szerző sohasem talált „mikroskopi gyomortartalom-pangást“. A gyomor kis görbületén székelő, nem régi fekélyek esetén nincs meg a „mikroskopi gyomortartalom-pangás“; a régebben fennálló ilyen esetekben megvan ugyan ez a pangás, csakhogy gyomoröblítés után megszünik. A „mikroskopi gyomortartalom-pangást“ a szerző oly módon véli magyarázhatni, hogy egyrészt a mirigyváladékáramlás, másrészt a peristaltika a rákosan indurált részeken hiányzik. A kóros részlet esetleges zsugorodása folytán beállott érdessége az illető területnek szintén szerepet játszhatik. A bacillusok pedig azért is szaporodnak el annyira ezen helyeken, mert itt rendkivül kedvező chemiai életviszonyokra találnak, még pedig talán nem is annyira a sósav hiánya miatt, hanem inkább azért, mert a rákos hely abnormis specifikus váladékot termel. (Zeitschrift für klinische Medizin, 58. kötet, 499. lap.)

A bárzsingrák és a gyomorműködés közötti összefüggés tekintetében *Marcou* a következő tételeket állitja fel: 1. Bárzsingrák eseteiben már jókor megbetegszik a gyomor nyálkahártyája (degenerativ atrophikus gastritis). 2. Ez a gastritis vagy latens marad, vagy pedig dyspepsiás zavarokat okoz, a melyek a bárzsingráknak klinikai képét teljesen eltakarhatják és egyszerű dyspepsia vagy gyomorrák felvételére vezethetnek. 3. A nyelészavarok épenséggel nem állandók a bárzsingrák lefolyásában. A dysphagia, ha megvan, nagyon változó intensitású és inkább a spasmus, mint a daganat okozta valódi stenosis által feltételezett. 4. A gyomornedvben hiányzik a szabad sósav, az összaciditás erősen csökkent, peptonok nincsenek, sok a nyálka, gyakran található régi vér, valamint spirillum. 5. A bárzsingrákban szenvedők csak ritkán halnak meg a folyton fokozódó dysphagia következtében, hanem cachexiában pusztulnak el, a melynek keletkezésében a gastritisnek nagy szerep jut. Ezért kellő diaetával nagyon elodázható a halálos kimenetel. 6. A gastritis fokozza a bárzsingspasmust s azért a gastritis eredményes kezelése esetén a dysphagia is csökken. (Arch. génér. de méd. 1906. julius 3.)

Sebészet.

Óvintézkedések a Röntgen-sugarak káros hatás ellen *P. Krause* (Breslau) ismerteti azon eljárásokat, melyeket Strümpell klinikáján Röntgen-tanulmányai alatt már hosszabb idő óta követ s melyek szerinte teljesen beváltak.

1. *Biztonsági házikó* azon személy részére, ki a berendezést szolgálja. Ez egy 186 cm. magas, 126 cm. hosszú és 106 centimeter széles faszekrény, a melyet ólomlemezekkel veretett ki és a melyen két 8×6 cm. nagyságú ólomüveg ablakot alkalmazott. Ezen szekrényben a kapcsolótábla van elhelyezve és benne egy-két személy elfér.

2. *Diaphragmával ellátott lámpaszekrény*, melyet szintén vastag ólomlemezek bélelnek és a mely könnyen transportálható. Ezen készülék elegendő nagyságú a legkülönbözőbb lámpák felvételére. Elől irisdiaphragma alkalmazható rá, míg hátul a Röntgen cső megfigyelésére egy ólomüvegablak szolgál.

3. A személyzet speciális védelmére szolgálnak a következők:

a) gummiköpeny, mely ólommal impregnált kaucsukból (Müller gyártmánya, Hamburg) készült.

b) Védőkeztyük hasonló szövetből.

A közönséges ólomkeztyük czélszerütlenek, mert az ólomdarabkák könnyen széttörnek és a sugarak számára átjárható hézagok keletkeznek a keztyűben.

c) Orrcsiptetők és pápaszemek ólomüvegből (Reiniger, Gebbert és Schall czégtől, Erlangen).

d) Ezen szemvédőkészülékek elesnek akkor, ha *oly baryumcyanür-ernyőt használunk, melyet egy ólomüveglemez fed.* (Ilyen ernyőket szintén a Reiniger, Gebbert és Schall czég szolgáltat.)

e) Fejsisak nem okvetlenül szükséges, ellenben ajánlatos egy *ólomkötény* az ivarmirigyek védelmére.

4. A betegek speciális védelmére szolgálnak *a)* különböző *lámpaköpönyegek* és azonkivül *b) ólomstaniollemezek* az ép testrészek befedésére.

A különböző ólomtartalmú védőszövetek hosszabb alkalmazása idült ólomintoxicatiót eredményezhet; ennek elkerülésére ajánlatos, hogy az ólomszöveteket még egy impermeabilis szövettel (vízmentes gummiszövet, viaszosvászon) vonjuk be, mi által az ólom direkt érintkezését a bőrfelülettel kizárjuk. (Münch. mediz. Wochenschr. 1906. 36. sz.) *Gergő.*

A Basedow-kór sebészi kezeléséről értekezik *Schultze* a jenai sebészeti klinikáról (*Riedel* tanár). Azon idő óta, hogy általában elfogadták a Basedow-kór thyreogen elméletét, a therapia a pajzsmirigy ezen kórosan elváltozott működésével számolni kénytelen s vagy arra törekszik, hogy a pajzsmirigy produkálta mérgeket ellenmérgekkel ártalmatlanná tegye, vagy pedig a mérgeket létesítő pajzsmirigyet eltávolítsa. Tekintve, hogy a belorvosi kezelés gyakorlatilag kevés eredményt mutat fel, mindinkább tért hódít a sebészi beavatkozás jogosultsága. A jenai sebészeti klinikán 50 Basedow-kóresetben végeztek műtétet; a methodus resectioban állott. Ez esetek műtéte óta 1—18 év telt el s az esetek többszöri ellenőrzése után a következő eredményről számolnak be: 50 eset közül teljesen gyógyult 36 (=72%); javult 6 (=12%); eredménytelen műtét 1 (=2%); meghalt 7 (=12%). Gyógyultnak tekintik azon betegeket, a kik teljesen munkaképesek, s sem objective, sem subjective nem mutatnak lényeges kóros tüneteket. 13 esetben semmi nyoma nem volt az előrement Basedow-kórnak; 6 esetben kisfokú exophthalmus, Graefe- vagy Stellwag-tünet utalt a bajra, egy esetben kisfokú tremor a kinyújtott kézen maradt vissza; 16 esetben kisfokú ideges panaszok álltak még fenn.

A mi a 7 halálesetet illeti, közülük 5 közvetlenül a műtét utáni első 24 órában állott be. Klinikailag szívinsufficientia és szívgyengeség tünetei mutatkoztak, a bonczoláskor a szívgyengeség jeleit, transsudatumot a pleurában, pericardiumban, tüdőoedemát találtak. Mindezen esetekben a műtétet narcosisban végezték s ez kétségtelenül hozzájárult a halál létrejöveteléhez. Egy másik körülmény, mely itt még számbajön, az eset súlyossága. Minél korábban kerül a beteg műtétre, annál biztatóbb a siker, mert míg a könnyebb megjelenésű esetek mind gyógyultak, addig a súlyosabb esetek adták a kevésbé kedvező eredményt és a halálos kimenetelű eseteket. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, 1906. XVI kötet, 2. f.) *Steiner Pál* dr.

A komplikált koponyatörések kezelésének távolabbi eredményeit vizsgálta *Brewitt* a berlini Urban-kórház anyagán. Az eseteket a kezelési módszer szerint 3 csoportba osztja: 1. a csontsebzés feltárása a fragmentumok reimplantatiojával; 2. trepanálás és a defectus fedése másodlagos plastikával; 3. a csontsebzés feltárása s gyógyulás per granulationem.

Elsődleges reimplantatioval 38 esetet kezeltek; ezek közül 24 teljesen gyógyult; kisebb zavarok 2 esetben, munkaképtelenség 2 esetben, halál 2 esetben állott be; 8-nak további sorsa ismeretlen.

Másodlagos plastikát 4 esetben végeztek, ezek közül gyógyult 3; jelentékeny zavarok 1 esetben jelentkeztek.

Nyitva kezelt 30 koponyadefectus-eset közül teljesen gyógyult 9; kisebbfokú zavar 2, munkaképtelenség 1, epilepsia 1 esetben jelentkezett; a sérülés folytán meghalt 8; 9-nek további sorsa ismeretlen.

Ezek után oda konkludál a szerző, hogy friss csontdefectusok lehetőleg azonnal zárassanak, mert így kedvezőbb az eredmény, mint a nyitva kezelt esetekben. Ezen nézet ellentétben áll *Kocher*nak az 1899. évi sebészcongressuson kifejtett álláspontjával, a mely szerint a koponyadefectus zárása okozza a legnagyobb bajt, ezért a nyitvakezelést ajánlja *Kocher*. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1906. 79. k. 1. f.) *Steiner Pál* dr.

Húgyszervi betegségek.

A vesevérzésekről *S. Askanazy* königsbergi magántanár igen kimerítő tanulmányt irt, a melyet gyakorlati értékénél fogva részletesebben ismertetünk.

A renális haematuria okairól szólva első sorban fel kell említenünk a vesekövet és az álképleteket, a melyekre a vérzés határozottan jellemző és az utóbbiban typikus kezdeti tünet. A vesegümőkór — bár a vizelet itt is hosszabb vagy rövidebb időn át többé-kevésbé véres lehet — már aránylag ritkábban jár erős vérzéssel, sőt az előrehaladtabb stadiumban, a hol már kiterjedt szöveti roncsolások vannak, daczára annak, hogy a vizeletben mindig találunk akár már szabad szemmel is látható, akár csak górcsővel megállapítható vért, intensivebb haematuria alig mutatkozik. 13 évvel ezelőtt *Tuffier* figyelmeztetett arra és azóta sok hasonló észlelés adott neki igazat, hogy csakúgy mint a haemoptoe a tüdőgümőkórt, profus vérvizelés indítja meg akárhányszor a vesetuberculosist és hogy ezen kezdeti szakban olyan anatomiai elváltozásokra fogunk akadni, a melyek vagy a veseszemölcsök csúcsán levő gümőkóros fekélyekből, vagy pedig egyes a parenchymában elszórt miliar-tuberculotikus góczokból állanak; az utóbbi esetben tehát a vérzés veröeres vértódulásból is eredhet.

A külső erőszakból eredt, valamint a bármely alakban történt bőralatti vesesérülésnek egyik főtünete az akárhányszor igen heves haematuria, sőt a túleröltetés (a lovaglással, a kerékpározással és az ugrással járó rázkódás, a fáradságos hegymászás, Senator esetében a coitus) egymagában is okozhat vesevérzést.

Nagyobb vérzés — bár aránylag elég ritkán — jelentkezhetik a veselob folyamán is és pedig főként az idültnek úgy szövetközi, mint terimbeles alakjaiban. Acut veselobnál és a chronikusnak acut kiújulásánál is a vizelet elég gyakran véres, sőt a vér ilyenkor nagyobb tömegben is szerepelhet (nephritis haemorrhagica). De a nephritis chronicából származott vizeletnek üledékében is górcsővel akárhányszor több-kevesebb vérsejtet fogunk találni. A königsbergi belklinika betegnaplójából megállapították, hogy 562 idült veselob közül 190-nek (35%) üledékében voltak vörösvérsejtek és pedig 126 esetben kevés, 64-ben pedig igen sok. Vannak azonban feljegyzések nephritis nyomán támadó és kólikával avagy a nélkül jelentkező olyan profus vérzésekről is, a melyek tömény vérvizelés benyomását keltették; ezek közül voltak esetek, a melyekben megtalálták a jellegzetes klinikai és anatomiai leletet, másokban azonban a tünetcsoportokból alig vagy épen nem lehetett nephritisre következtetni és a kisebb-nagyobb interstitiális avagy parenchymatosus elváltozásokat csakis a vérző szervnek beható górcsövi vizsgálata alapján sikerült megállapítani.

A vándorvese csakúgy, mint a legtöbbször belőle eredő vesevízkór az erek megtörése és a vese süllyedése által felidézett pangás következtében vérvizelést eredményezhet. Meg kell még emlékezni a filariabetegségről is, a mely azonban a mi klimánkban alig szerepel és így a diagnosis kérdésében soron kivül maradhat.

Ritkább okok: *Fridondani*, *Albarran* és *Guyon* a terhesség és a lactatio alatt észlelt vesevérzést congestiókra vezeti vissza, *Fenwick* és *Suter* pedig apró teleangiektasiákat találtak a vesemedenczében és ennek tulajdonítják a haematuriát.

Ezeken kivül sok oly eset lett közölve, a hol a veselelet negativ volt, a mi az észlelőkben azon meggyőződést érlelte meg, hogy a boncztanilag el nem változott veséből is eredhet profus vérzés, a melyet vagy angioneurotikus (*Klemperer*) vagy pedig helybeli haemophiliás alapon (*Senator*) igyekeznek megmagyarázni. *Albarran*, *Rovsing*, *Malherbe* és *Legueu* azonban kimutatta, hogy ezen vesék mégsem voltak teljesen egészségesek, hogy ezeken különféle, bár elég lényegtelen rendellenességek, és pedig első sorban az *Izrael* által ismertetett nephritikus elváltozások voltak észlelhetők. Az eddigi irodalom beható tanulmányozása után azon meggyőződésre jutunk, hogy a mai napig csupán a Klemperer-féle angioneurosison alapuló essentiális vesevérzéshez nem fér semmi kétség. A többiben vagy nem volt meg a kellő ellenőrzés, vagy pedig utóbb mégis csak találtak apróbb elváltozásokat. A Klemperer-féle eset alapján tehát elvben nem szabad abban kételkednünk, hogy — a mi azonban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik — alkalom adtán az ép vese is vérezhetik.

A tünetekre és a lefolyásra jellemző, hogy a vérzés bármikor megeredhet és a betegség tartama alatt többször ismétlődhetik; elég gyakran ez a vesebajnak az első tünete, mint teszem a gümőkór haemorrhagikus alakjánál, a mikor a vérzés a jellegzetes kórképet néha évekkel megelőzi; a vesetumorok 70%-ában (*Izrael*) szintén a haematuria az első figyelmeztető jel. Ezzel szemben a hydronephrosisnál a vérzés mindig a megtört erek kiegyenesedése, illetőleg a vízkór leapadása után indul meg és ezt *Izrael* a vesekővel szemben, a hol a vérzés a kólikákkal egy időben jelentkezik, mint megkülönböztető jelet igen fontosnak tartja.

A legtöbb betegségben a vérvizelés minden különös ok nélkül, egészen váratlanul, hirtelen kezdődik, csak néha (filaria és vesekő) növekszik fokozatosan, vagyis vizelésről vizelésre és többnyire lassan mulik el; egyedül a vesetumor az, a hol oly gyorsan szünik, a hogy megindult, vagyis oly rövid ideig tart, hogy a vért néha csak egyetlenegy mictioban lehet megállapitani. A többi vesebajnál a vérzés rendesen napokig tart, de kisebb-nagyobb ingadozásokkal hetekre, hónapokra, sőt évekre is elhúzódhatik.

A test melegében a nagy vérveszteség által előidézett hőeséstől és egyes nephritikus folyamatok és a filaria-betegség által kiváltott hőemelkedéstől eltekintve, a vérzés alig okoz változást.

A vizelet színe, a szerint, hogy mennyi vér van benne, nemcsak az egyes rohamokban, hanem ugyanazon vérzés alatt is sokszor változik; a halvány húslészerűtől fel a barnászöldbe játszó sötét vérvörösig megtalálunk minden árnyalatot, úgy hogy az igen erős haematuria már a tiszta vérzés benyomását kelti. A roham enyhülésével a vizelet is tisztul, de a vérzés megszünte után is még egy-két napig vöröses avagy világosbarna színü marad, sőt a mikroskopi vizsgálat a már teljesen vértelennek látszó centrifugált üledékben is talál vörösvérsejteket. A roham alatt a vizelet rendesen csak vért tartalmaz, néha azonban ekkor is találunk e mellett még más, az alapbántalom szerint változó alakelemeket, így a hosszabb idő óta fennálló vesekőnél és vesegümőkórnál genyt, nephritisnél a legkülönbözőbb alakú cylindereket és vesepithelt, a filariabetegségben pedig a sürü vérüledéken álló opálszerüen zavaros vizeletben (chyluria) rábukkanunk a filariaébrényekre. Hangsúlyozni akarjuk azonban, a mi a Koch-féle bacillusok szempontjából igen fontos, hogy a heves roham alatt a véralkotórészek annyira túlsúlyban vannak a vizeletben, hogy ezek mellett a szünet alatt talált egyéb alakelemek teljesen eltünnek.

A haematuria lezajlása után a vizelet többnyire teljesen vértelen; ezen szabály alól kivétel a vesekő és a vesetumor, a hol a vizeletben csaknem állandóan, tehát a szünetek alatt is, ha talán szabad szemmel nem is, de górcsővel minden bizonynyal találunk véralkotórészeket. Ezenkivül a veseköre még jellemző azon befolyás is, a melyet a nagyobb mozgás, a testi túlerőltetés az üledékben levő vörösvérsejtek számára gyakorol. Szintúgy a vesevizkórnál, ha az ureterek tökéletlen kiegyenesedése következtében az elzáródás sokszor ismétlődik, a vizelet tartósan vérrel kevert lehet (*Izrael*).

A vérzésekhez sokszor kólikaszerü fájdalmak és a húgyhólyagra, az ivarszervekre és a felső czombra kisugárzó fájdalmas vesetáji izgalmak is társulnak, a melyeknek az okai a legkülönbözőbbek lehetnek; vesekőnél törmelékek, előrehaladt gümőkórnál genyes avagy sajtos képződmények torlaszolják el az ureternyilást vagy magát az uretert és ez váltja ki a fájdalmakat, a vándorvesénél és a vesevizkórnál pedig az ereknek és az ureternek vérpangásra és a vizelet visszatartására vezető megtörése. A többi bántalomnál, a hol mi sem gátolja a vizeletnek szabad le folyását, néha a haematuria alatt az ureteren lefutó véralvadék, rendesen pedig a görcsszerü verőeres vértódulások okozzák a kólikát. A fájdalmak a vérzéssel egyidőben keletkezhetnek és vele el is mulhatnak, sokszor azonban megelőzik sőt követik is. A vesevizkórra mindenesetre jellemző, hogy a haematuria a kólikaszerü fájdalmak megszünése után, vagyis akkor indul meg, a mikor a visszatartott vizelet az ureter kiegyenesedése következtében ismét szabadon folyik.

A vesevérzés keletkezését mindegyik betegségben másképen kell magyarázni. Egészen tisztán áll előttünk a trauma, a vesekő, a vesetumor, az előrehaladt gümőkór, a vándorvese, a vesevizkór, a filariabetegség és a vesemedenczén talált teleangiektasiák okozta vérzés. A többi bántalomnál, nevezetesen a nephritikus folyamatoknál, az álképleteknél, a kifekélyesedésre még nem jutott kezdődő gümőkórnál, úgyszintén a túlerőltetésből származott vérzéseknél a verőeres hullámzásban keressük azon indító okot, a mely a haematuria rohamokat kiváltja. Hogy a felsorolt betegségekben efféle congestiók valóban szerepelnek, azt igazolja azon lelet, a melyre Askanazy mutatott rá legelőbb, t. i. hogy a veselobos és a gümőkóros esetekben úgy a vese parenchymájában, mint a medenczének és a kelyheknek nyálkahártyájában gyakran találhatók ecchymosisok. Egyes betegségekben tehát, főképen azokban, a hol az ureternek eltorlódásával nem kell számolnunk, a vesekólikának és a vérzésnek együttes jelentkezése ugyanazon okra, vagyis a görcsszerü congestiókra és a vese megnagyobbodására vezetendő vissza.

A vesevérzés therapiája a belső kezelés és a műtét; ez utóbbi rögtön soron van, mihelyest a vizsgálat valamely egyoldali rosszindulatú kóralakot (gümőkór, tumor) állapított meg, vagy ha a belső kezelés eredménytelen és a beteg élete már komoly aggodalomra ad okot. Néha a vérzés mindjárt kezdetben olyan nagy, hogy a kórisme kialakulását be sem várva kénytelenek vagyunk azonnal operálni.

Ha a bántalom nem rosszindulatú és a beteg nem nagyon vérszegény, akkor eleinte még a belső gyógykezelés lesz helyén való; ilyenkor tehát a hátonfekvés és a diaetetikus szabályok szigorú betartása mellett a vérzéscsillapító gyógyszerekre fektetjük a fősúlyt, és az ergotint, a hydrastinint, a stypticint, az adrenalint, a gelatinát stb. akár per os, akár subcutan a szokott módon fogjuk alkalmazni.

A műtétek közül a leggyakoribb a nephrotomia és a nephrectomia, de hogy a sok közül melyiktől várhatjuk a legjobb eredményt, azt többnyire csak a zsigerür feltárásával nyert helyi lelet fogja eldönteni. Mihelyest valamely egyoldali gyógyithatlan avagy rosszindulatú kóralakkal állunk szemben, azonnal ki kell vágni az egész vesét; de ha csak kisebb és tovább terjedni nem hajlandó elváltozásokat találunk, akkor sokszor az egyszerü rámetszéssel is czélt érünk; a csökkent feszülés ugyanis akárhányszor véglegesen, de csaknem mindig hosszabb időre megszünteti a vérzést (*Izrael*).

A szerint, hogy milyen kórképet találunk a zsigerürben, esetleg más műtétre is kerülhet a sor: nephrolithiasisnál a kő kimetszése, vándorvesénél és vesevizkórnál a nephropexia, teleangiektasiánál a cauterizálás stb.

Ha az aránylag még oly csekély elváltozás által is okozott haematuria a rámetszés után sem szünik meg, akkor a nagyfokú és a beteg életét veszélyeztető vérvizelés már egymagában is javasolja a vese kiirtását. Mielőtt azonban ezt végrehajtanók, a szokásos vizsgálati módszerekkel (a vizelet és a vér kryoskopiája, a villanyos vezetőképesség megállapítása, a phloridzinpróba, a methylenkék- és az indigocarmin-reactio) meg kell győződnünk a másik vese működési képességéről. (Die Heilkunde, 1906. 9. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gyermeknek való gyógyszeradag *Lewin* szerint úgy határozható meg könnyen, hogy a gyermek életéveinek számát elosztjuk az életévek számával + 12-vel. Igy például 4 éves gyermeknek $\frac{4}{4+12} = \frac{4}{16} = \frac{1}{4}$, 12 éves gyermeknek $\frac{12}{12+12} = \frac{12}{24} = \frac{1}{2}$ részét adjuk a felnőtt számára való adagnak. A 12. évtől a 18.-ig $^1/_2$—$^3/_4$, a 18.-tól a 21.-ig $^3/_4$—1 adag rendelendő. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 22. szám.)

Tüdőgümőkór eseteiben jó eredménynyel használja *Munder* a porlasztott jatrevint belégzés alakjában. A jatrevin a menthakámfornak és isobutylphenolnak condensatiós terméke, a mely laboratoriumi vizsgálatok szerint erős bakteriumölő hatású és belégezve a légzőszervekre ártalmatlan. Eleinte csak rövidebb ideig légezteti be a szert (10 percz), mert többnyire erős köhögésinger támad; ez azonban csakhamar megszünik, úgy hogy később naponként kétszer légeztet be $^3/_4$—1 órán keresztül. (Medizinische Klinik, 1906. 42. szám.)

Gyengeségi állapotokban (influenza és typhus utáni reconvalescentiában), főleg pedig szívtünetekkel és vérnyomáscsökkenéssel járó neurastheniában *Ferreira* kámfort és lecithint fecskendez a bőr alá: Rp.: Lecithini puri, Camphorae aā 0·5; Ol. olivarum 10·0. Súlyosabb esetekben naponként, kevésbé súlyosakban kétnaponként fecskendez be 1—1 köbcentimetert. (Progrès médical, 1906. szeptember 15.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1906. 5. füzet. *Verebély Tibor:* A varróanyagok a szervezetben. *Róth-Schulz Vilmos:* A Koch-féle régi tuberculin diagnostikai értékéről.

Klinikai füzetek, 1906. október. *Rotter Henrik:* A Pfannenstiel-féle haránt hasmetszésről. *Schein Mór:* A tejsecretio elmélete. II. rész.

Gyógyászat, 1906. 42. és 43. szám. *Réczey Imre:* Balassa-előadás. *Felletár Emil:* Tüdőgyuladás, vagy megfojtás, vagy nehézkór-roham alatti véletlen, vagy mérgezés volt-e a halál oka? *Strobl Willibald:* A proponal altató hatásáról.

Orvosok lapja, 1906. 43. és 44. szám. *Pozsonyi Jenő:* A „califig" nevű hashajtó gyakorlati értékéről. *Falta Marczel:* Gyakorlati útmutatás a trachoma gyógyításában. *Unterberg Jenő:* A pálinkaivók gyomorhurutjáról és annak gyógyításáról.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 43. szám. *Löbl Vilmos:* Benzin- és petróleummérgezések. 44. szám. *Torday Árpád:* A pajzsmirigy részleges kiirtásával gyógykezelt Basedow-kór esete. „Sebészet" melléklet, 4. szám. *Herczel Manó:* Mi a lépkiirtás nyomában fellépő láz keletkezésének egyik valódi oka? *Róna Dezső:* Spina bifida műtétekről, különös tekintettel a műtét indicatiojára.

Vegyes hirek.

Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezits-utcza 15. sz. alatt van.

Kitüntetés. A király *Köllner Károly* dr.-nak, a miskolczi kórház főorvosának a Vörös Kereszt-Egyesület körül szerzett érdemeiért és *Dirner Lajos* dr. budapesti gyakorló orvosnak pedig a posta- és hadigalambtenyésztés és idomitás terén szerzett érdemeiért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Maninger Vilmos* dr.-t Budapest székes főváros főpolgármestere az új szt. János-kórház sebészeti osztályán a mellkas és hasüreg sebészi bántalmainak kezelésére rendelő orvosnak nevezte ki. — *Kerekes Pál* dr.-t valóságos közegészségügyi felügyelővé nevezte ki a belügyminister. — *Ehn Kálmán* dr. csurgói járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki Somogymegye főispánja. — *Grósz Gyula* dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá, *Haas Ottó* dr.-t pedig a segesvári közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Eisenstein Károly* dr.-t Földeákon községi orvossá választották.

Róth-Schulz Vilmos orvosi gyakorlatát *Nervi*-ben (Riviera di Levante) újból megkezdte.

Tüdőbeteg-szanatoriumot szándékozik létesiteni a kormány Algyógyon az állami gépgyárak munkásai részére. E czélra a pénzügyminister 580,000 korona megszavazását kérte, a mely kérelmét a pénzügyi bizottság e hó 5.-én tartott ülésén teljesitette is.

A kolozsvári tisztiorvosi vizsgák eredménye. A Kolozsvárt 1906. október hó 14—16.-ig tartott tiszti orvosi vizsgán a következő orvosok képesittettek: *Dohány Lajos* községi orvos Stájerlak, *Gspann Károly* körorvos Apahida, *Hoffmann József* magánorvos Zsolna, *Justián Aurél* járásorvos Mezőörményes, *Klemens Gusztáv* körorvos Balavásár, *Kornhäuser Samu* cs. és kir. ezredorvos Debreczen, *Miklós Mór* kórházi alorvos Nagymihály, *Sauerwald János* m. kir. honvédezredorvos Debreczen, *Theil Albert* körorvos Nándorhegy, *Weisz Albert* városi orvos Kaposvár, *Zakariás Andor* tanársegéd Kolozsvár, *Zamurovits Timót* körorvos Melencze.

Meghaltak. *Karika Antal* dr. nyugalmazott járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos, e hó 1.-én 81 éves korában Győrött. — *Hoffmann Károly* dr. zsombolyai orvos október 28.-án Abbaziában 41 éves korában. — *W. K. Otis* dr., ismert urologus, 46 éves korában New-Yorkban.

A budapesti poliklinikán október havában 4183 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12,929 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület október hóban összesen 242 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 29 betegszállitást végzett, 46 esetben mint mozgóőrség működött és 2 esetben téves jelentés folytán vonult ki. Az október havi működés főösszege tehát 319.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya október hóban összesen 110 esetben működött.

Vád alá helyezett orvos. Október 9.-én a büntető bíróság előtt állt Bécsben Alt H. dr., az „Allgemeines Krankenhaus" alorvosa. Az eset a következő: f. é. márczius 16.-án egy 66 éves parasztasszony jelentkezett a kórházban felvételre gyomorbaja miatt. A beteget Pál J. tanár osztályán helyezték el. Pál tanár elrendelte, hogy a diagnosis megállapitására gyomormosást végezzenek rajta s ezzel alorvosát, Alt dr.-t bizta meg. Alt dr. ezt a megbizást átruházta egy az osztályon gyakornokoskodó orvostanhallgatóra, miután ez kijelentette, hogy már többször végzett gyomormosást. A gyomormosás végzése közben pár perczig ott volt Alt dr. is, sőt maga is nyomkodta egy ideig a ballont. Az eljárás végeztével feltünt a jelenlevőknek, hogy az asszony hasa igen megdagadt. Rögtön értesitették erről Pál tanárt, a ki azonnal gyomorrepedést constatált. A nő még az nap meghalt. A törvényszéki orvosi szakvélemény szerint a gyomorrepedést az okozta, hogy a gyomorcső ballonját fordítva illesztették reá a csőre, s igy a gyomor feszülésig megtelt levegővel s végül meg is repedt. Ezért a műhibáért Alt dr. teendő felelőssé, annál is inkább, mert az „Allgemeines Krankenhaus" szabályrendeletei szerint az alorvosoknak nem szabad sebészeti eljárást az ápoló személyzetre bizni, orvostanhallgatók pedig csak mint vendégek és nézők lehetnek jelen. Alt dr. azzal védekezett, hogy ezt a szabályrendeletet nem ismerte, s hogy a kórház minden osztályán szokásos dolog, hogy orvostanhallgatókat is foglalkoztatnak. Az illető orvostanhallgatóra azért bizta az eljárást, mert ez azt állitotta, hogy már többször végzett gyomormosást. Szerencsétlen körülmény volt az is, hogy a készülék épen akkor jött a műszerésztől, a kinél javitásban volt, s igy nem volt teljesen összeállitva; igy történhetett, hogy a ballont épen megfordítva illesztették fel. A bíróság további tanuk beidézése végett elhalasztotta a tárgyalást.

Valóságos harcz fejlődik a különféle csukamájolaj-pótszerek feldicsérése körül. A gyakorlóorvosvilág tudja, hogy a tiszta csukamájolaj legértékesebb tulajdonsága a könnyű emészthetőség, ennélfogva a pótszereknél a könnyű emészthetőséget dicsérni lucus a non lucendo. **A Zoltán-féle csukamájolaj** minden hozzá fűzött várakozásnak megfelel.

Mai számunkhoz a **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M.** czég **„Isoform"** czimű prospectusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz a **Fersan-Werke** bécsi czég prospectusa van mellékelve.

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

Vizgyógyintézet 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.**

ABBAZIA **Dr. SZIGETI MÁRTON** — a légzőszervek specialistája.

Marilla sanatoriumban a **napi pensio:** lakás, kiszolgálás, világitás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **— 12.50-16** koronába **kerül. — Az igazgatóság.**

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota. Prospectus.

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

Dr. Kopits Jenő, kórh. rend. orvos, **testegyenesítő 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.

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

DR. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló)**

Orvosi laboratorium: (Szövetség-utcza 14—16.) Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** Telefon-szám 90—46.

Simonyi Béla dr. Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49—57. Modern **Röntgen**-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek. **Vibratiós massage.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1906. november 3.-án.) 1037. l. — Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1906. október 10.-én.) 1039. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 1039. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1906. november 3.-án.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Az elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Rotter Henrik, Picker Rezső és Feleki Hugó tagtársakat. Jelenti, hogy Goldzieher Miksa és Makai Endre mint vendég van jelen.

Garrulitas vulvae.

Rotter Henrik: N. R. 25 éves pénztárosnő 1906. julius 3.-án jelentkezik a szt. Rókus-kórház nőbeteg-osztályán, a hol a következő anamnestikus adatokat veszszük fel: Első menstruatioját 18 éves korában kapta meg; ez azóta 3 hetenként jelentkezett, 2—3 napig tartott, közepes vérzéssel járt fájdalmak nélkül. 1902 augusztusban rendes szülés, 1904 deczember hóban második rendes szülés, mely után a gyermekágy lázas lefolyású s ezért 7 hétig volt fekvő beteg. 1905-ben és 1906 májusban korai abortus láztalan lefolyással. Az első szülésnél gátrepedés jött létre, melyet nem varrtak össze, azóta veszi észre, hogy néha hüvelyéből levegő távozik, többször flatusra emlékeztető hang kiséretében. Ez rendesen olyankor van, ha előzőleg a lábát széjjelveti, ha hajolás után leül, ha irrigálta magát; a hüvelyből távozó levegőnek nincs szaga. E baja miatt igen szerencsétlennek érzi magát. Orvosi tanácsot még nem kért miatta, mert restelte a dolgot. Az utóbbi időben azonban annyira rosszabbodott az állapota, hogy osztályunkat kereste fel panaszával.

St. pr. A rosszul táplált, lesoványodott nőbeteg látható nyálkahártyái halványak, mellkasi szervei épek. A hasfalak lazák, a rectusok közt harántujjnyi diastasis. A vulva kissé tátong, másodfokú régi gátgátrepedés. Erőlködéskor az elülső és hátulsó hüvelyfal gyermekökölnyi daganat alakjában a szeméremrésbe tolul. A húgycsőből váladék nincs. A hüvely tág, a portio 1½ cm.-nyi, kemény, a méhszáj harántrés, jobb s bal oldalán kisebb berepedések. A méhtest a virginálisnál másfélszer nagyobb, kemény, lapos, anteflectált-vertált, jól mozgatható. A parametrium, a kürtök, a petefészkek normálisak. A hüvelyben közepes mennyiségű nyálka, a melyben feltünően sok az apró légbuborék. A hüvelyfal a leggondosabb vizsgálatkor is épnek bizonyul, sipolynak nyoma sincs. A betegnél megtaláltuk azt az állapotot, melyet Schatz a garrulitas vulvaera jellegzetesnek mond. A beteget térdkönyök helyzetbe juttatva látható volt, hogy e helyzet elfoglalása után a hüvely azonnal megtelik levegővel, ballonszerűleg tágul, ránczai elsimulnak. Helyzetváltozáskor, a mikor a beteg a térdkönyökhelyzetből az ülő helyzetbe került, a levegő egészen a flatusra emlékeztető hang kiséretében surrant ki és a hüvely összeesett, elülső és hátulsó fala, mint az rendesen lenni szokott, összeér. Hogy a Veit-féle elmélet helyességéről is meggyőződést szerezzünk, a hüvely nyálkájából aërob és anaërob oltásokat végeztünk, a melynek eredményét később közöljük.

Meggyőződést szerezvén már most a garrulitas vulvae jelenlétéről, a kezelés megválasztásáról kellett határoznunk. Schatz theoriájának megfelelőleg a hüvelybemenet reconstructioja van ilyen esetekben helyén, Veit saját elméletének megfelelőleg a hüvely baktericid kezelését elégségesnek tartja. A mi esetünkben az elülső s hátulsó hüvelyfal descensusa a gátplastikát úgyis indokolván, erre határoztuk el magunkat.

A műtét (colporrhaphia anterior s colpoperineorrhaphia sec. Simon-Hegar) 1906 augusztus 3.-án történt helybeli érzéstelenités mellett. A gát silkworm-öltéseit a 8. napon távolitottuk el, a mikor konstatálhattuk, hogy a sebek per primam gyógyultak. A beteg augusztus 23.-án távozott gyógyultan. Már az operatiót követő 12. napon felkelt, járkált, a garrulitas vulvae azóta nem jelentkezett nála, de kisérletileg sem tudtuk előidézni. Egy hónappal a műtét után ismét bemutatkozott; panaszai azóta teljesen megszüntek.

Sectio caesarea vaginalis két újabb esete.

Rotter Henrik: 1906. április 4.-én reggel szállitják be F. J.-né 23 éves asszonyt a szt. Rókus-kórház sebészeti osztályára. Itt megállapitják, hogy a beteg tüdőtuberculosisban szenved és hogy nagyfokú gégeszűkülete van, a mely miatt vitális indicatioból szükségessé válik a tracheotomia. A beteg légzése rövid időre megjavul, de csakhamar ismét súlyos légszomj fejlődik ki; mivel az asszony a terhesség előrehaladott stadiumában volt, a magzat esetleges megmentése végett osztályunkra helyezték át.

Osztályunkra való felvételekor a következő jelenállapotot találjuk: A beteg eszméletlen. Nagyfokú cyanosis és dyspnoë. A légzés a canuleon át igen szapora és felületes. Pulsus filiformis, időnként kihagyó, nem számlálható. Az asszony moribundnak látszik. A méh fundusa a bordaivet eléri, a magzat háta és szivhangjai balra, apró részei jobbra. A magzat feje a bemenetbe illeszkedett. A hüvelybemenet szűk, mint a nulliparéké; a hüvely középtág, a portio 2 cm.-nyi, a méhszáj az ujjhegyet befogadó gödrös. A hüvelyboltozat mérsékelten ledomborított, elülfekvő rész a koponya, mely a medencze bemenetéből kimozdítható. Normális méretü medencze.

Tehát a terhesség végén levő haldokló asszonynyal volt dolgunk, a kinél a magzat élt és a kinél a szülés még meg sem indult. A magzat életének megmentése czéljából sectio caesarea vaginalisra határoztam el magam annál is inkább, mert az asszony állapota a vizsgálat alatt is romlott, légzése a Cheyne-Stokes-typust kezdte mutatni. A műtét következőképen folyt le. Narcosist nem alkalmaztunk. A műtét előtt 1 cm³ ergotin Bombellen a bőr alá. Kellő desinfectio és a hólyag kiürítése után, tekintettel, hogy primiparával volt dolgunk, a Dührssen-féle hüvely-gátmetszést a constrictor cunni és a levator ani átmetszésével végeztük, mert csak igy volt teremthető elég hely a magzat gyors extractiojára. A vérzést nem csillapitottuk, hanem a tátongó hüvelysebre gaze-serviettet nyomtunk; ezután széles lapos hüvelytükröt vezettünk a hüvelybe, melynek erős lefelé való húzása a különben is nem nagy vérzést teljesen megszüntette. A felső és oldalsó lapoczok bevezetése által beállitottuk a portiót, s az elülső ajkat két golyófogóval megragadva előre húztuk. A golyófogók helyére selyemfonalból „gyeplőt alkalmaztunk. Most az elülső hüvelyboltozatban 5—6 cm. hosszú harántmetszést végeztünk, mi által a hólyag láthatóvá lett. A hólyagot gaze-tamponnal az elülső hüvely- és méhfalnál az ureterekkel együtt letoltuk egészen addig, mig a hashártya elülső áthajlási redője láthatóvá vált. A hólyagot az elülső hüvelyfallal együtt egy lapoczczal eltartva, az elülső cervix- és méhfal a plicáig teljesen szabadon feküdt és ezt két ollócsapással a plicáig át is vágtam. Burokrepesztés. Az apró részeknek megfelelő kéz behatolt a méh üregébe, lábrafordítást végzett és közvetlenül utána megtörtént az extractio.

A műtét kezdetétől a magzat megszületéséig nem egészen 5 perez telt el.

A magzat megszületése után azonnal leválasztottuk a lepényt és kihoztuk. Ezután forró méhüregöblitést végeztünk, mire a kisfokú vérzés megszünt és a méh jól contrahálódott. Csomós catgut-öltésekkel összevarrtuk a méh sebét, a hüvelyboltozat harántsebét, a hüvelysebet és a gát bőrét silkworm-öltésekkel egyesitettük.

A magzat élő fiú, 2300 gm. súlyú, 49 cm. hosszú és 32 cm. fejkerületü; megszületése után hangosan sir.

Az asszony állapota közvetlenül a műtét után rövid időre megjavult, a dyspnoëje csökkent, eszméletét rövid időre visszanyerte, légzése mélyebb lett, pulsusa jobban tapintható Nemsokára azonban rosszabbodni kezdett az állapota és 4 órával a műtét után meghalt. A magzatot ápolás czéljából a gyermekmenhelybe tettük át.

Második esetünk egy eklampsiás beteget illet. 1906. április 21.-én a mentők szállitják be K. M. 16 éves leányt; csak annyit tudunk meg, hogy a betegnek szolgálati helyén többször rángógörcsökben nyilvánuló rohama volt. Más anamnestikus adatokat nem kapunk.

Status praesens: Felvételkor a hőmérsék 37·2, a pulsus 100, peczkelő, feszes. A beteg teljes comában van, eszméletlen, nagy fokban nyugtalan; arcza duzzadt, nyelve összeharapdált, szája előtt véres hab. A lábszárakon nagyfokú anasarca. A méhfundus a bordaivet csaknem eléri.

A magzat háta, szivhangjai balra, apró részei jobbra, feje a medencze bemenetébe illeszkedett. A hüvelybemenet olyan mint a nulliparéké, a hüvely szűk, a hüvelyboltozat mérsékelten ledomborított, a a portio 2 cm.-nyi, a méhszáj ujjhegynyi gödrös. Elülfekvő rész a kimozdítható koponya.

A hólyagban néhány csepp vizelet, a mely forralásra megalszik, Normális méretü medencze.

A vizsgálat közben csaknem egy perczig tartó súlyos eklampsiás rohamot észlelünk.

Diagnosis: Eklampsia in graviditate m. VIII—IX.

Tekintettel a súlyos eklampsiás állapotra, a méh kiürítésére határozzuk el magunkat. Minthogy a szülés még meg sem indult, a leggyorsabban czélhoz vezetőnek a sectio caesarea vaginalist tartjuk.

A műtét chloroformnarcosisban történt és az előbbihez teljesen hasonló módon folyt le. Itt is a Dührssen-féle hüvely-gátmetszést végeztük. Az elülső méhfal átvágása után lábrafordítottuk a magzatot és extraháltuk. A karokat Müller szerint, a fejet Smellie-Veit szerint fejtettük ki. A placenta művi leválasztása után a méh jól contrahálódott, a sebek ellátása az előbbihez teljesen hasonló módon történt. A vérzés a műtét közben jelentéktelen volt, tamponade egyik esetben sem volt szükséges. A magzat élve született (1460 gm. súlyú, 42 cm. hosszú, 29 cm. fejkerületü leány). Másnap ápolás végett a gyermekmenhelyben helyeztük el.

A műtét után a beteget melegitjük, izzasztjuk, végbelébe ½ liter konyhasós vizet öntünk. Bőre alá 2 cm³ morphin- és 2 cm³ coffeinoldatot kap. Bőséges izzadás indul meg, a beteg nyugodtan és jól alszik. Másnap hőmérséke 36·6, pulsusa 64. Sensoriuma még kissé zavart. Vizeletének napi mennyisége 300 cm³, fehérjetartalma Essbach szerint 3‰. Napközben biztatásra 1 l. tejet iszik meg, végbelébe kétszer ½ l.

konyhasós vizet kap. Natrium bicarbonicumos vizet is többször itatunk napjában. A beteg másnap délután 4 órakor ismét nagy fokban nyugtalanná lesz, fejfájásról panaszkodik és 4 óra 20 perczkor, körülbelül 30 órával a műtét után ismét eklampsia-roham jelentkezik. Meleg pakkolással bőséges izzadást váltunk ki, per os 4 gm. paraldehydet adunk, mire megnyugszik és éjszaka jól alszik. Több roham nem jelentkezett. Harmadnapra a sensorium teljesen szabad, a vizelet napi mennyisége 1000 gm., fehérjetartalma Essbach szerint $^1/_2$‰. A lefolyás láztalan volt, csak egyszer emelkedett a hőmérsék 38·3°-ra. A sebek pontosan per primam egyesültek, a gátvarratot a 8. napon vettük ki. A beteg a műtét utáni 17. napon gyógyultan hagyta el a kórházat, vizeletében fehérje csak nyomokban volt kimutatható.

Otogen sinusthrombosis operált esetei.

Fleischmann László: A bemutatandó 3 eset a Böke tanár vezetése alatt álló szent Rókus-kórházi fülbeteg osztályról való.

I. T. J., 31 éves, földmives, kinek 6 hó óta van baloldali genyes fülfolyása, augusztus elején fejfájással, szédüléssel hirtelen megbetegszik, elgyengül, majd hidegrázás kiséretében forróság fogja el. A kórházba felvétetvén, baloldali idült genyes középfülgyuladást találtunk s e mellett sinusthrombosis tünetei voltak jelen: fájdalmak a csecsnyújtvány hátulsó szélének és a bal tarkótájnak nyomásakor, nemkülönben a v. jugularis mentén, caput obstipum, hidegrázás és pyaemiás hőmenet. Egyéb szervekben a mérsékelt hörghuruttól eltekintve nincs elváltozás. A felvétel után 36 órával operáltam a beteget és pedig előbb gyökeres műtétet végeztem, majd feltártam a hátulsó agygödörben a sinus transversust a felső könyöktől le a bulbus v. jugularisig. Kiderült, hogy az idült otitishez a csecsnyújtvány osteomyelitise társult, a mi a sinus faláig terjedve, ennek phlebitisét és thrombosisát okozta, mely a bulbus v. jugularisba is beterjedt.

A sinus megnyitása és a thrombus eltávolítása után a vena jugularist kettősen alákötöttem és átmetszettem. Tamponade, kötés. A műtét után 2 napig még magas remittáló láz volt jelen, mely azonban folytonosan esve, az 5. napon már rendes volt a hőmérsék. Ettől fogva a beteg gyorsan javul, nyakának sebe 3 hét mulva záródik, a trepanatiós üreg sarjakkal betelődik, melyeket már hám takar, s csak a gyökeres műtétnek kissé megszűkült üregе látható még, melybe a fülkagyló mögül fillérnyi retroauriculáris nyilás vezet. Az üreg hámosodása folyamatban van.

II. B. S., 8 éves, kereskedő fia, 3 éves kora óta szenved scarlatinából eredt jobboldali fülfolyásban, melylyel kapcsolatban augusztus közepén magas lázak, hidegrázás és fájdalom kiséretében a füle mögött nagy daganat képződött. Ezt orvosa felvágván, sok geny ürült, de állapota mégsem javult. Felvétele alkalmával jobboldali otitis med. ichorosa találtatott a középfül cholesteatomájával, subperiostális tályoggal a csecsnyújtványon és a sinus-thrombosis jellegző tüneteivel: pyaemiás láz, hidegrázás, nyomásérzékenység a jobb hátulsó agygödörben és a vena jugularis mentén; a lép is meg volt nagyobbodva. Másnap műtét, melynek menete azonos az előbbiével. Gyökeres műtét Zaufal szerint, mely a középfüliüregek szétesző cholesteatomáját tárja fel a csontnak egyrészt a középső agygödör durájáig, másrészt a sinus transversusig terjedő elpusztulásával. Mindkettőt szabaddá tettem, az utóbbit egészen a bulbusig, a sinusból a thrombust eltávolítottam, tamponáltam, és a v. jugularist ugyanúgy, mint az előbbi esetben, alákötöttem. Ennek ellenére 5 napig még typikus pyaemiás kórkép állott fenn, majd egy heti láztalan időszak után hirtelen hőemelkedés és rázóhideg kiséretében endocarditis támad, mely azonban 10 nap alatt lezajlik, s ettől kezdve az utókezelés zavartalanul halad előre. A 4. héten záródik a nyaki seb. Jelenleg a fül mögötti üreg teljesen besarjadzott, sőt majdnem egészen behámosodott, a gyökeres műtét üregе tetemesen szűkült, úgy hogy ott a sarjak kikaparása válik szükségessé, utána esetleg Thiersch-féle transplantatiót kell majd végezni.

III. K. R., 36 éves, cseléd, kinek állítólag csak két hét óta (?) van fülfolyása, 5 napja fejfájásban, szédülésben szenved, ismételten hányt, kirázta a hideg és forrósága volt. Felvételekor (április 27.-én) jobboldali idült genyes középfülgyuladást találtunk cholesteatoma-képződéssel és ehhez társuló hátulsó agygödörbeli genyedéssel, melyet közelebbről nem lehetett biztosan megállapitani. Legkiemelkedőbb tünetek voltak: a homlokra és fejtetőre kisugárzó fejfájás, a nyomásérzékenység a hátulsó agygödör és a v. jugularis táján, a szédülés és hányás. A műtét alkalmával (gyökeres műtét Zaufal szerint és a hátulsó agygödör feltárása) a középfüliüregek cholesteatomáját, perisinosus tályogot és a sinus transversus thrombosisát találtam. A thrombust eltávolítottam, a v. jugularist alákötöttem. A műtét után a beteg azonnal és állandóan láztalan, lassankénti összes panaszai elmulnak, 3 hét mulva záródik a nyaki sebe, a trepanatiós üreg pedig retroauriculáris nyilás visszamaradásával besarjadzik. A középső és hátulsó agygödör durájának nagyfokú előboltosulása folytán a sarjak betemetik az antrumot és részben a dobüreget is, mi miatt narcosisban való kikaparásuk vált 2 hó előtt szükségessé. A helyzet azonban nem változott, ma ismét besarjadzott az üregek egy része, úgy hogy le kell mondanunk a gyökeres műtét üregének stabilizálásáról és bele kell nyugodnunk az esetleges atresiával való gyógyulásba.

Böke Gyula: Klinikáján, a honnan a bemutatott esetek származnak, 8 súlyos eset fordult elő és valamennyit megoperálták. A 8 közül 5 meggyógyult, 3 meghalt. Majdnem valamennyi vidékről jött, még pedig elhanyagolt állapotban. Jele ez annak, hogy a genyedő fülfolyamatokat nem méltatják kellő figyelemre.

Idült gonorrhoeákból származó gonococcustenyészetek és górcsövi készítmények.

Picker Rezső: A bemutatott tenyészetek azért érdemlik meg a figyelmet, mert a Thalmann-féle agarnak emberserummal való keverése által készített táptalaj kitünőségét bizonyitják. A bemutatott tenyészetek válogatás nélkül vizsgálat alá vett idült kankóból származnak, melyek 4 hónap és $3^1/_2$ év között állottak fenn. Ezen tenyészetek közül hatot, miután több generatión át voltak a nevezett serumos táptalajon tovább oltva, serummentes Thalmann- és közönséges agarra oltottam át és 24 óra mulva következő eredményt kaptam:

A serumos Thalmann-culturák 2 esetben a 6. generatioban voltak, 2 esetben a 9.-ben, egyben a 10.-ben és egyben a 12.-ben. A fehérjementes Thalmann-agaron mind bő lepel alapjában nőtt meg (leggyengébben a 10. gen.) A közönséges agaron, mely szintén emberhúsból készült, szintén többé-kevésbé megeredtek a tenyészetek.

Ezen kankókból vett készitmények közül három esetet szintén bemutatok, mert ezen esetekben a betegeknek jóformán tudomásuk sem volt arról, hogy még van kankójuk, a mi élénken ellenkezik a készitményekben látható óriási gonococcus-tömeggel. Erre ismét azért hivom fel a figyelmet, mert azon vélemény van épen az idült kankóról elterjedve, hogy a benne szenvedők váladékában a gonococcusok csak szórványosan találhatók.

Több évi megfigyelésem alapján mondhatom, hogy ez csak némely ritka esetben áll és ekkor is csak azon góczra nézve, a melyben a gonococcusok megrekedtek; a szabad nyálkahártya váladékában, legyen az akármilyen gyér is, a gonococcusok mindig tömegesen találhatók, ha a kezelés huzamosabb ideig szünetelt.

Az ilyen egyének tehát, noha egykoron heveny bántalmuk kórokozóit tömegesen hordják magukban, klinice a lefolyt betegségnek semmi jelét sem mutatják.

Ezen állandó bacilluskiválasztással járó állapot teljesen megfelel azon állapotnak, mely a typhus, a cholera s diphtheria klinikai meggyógyulása után visszamaradhat, midőn látszólag teljesen egészséges egyének betegségük csiráit éveken át magukban hordják és igy a közegészséget igen nagy mértékben veszélyeztetik. („Chronische Bazillenträger“, idült bacillusgazdák.)

Az idült kankónál ezen állapot szintén tulajdonképen tökéletlen gyógyulás. A nyálkahártya-felületre eliminált bakteriumok nem távolittatnak el a vizeletsugárral (igy történik t. i. a rendes gyógyulás), mert olyan helyre választattak ki, melyet a vizeletsugár nem ér (valamely mirigyes recessus). Innen jutnak kisebb-nagyob tömegben, de állandóan a szabad nyálkahártyára, hol azután óriásilag elszaporodnak. Ezért oly muló értékű ily esetekben a húgycső bárminemű topikus kezelése. Ezen esetekben azután a pontos kórisme, t. i. a beteg gócz felismerése a fődolog és csak azután foganatositható az ennek megfelelő helyi kezelés. Más ritka esetekben a csirák tényleg már csupán a szabad húgycső felületén vannak és talán ennek ránczaiban találják meg a retentiora a kellő alkalmat. Ezen esetekben az egyszeri kiadós helyi kezelés csodás, egy csapásra bekövetkező gyógyulást eredményez.

Detre László: Az elhangzott bemutatás 2. pontjához óhajtok pár észrevételt fűzni. Hogy idült gonorrheás esetekben a gonococcust ki lehet tenyészteni, és hogy emberi ascitesfolyadék, serum, hydrokelefolyadék, vér stb., szóval emberi fehérje hozzátétele az agart jó gonococcustáptalajjá változtatja, már évek óta általánosan ismeretes, annyira, hogy ma már minden bakteriologus e tenyésztalajokat e czélra rendesen használja. A bemutató eljárása annyiban tér el a rendestől, hogy ő az emberi fehérjét nem közönséges, hanem Thalman-agarhoz keveri: azonban egyáltalán nem igazolta be, hogy ez a táptalaj előnyösebb a régieknél.

Kifogásom van másodsorban a „chronikus bacillushordozók“ elnevezés ellen. Azokat az egyéneket nevezzük német szerzők nyomán „chronische Bazillenträger“-eknek, a kik bár *nem betegek*, tartalmazzák az illető kórokozó csirákat, és a ragályt ily módon tovaczipelhetik, terjeszthetik. Ily módon alkalmazzuk e kifejezést azoknál, a kik egészséges létükre gazdái és terjesztői a cholera-, a typhus-, a dysenteriacsíráknak. Picker eseteiben azonban *idült gonorrhoeásak* szerepelnek, ezek pedig, minthogy bár kisfokú, de kifejezett elváltozásokat mutatnak (filamentumok, prostatitis stb.), természetszerűleg *egészségeseknek nem tekinthetők*, tehát nem illik rájuk a „chronische Bazillenträger“ elnevezés.

Picker Rezső: Detre megjegyzésére hangsúlyozza, hogy eredetileg csak azon egyéneket nevezték „chronische Bazillenträger“-eknek, a kik a nevezett fertőző betegségek egyikéből klinice kigyógyultak. Abortiv lefolyású fertőző betegségek a beteg emlékezetéből teljesen elveszhetnek és igy származhatnak azután azon idült bacillusgazdák, kiket Detre typusnak állit fel. Idézi a német állami typhusvizsgálóállomások által typhusbetegek környezetében előfordult és bakteriologice vizsgált könnyű hasmenéseseteket, melyek mellett az illető egyének fennjártak, alig voltak lázasak és mégis a vérükben és ürülékeikben tömegesen voltak typhus-bacillusok.

Detre első megjegyzésére pedig azt válaszolja, hogy egyelőre csakis az emberhússal készült Thalmann-serumagart használja. A Detre által inditványozott ascites stb. combinatiókkal való vizsgálódásokat már ő is tervbe vette.

A culturákat pedig azért mutatja be, mert tudomása szerint épen az idült gonorrhoeák coccusai még serumos táptalajokon is akárhányszor nem tenyésznek meg.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1906. október 10.-én.)

Elnök: **Medvei Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Folytatás.)

Méhenkivüli terhesség három operált esete.

Rotter Henrik: I. 1906. junius 3.-án szállítják be osztályunkra B. J.-né, 30 éves asszonyt, a ki elmondja, hogy két nap előtt hirtelen rosszul lett, elájult. Négy partus, az utolsó 2 év előtt. Menstruatioja sem nem maradt el, sem nem késett, utolsó vérzése május 20.-ától 28.-áig.

Status praesens. A feltünően sápadt nőbeteg hőmérséke 36·3°. Pulsusa 120. Az emlőkből savó nem sajtolható ki, a linea alba nem pigmentált. A has puffadt, kissé érzékeny, a kopogtatási hang elül dobos, a lumbális tájékon tompult-dobos. A vulva livid, a vagina tág, a portio 2 cm.-nyi, puhább. A méhszáj haráutrés, a méhtest a rendesnél valamivel nagyobb, anteflectált-vertált, dextroponált. Mögötte és tőle balra diffus határú, kissé érzékeny resistentia, mely a hátulsó hüvelyboltozatot mérsékelten ledomboritja. E tünetek alapján megrepedt méhenkivüli terhességre teszszük a diagnosist és ennek megfelelőleg laparotomia chloroform-narcosisban. A has megnyitása a középvonalban a symphysistől felfelé 10 cm. hosszban. A hasüregben körülbelül $1^1/_2$ liter folyékony és lazán alvadt vér. Rögtön a has megnyitása után a jobb adnexumnak megfelelőleg betapintunk a hasba, itt megtaláljuk a könnyen mobilizálható terhes tubát, a melyből a vérzés történik; előrehúzzuk, leköljük, amputáljuk. A másik oldali adnexumok épek. Hastoilette, hasfalvarrat négy étageban. Láztalan lefolyás, 1 hónap mulva a beteg gyógyultan távozott. Az eltávolitott terhes tubán sérülés nem látható, a vérzés az ampullán keresztül történt, tehát tubáris abortussal volt dolgunk.

II. L. A., 26 éves hajadont 1906. julius 24.-én eszméletlen állapotban szállitják be osztályunkra. Kisérőjétől megtudjuk, hogy 6 hónap előtt szült és a beszállítás napján hirtelen rosszul lett.

Status praesens. Az igen halovány asszony pulsusa filiformis, alig tapintható. Az emlőkből savó nyerhető. A has puffadt, a linea alba pigmentált. A kopogtatás az elülső hasfalon dobos hangot, a lumbális tájékon tompult dobos hangot ad. A vulva livid, a vagina tág, a portio 2 cm.-nyi, puhább, a máhszáj haráutrés. A méhtest kétakkora, puhább, anteflectált-vertált, anteponált, elevált, mögötte és tőle balra diffus határú resistentia. Diagnosis: Graviditas extrauterina rupta, a melynek megfelelőleg azonnal laparotomiát végzünk. A has megnyitása a linea albában; a hasüregben körülbelül $1^1/_2$ liter folyékony és lazán alvadt vér. A baloldali tuba isthmikus részében diónyi petezsák; a tubát előrehúzzuk, a lig. infundib. pelvicum és a tuba uterinális végének alákötése után kiirtjuk. A tuba falán $1^1/_2$ cm. repedés van, melyen át chorion-bolyhok láthatók. A másik oldali adnexumok épek. A $1^1/_2$ cm. hosszú magzatot a véralvadék között az ép amnionban megtaláljuk. Hastoilette, hasfalvarrat 4 étageban. Láztalan lefolyás.

III. M. L., 36 éves takarítónő 1906. szeptember 23.-án jelentkezik osztályunkon. 5 rendes partus, 3 abortus, az utolsó 4 év előtt. Az utolsó menstruatio 2 héttel késett. 2 nap óta csekély vérzései és nagy fájdalmai vannak.

Status praesens: Hő 37, pulsus 80. Az emlőkből savó nyerhető, a linea alba pigmentált, a kopogtatási hang a has felett normális. A vulva halvány, a vagina tág, a portio 2 cm.-nyi, kissé puhább, a méhszáj haráutrés. A méhtest kétakkora, az igen hájas hasfalakon keresztül az adnexumok csak homályosan tapinthatók át. Baloldalt kissé érzékeny resistentia van.

Az eset méhenkivüli terhesség gyanúját keltette fel bennünk, azért kórházi ápolásba vettük. A kórházi tartózkodás 3. napján a beteg hirtelen rosszul lesz, szédülésről panaszkodik, hány. A pulsus 120-ra szökik fel, a has puffadt, a lumbális tájékokon tompult kopogtatási hangot kapunk, a Douglasban fluctuatiót lehet kimutatni. Most már kétségtelen, hogy méhenkivüli terhességgel van dolgunk, a mely a kórházban való tartózkodás alatt megrepedt. Ennek megfelelőleg rögtön végzem a laparotomiát. A has megnyitása a linea albában; a hasban igen sok, körülbelül 2 liter folyékony és alvadt vér, a baloldali tuba ampulláris részében megtaláljuk a vérzés okát diónyi megrepedt petezsákban. A tubát előrehúzzuk, leköljük, amputáljuk. Hastoilette, hasfalvarrat 4 étageban.

A lefolyást jobboldali pneumonia komplikálja (aethernarcosis), a mely azonban már gyógyulófélben van. A hasseb per primam intentionem gyógyult. (Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A nyelvrák sebészeti kezeléséről tartott előadást *Poirier* az „Académie de médecine" 1906. október 30.-i ülésén; ez előadásról a napilapok is megemlékeztek és közölték, hogy új rákkórház megalapitására ezen előadás hatása alatt máris nagyobb összeg gyült egybe. A dolog meritoriumára a napilapok nem tértek ki, legyen szabad azt itt röviden közölni.

32 esetben avatkozott be sebészileg nyelvrák miatt. 7 eset operativ halálozás áldozata, 1 eset 10 nap után adrenalin-injectio következtében halt el; 11 igen gyorsan recidiva következtében pusztult el. (5 esetben a nyaki nyirokmirigyekben, 6 esetben a nyaki tájékban egész terjedelmében jelentkezett a recidiva.) Az 5 esetben, mikor az áttétel a tájéki mirigyekben támadt, második műtétet végzett; ezek közül meghalt 3, gyógyult és 7 illetve 5 hó óta post operationem él 2.

Marad még 13, a kikről be kell számolni; ezek közül 5-nek további sorsa nem ismeretes. 8 él hosszabb-rövidebb idő óta (kár, hogy előadásában az időt nem emliti) recidivamentesen.

Ezen statistika alapján *Poirier* oda konkludál, hogy minden rák s igy a nyelvrák is gyógyitható sebészi úton; a fődolog, hogy minél radikálisabban s a baj mentől korabbi szakában avatkozzunk be. Kétes esetekben végezzünk próbakimetszést és vizsgáljunk histologice. Ne végeztessünk higanykúrát s ne kezeljük Röntgen-sugarakkal a nyelvrákot.

32 esetében a betegek dohányzók voltak és közöttük 27-nek volt syphilise; ebből azt a következtetést vonja, hogy a nyelvrák főleg dohányosoknál és syphilisben szenvedetteknél fordul elő. (Académie de Médecine. Séance du 30. Oct. 1906.) *Steiner Pál* dr.

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Folyó év október havában 1.565,900 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.324,000 k. értékü biztositási kötvény állittatott ki. Biztositási összegek fejében 110,192 k 92 f fizettetett ki. 1906. január 1.-jétől október 31.-éig bezárólag 15.115,100 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 13.098,600 k. értékü uj biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

4032/1906. sz.

A lemondás által üresedésbe jött **szentjobbi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen okmányolt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi deczember hó 10.-éig adják be.

Az állás javadalmazása 1000 korona készpénz a kir. adóhivatalnál utalványozva és szabad lakás.

Látogatási díjak nappal 1 kor., éjjel 2 kor., körúton kivül a kör községeiben 4 kor.

A körhöz a székhelyen kivül Ilkszentmiklós, Hegyközszentimre és Csohaj községek tartoznak.

Székelyhid, 1906. évi november hó 6.-án.

3—1 *A főszolgabiró.*

3194/1906. sz.

Az üresedésben lévő **Almosd községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen okmányolt pályázati kérvényüket hivatalomhoz f. évi deczember hó 5.-éig adják be.

Az állás javadalmazása:

1200 kor. fizetés és 200 kor. lakbér a kir. adóhivatalnál utalványozva.

Látogatási díjak az orvos lakásán 30 fillér, a beteg lakásán 80 fillér.

Igazolt szegény betegek ingyen gyógykezelendők.

Az orvos ez idő szerint a vágatási biztosi teendőket is végezni tartozik s ezért a következő dijakat élvezi: sertés után 80 fillér, szarvasmarha után 1 korona 60 fillér.

A községbe gyógyszertár lett engedélyezve, mely 1907. évi január hó 1.-én nyilik meg.

Székelyhid, 1906. évi november hó 6.-án.

3—1 *A főszolgabiró.*

A nyitrai vármegyei közkórházban a **kórházi** osztályon és az **elmebetegek** osztályán **egy-egy alorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásokra a m. kir. belügyminister 125000/902. számú körrendeletével életbe léptetett vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon **nőtlen** s ezen állások betöltésére az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-a, illetve az 1883: I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitéssel rendelkező orvosdoktorokat, kik ezen, a kórházi osztályon 1400 korona, az elmebetegek osztályán 1600 korona évi fizetéssel, egy szobából álló lakással, fütéssel, világitással, természetbeni élelmezéssel javadalmazott s nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon f. évi november hó 30.-áig hozzám nyujtsák be.

A mennyiben a jelzett állásokra az idézett törvényszakaszokban foglalt képesitéssel biró orvosok nem pályáznának, az egy évi kórházi szolgálatra kötelezett orvosdoktorok is ideiglenes minőségben alkalmazást nyerhetnek, ez esetben az orvosgyakornok fizetése a többi illetmények élvezete mellett 1200 korona.

A kinevezett alorvos köteles a kórházban lakni, szolgálati viszonyai a kórház szolgálati utasításában és alapszabályaiban közelebbről meg vannak határozva.

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

Nyitra, 1906. évi október hó 31.-én.

Turchányi s. k., alispán.

6537. V/1906. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **szőreghi körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Az orvosi körlethez Szőregh székhelylyel Szőregh, Deszk, Klárafalva és Ujszentiván községek tartoznak.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fill. látogatási díj és a szabályrendeletileg megállapitott halottkémlési és hüsszemledijak.

Felhivom ennélfogva azokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen s eddigi alkalmaztatásukat is igazoló bizonylatokkal felszerelt kérvényüket f. évi november hó 25.-éig hozzám adják be.

A megválasztandó körorvos tartozik a vármegyei orvosi nyugdijegyletbe belépni.

Törökkanizsa, 1906. évi november hó 1.-én.

Tamássy, főszolgabiró.

2879/1906. sz.

Az **almáskamarási körorvosi állásra**, melyhez két nagy község tartozik, pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása 2000 korona évi fizetés, 200 korona lakbér és 164 korona fuvarátalány, melyért hetenként kétszer, a szükséghez képest többször is tartozik a 3 kilométer távolságban levő másik községben megjelenni. Látogatási díj nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1886. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám november hó 24-éig küldjék be.

A megválasztandó körorvos kézi gyógytár tartására engedélyt kérhet.

A választás november hó 26.-án d. e. 4 órakor fog megtartatni.

Elek, 1906. évi november hó 2.-án.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

989/1906. sz.

Az üresedésben levő csáb-ipolybalogi (Hont vármegye) **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Pályázni kívánók pályázati kérvényüket, mely az orvostudori oklevéllel vagy hiteles másolatával, erkölcsi bizonylattal és esetleges működési bizonyitvánnyal szerelendő fel, **1906. évi november hó 24-ének déli 12 óráig** hozzám adják be. A pályázati kérvényekben a nyelvismeret is kitüntetendő. A tót nyelv birása kivánatos.

A kör 38 községből és 15,834 lakosból áll, székhelye Csáb.

A körorvos javadalmazása:

Fizetés 1600 korona. Uti átalány községenként 12 korona és a szabályszerű látogatási, himlőoltási, vágóbiztosi és halottkémi dijak. A megválasztandó körorvos kézi gyógytár engedélyezésére is igényt tarthat.

A megválasztott körorvos köteles a törvény- és szabályrendeletben meghatározott kötelességeit pontosan teljesiteni, községeit minél gyakrabban, de évnegyedenként legalább egyszer beutazni.

A választást f. évi november hó 29.-én d. e. 10 órakor fogom Csáb községben a körjegyzői irodában megejteni.

Ipolynyék, 1906. évi október hó 16.-án.

2—2 *Pályi*, főszolgabiró.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

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

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

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

Kellemes izénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készitményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**

„Fehérkereszt" gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

E. MERCK

Vegyészeti gyár Darmstadt.

Fibrolysin.

Uj Thiosinaminösszeköttetés használatra készen, 2·3 cm³-es ampullákban = 0·2 gm. Thiosinamin; fájdalmatlan intramuscularis befecskendéshez.

Perhydrol,

Hydrogensuperoxyd Merck.

Absolut vegytiszta. 30 súlyszázalék H_2O_2 tartalommal, kitünő sebészi, urologiai, fülészeti és fogászati czélokra; a sebkezelésben nélkülözhetetlen.

Paranephrin.

Uj, relative ártalmatlan, nem izgató mellékvese-készitmény; különösen alkalmas injectio-anaesthesiára cocainnal való kapcsolatban.

Tropacocain.

Kitünő helyi anaestheticum; egyéb anaestheticumok kellemetlen mellékhatásaitól ment. Igen ajánlható fogorvosi, szemészeti és általános sebészeti czélokra. Kedvelt szer a medullaranaesthesia részére.

Rp. **Bromipin 10%.** 100 gm.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. 2—3-szor naponta egy teáskanállal és többel.
Javalat: neurasthenia, hysteria, idegesség.

Rp. **Dionin** 0·3 gm.
Aqua amygd. amar. 15 gm.
M. D. S. 3-szor naponta 10, este 20 cseppet.
Javalat: hörghurut, gégehurut, tüdővész.

Rp. **Jodipin 10%.** 100 gm.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. 2—3-szor naponta és többször 1 teáskanálnyit forró tejben.
Javalat: görvélyes jelenségek, hörgi köhögés, emphysema.

Rp. **Jodipin 25%.** 100 gm.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. Naponta 10—20 cm³, 10 napon át vagy tovább a glutaealis tájba fecskendezendő.
Javalat: tertiaer syphilis, arteriosclerosis, ischias, emphysema.

Rp. **Stypticin** 0·05 gm.
fiat tabuletta, dentur tales doses No. 20.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. Naponta 3—5—8 tabletta veendő.
Javalat: menstrualis vérzések, klimakterikus vérzések, menorrhagiák.

Irodalom ezen készítményekről az orvos uraknak ingyen és bérmentve áll rendelkezésre.

Veronal.

Uj, igen kiváló hypnoticum, más altató szerek hátrányai és mellékhatása nélkül.
Adag felnőttnél 0·5 gm.

Haemogallol.

Igen hatásos szerves vérvaskészitmény. Könnyen emészthető és felszivódó. Por- és tabletta-alakban.

Antithyreod-Möbius.

Kedvelt szer Basedow-kór ellen, mely gyorsan hozza létre a nyakvastagság, az ütér- és légzési szaporaság, az exophthalmus és a struma csökkenését és a közérzetet láthatólag megjavitja.

Gelatina sterilisata

pro injectione Merck 10%.

10 és 40 gm.-ot tartalmazó beolvasztott csövecskékben. Különös aseptikus óvintézkedések mellett friss borjúlábakból készült és a leggondosabban sterilizálva. 1648

Schmidthauer-féle radioactiv Igmándi keserüvíz

kitünő eredménynyel pótolja a **karlsbadi** és **marienbadi** ivókurát otthon bármely évszakban.

Rendszeres adag, reggel fél pohárral.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezögazdaságban. Felvilágositással szivesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apolási díj: I. oszt. évi **1600** k., II. oszt. évi **1000** k. Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, 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 betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendü apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál: **Dr. Wosinski István**, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, telefon helyben.

LEGTÖKÉLETESEBB ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BÖRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT.

Név védve. **Extractum** Név védve

Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

SANATOGEN

fehérnye és phosphor bevitele a testbe. Az oxydátiós energiát fokozza. Az anyagcserét előmozdítja és ezért a leghathatósabb erősítőszerek egyike. Orvos uraknak kisérleti anyagot és irodalmat kivánatra ingyen és

⚜ ⚜ ⚜ **bérmentve küld** ⚜ ⚜ ⚜

BAUER & C^IE.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

Amerikai rendszerü **hygienikus központi légfütés** egycsaládos házak, villák,

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak

számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, **BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.**

Telefon 96—96. Telefon 96—96.

Fersan

(Jolles)

Vas- és phosphortartalmú tápláló- és erősítő szer.

Körülbelül 90% vízben oldódó és felbontott fehérjeanyaggal

Jelentékeny haemoglobin és vörös vérsejt-szaporodást idéz elő. | Fokozza az étvágyat, növeli a testsúlyt és erősíti az idegeket.

Számos orvos urak kivánságának engedve, hogy készitményeink szegényebb betegek részére is rendelhetők legyenek, készitményeinket az eddigiek mellett egy

új, egyszerűbb és olcsóbb csomagolásban

is forgalomba hozzuk.

25 gm. pornak ára ily olcsóbb csomagolásban csak 1.— kor.
50 drb. pastilla a 0·5 „ „ „ „ „ 1.50 kor.
50 „ „ a 0·25 „ „ „ „ „ —.85 fill.

Minden gyógyszertárban kapható.

Irodalom és minták az orvos uraknak ingyen rendelkezésükre állanak.

Fersan-Werk: Wien, IX., Berggasse 17.

JOD-FERSAN-pastillák
Jod-Fersan-csokoládé gyermekpastillák
FILÓ JÁNOS BUDAPEST.

HYGIAMA

HYGIAMA alimentum est concentratum valoris maximi.
HYGIAMA diaeteticum exploratum et probatum est typho abdominali laborantibus.
HYGIAMA brevi augit vires reconvalescentium et aegrotorum morbo minutas.
HYGIAMAE excelsa est vis lactogenica.
HYGIAMA saporis suavis causa diu facile sumitur et libenter.
HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége
Benedek János, Rákos Palota
Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt lacti materno est simillimum.
Alimentum Theinhardt optimo iure nominatur „solubile".
Alimentum Theinhardt facillime concoquitur.
Alimento Theinhardt dentitio optime iuvatur.
Alimento Theinhardt prae ceteris Cholera infantum et gastroenteritis certe sanantur.
Alimentum Theinhardt in dies magis medicorum gratia floret.
Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége
Benedek János, Rákos Palota
Generalvertretung von Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

THYMOMEL SCILLAE.

(Név törv. védve.)

Orvosi rendelet szerint mézzel készített Extractum Thymi Serpilli et Scillae, mely **hökhurutnál, gége- és hörghurutokná', emphysemánál** stb. tesz jó szolgálatokat; olcsóbb mint a külföldi Pertussin és vele egyenértékű.

Számos gyakorló orvos és gyermekgyógyász-szakorvos által kipróbálva és ajánlva.

Készíti: B. FRAGNER's Apotheke,
Prag 203-III.

Kapható minden gyógyszertárban.

PANHANS szálloda és gyógyintézet „Erzherzog Johann" szállodával
Semmering, Wien mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f.

Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bullingrendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.

Közelebbit a prospektusokban.

Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum oxydat. saccharat. verum)

a legelterjedtebb és legkedveltebb modern vasszerek egyike, különösen hosszabb kezelésre alkalmas, mert **könnyen emészthető, izletes és a fogakat nem támadja meg.** 0·2% vasat tartalmaz alkalimentes vassaccharat alakjában.

„MAGNET" név és jegy törvényesen védve.

Eredeti 1/4 és 1/2 kg.-os üvegek 1.50, illetve 3 korona.

Tessék irodalmat és ingyen mintákat kérni a gyárostól:

Athenstaedt és Redeker, Hemelingen Bremen mellett.

Kapható a legtöbb gyógyszertárban.

Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A. gyógyszertára a „Csillag"-hoz, Budapest.

DISPNON theobromin-quebracho-tabletták asthma cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis ellen.
HAEMOSTAN méregmentes vérzéscsillapító méh-, tüdő-, bél-, vese- és másféle vérzésnél.
GELATIN-készítmények. Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, tubuli elastici, suppositoria et amygdalae aurium.

Sok kiállításon kitüntetve és az összes bel- és külföldi klinikákon alkalmazva.

Készítés és főraktár:
Ausztria-gyógytár, Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Magyarországi főraktár:
RICHTER GEDEON „Sas-gyógytár"
Budapest, IX., Üllői-út 105. 246

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kisérletek bizonyitják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyitószere, kombinálva igen hatásos erősitőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyagcseréjét s igy tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készitményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyuladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készitője:
Szamossy Gyula gyógyszerészi laboratoriuma
„II. Rákóczy Ferencz gyógyszertára", VIII., Kerepesi-út 25.
Főraktár: **„Szent Bertalan gyógyszertár", VI., Andrássy-út 55.**

A tuberculosis gyógyitásában
a tuberculosis kezelésénél, a láz, köhögés és izzadás megszüntetésére a
PASTILLAE PYRODUOTALINI
Sec. SCHUBERT
a legeredményesebben használtatik.

Egy nagy adag 40 darab pastillát tartalmaz ... ... ára 9 korona.
Egy kis adag 20 darab pastillát tartalmaz ... ... ára 5 korona.

Készíti: **Schubert Arnold** „Fortuna" gyógyszertára
BUDAPEST, VII., Csengery- és Dob-utcza sarkán.
Irodalommal szolgálunk.
Kapható minden gyógyszertárban csakis orvosi rendelvényre.

Vegyi, górcsővészeti és bakteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
Telefon-szám 26—96. **VI., Andrássy-út 50.** (Oktogon-tér).
Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomorvedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**
Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Dr. Walther Koch-féle „Praevalidin".

Kenőcs-combinatio camphor és balsam. peruvian. perkutan bevitelére.

Legnagyobb eredmények a **tüdővész** I és II. stadiumában, enyhülés és életmeghosszabbitó hatás a III. stadiumban.

Specifikum **emphysema, bronchitis chronica, influenza, anaemia és szivgyöngeségi állapotok ellen expectoráló és sziverősitő hatása által.**

Csakis orvosi rendelésre kapható a gyógyszertárakban tubusokban à 1.50 korona. Pontos használati utasitás minden tubushoz mellékelve.

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik
Döhren Hannover mellett.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére: **PHILIPP RÖDER, Wien III/2.**

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap" 1906. évi L. évfolyama 45. számához.

A szív skiagrammja párhuzamban a kopogtatási módszerekkel.[1]

Irta: HOCHHALT KÁROLY dr.,
egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Tíz éve mult, hogy *Röntgen* tanár a würzburgi orvos-természettudományi társulat ülésén (1896. év január hó 23.) az x-sugarak átvilágító képességének nagyfontosságú felfedezését ismertette.

De midőn *Röntgen* felfedezéséről szólunk és érdemeit méltatjuk, nem szabad megfeledkeznünk arról sem, a kinek impulsusai nyomán folytatta és végezte tanulmányait a hires tanár. Mert a kathod-sugarak átvilágító és fluorescáló tulajdonságait hazánkfia *Lénard Fülöp*, akkori aacheni műegyetemi docens irta le először, mint ezt *Strausz* a Természettudományi Közlöny 1896. évi áprilisi füzetében bizonyitja, hivatkozva a *Wiedemann* Annalen 51., 52. és 56. kötetében megjelent *Lénard*-féle közleményekre.

Az x-sugarak elméletét *Röntgen* következőkép értelmezi: „Hogyha majdnem légüressé tett *Hittorf*-féle vacuum csőbe fémsarkokat helyezünk s azokon *Rhumkorf*-féle inductor által létrehozott magas feszültségű áramok szikráit átugrasztjuk, a positiv sark kisugározta fény mindinkább eltünik, a negativ sarkon (a kathodon) pedig intensiv fénynyaláb támad, mely egyenes irányban terjed s ha az üveg felszinét találja, ott élénk zöld, kékes vagy sárgás fénynyel fluoreskál. Ezek az igy képződött x-sugarak fekete kartonpapiron áthatolnak, tehát oly *diaktinikai* tulajdonságot mutatnak, melylyel a közönséges fény a nap ultraviolett sugara és a villamos ivlámpa fénye nem rendelkezik. Áthatolnak eddig átláthatlannak ismert tárgyakon, áthatolnak az emberi szervezet legrejtettebb részein, de különféle fokozatban, a mely fokozat a tárgy vastagsága, sűrűsége és atomsúlya, vagyis absortionális képessége szerint különböző. Az elnyelési képesség változásai teszik lehetővé, hogy az árny a fluorescáló baryumcyanür-ernyőn, mint photoskopikus kép, a photographáló lemezen, mint photogramm legfinomabb körrajzaival jelentkezzék."

Alig hogy elhangzottak *Röntgen* szavai, az orvosi világ azonnal felismerte az x-sugarak diaktinikai tulajdonságainak nagy jelentőségét az orvosi gyakorlatra nézve. Tiz év óta úgyszólván szemeink előtt zajlott le az a lázas tevékenység, melylyel a szakkörök e nagy horderejű inventiót a diagnostica s utóbbi időben a therapia javára értékesiteni és kiaknázni siettek. Páratlanul bő irodalom hirdeti már az ezen a téren tett kutatások eredményeit s valóban elérkezett az idő, a midőn a radiographia és radioskopia az orvosi disciplinák között külön helyet követelhet a maga számára.

Az új tan által felszinre hozott sikerek oroszlánrésze kétségkivül a *sebészetnek* jutott. Csonttörések, ficzamok, sőt a csontváz összes betegségeinek pontosabb kórismézése és grafikailag rögzitése, a csonttörések gyógyfolyamatának merev kötések alatti ellenőrzése, az idegen testek, szilánkok, lövegek a szervezet legrejtettebb részeiben való felismerése, ideértve a koponyaűr és orbita területét is, székhelyök és fekvésük szabatos meghatározása, bonyolult esetekben stereoskopia vagy trochoskop útján: az operativ sebészetnek oly biztos beavatkozási módokat nyujt, a melyekről egy évtized előtt még sejtelmünk sem lehetett.

A fogászat terén is érvényesülnek újabb időben a radiographia megbecsülhetetlen előnyei a szájűrbe helyezett filmlemezek alkalmazása segélyével. Eltekintve a gyermekkori fogváltozás kóros eseteitől szabatos áttekintést nyer és felismeréshez jut a fogász a gyökérviszonyok, alveolaris pyorrhoeák és pulpa-betegségek okai tekintetében, nemkülönben felismerheti az esetleg pulpába tört és ott visszamaradt tűhegyeket, mint idegen testeket, a melyek a trigeminus nevralgiáknak esetleg rejtett okait képezték.

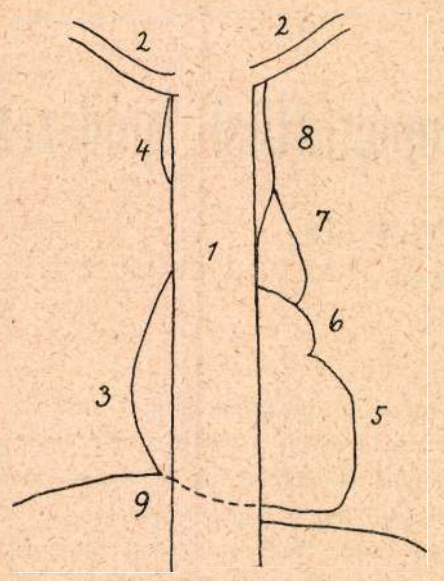
Azonban a *belorvostan* diagnostikája is sokat köszön *Röntgen* felfedezésének. Itt is korszakot alkotó jelentősége van. Bár a hasűri szervek átvilágitása — daczára a kifejlődött technikának — csak részben jár sikerrel. A belek betegségeit még nem vagyunk képesek a baryum-ernyőn kórjelezni. Ép oly kevéssé sikerül az epekövek biztos felismerése, mivel az epehólyag concrementumai 90%-ban cholesterinből állanak, a melynek absorbeáló képessége nincsen.

De már szerencsésebbek vagyunk a *vesekövek* aktinoskopikus előállitása dolgában. Ezeket, úgy mint a *hólyagköveket*, a legnagyobb pontossággal találjuk fel a lemezen, ha az *Albers-Schönberg*-féle compressiós diaphragma mellett kellő ideig exponálunk. Ilyen photogrammokat mutat ki *Stein* kartársunk, a Rókus-kórház Röntgen-laboratoriumának vezetője, a közkórházi évkönyvek tavaly megjelent kötetében. A hólyagkövek árnyképei kivitel és körrajzolat dolgában valóban példányszerűek.

[1] A közkórházi orvostársulat f. évi november hó 7.-i ülésén tartott referáló előadás.

A *gyomor* alaki viszonyai és fekvése meghatározására újabban a bismuth-emulsiók lettek felhasználva, mivel a bismuth jól absorbeálja a sugarakat s megfelelő árnyékot ad. A belek vizsgálata czéljából *Rieder* szerint a bismuthpép alkalmazása szintén beválik, ha bélstenosis esete forog fenn.

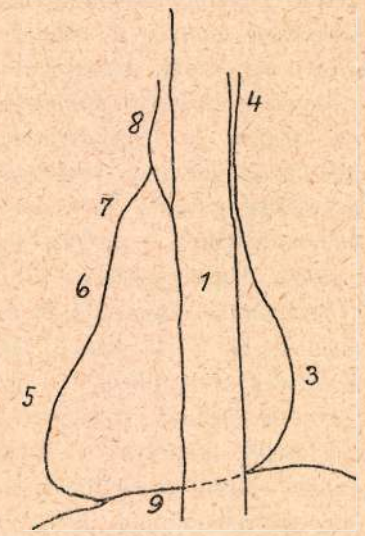
Legnagyobb nyereségszámba megy azonban a *mellűri szervek* dioskopikiai vizsgálata.



I. ábra. Dorsoventralis felvétel.

1. Gerinczoszlop. 2. Kulcscsont. 3. Jobb pitvar. 4. Vena cava sup. 5. Balgyomor. 6. Balpitvar. 7. Tüdőütőér. 8. Függőér. 9. Rekesz.

A tüdők által képezett világos mezőn fellépő, bármily csekély rendellenes árnyalat már diagnostikus jelentőséggel bir. Bronchiektasiák, üszkös góczok, tüdőechinococcus, genyes légmell és mellhártyaizzadmányok topographiai viszonyait illetőleg kellő tájékozást nyerünk.



II. ábra. Ventro-dorsalis felvétel.

Különösen fontos az interlobuláris empyemák felismerése, mert ennek kapcsán életmentő operativ beavatkozásra nyilik alkalom.

Gümős beszürődéseket a csúcsokban világos mezőn jelentkező árnyfokozatok, inkább diffus infiltratiokat pedig — *Holzknecht* szerint — márványozott alapú foltok árulják el. Gümős barlangok, mint világos körben elzárt fekete gyűrük mutatkoznak. (*Rumpf*, *Immelmann*, *Riedl.*)

Főképen pedig a *szív árnyképe* az, mely már magában véve egész irodalmat indított meg s a melylyel ez alkalommal különösen foglalkozni akarunk.

Már a normalis szív vetitett árnyképe érdekes tanulmány alapját képezi, tekintve annak viszonylatát a bonctani schemához és tekintve az egyes cardiogen mozgások magyarázatát.

Sagittális irányban eszközölt átvilágitásnál a baryumernyőn azon a fehér mezőn, melyet a tüdők adnak, egy háromszög alakú mediális árnykép tünik fel. Ennek a mediális árnyképnek központi részét a gerinczoszlop, oldalsó részeit a szív és nagyerek konturjai képezik. Ezek az utóbbiak néha kissé elmosódott körrajzot adnak, mely körülmény — mint tudva van — a szív lüktető mozgásaiban és a rekesz légzési kitéréseiben találja okát.

Riedel vázlatos rajza (I. és II. ábra) ezeket a határvonalakat élénken tünteti fel azokkal a rendetlen kiöblösödésekkel együtt, a melyeknek jelentősége *Levy Dorn*, *Lichtheim*, *Riedel*, *Criegern* és *Holzknecht* magyarázatai nyomán a következőkben jelezhető:

A szív árnyképe dorso-ventrális felvételnél *jobboldalt két, baloldalt három* ívszerű kanyarulatot mutat.

A jobboldali alsó ívet a jobb *pitvar falának* határvonala (3) képezi, mig a felső ív (4) a *felső üres vivőérnek* felel meg, melynek kóros viszonyok között látható erősebb kitüremlése a nagy vérkörben létrejött pangásra utal.

A baloldali felső ív (8) a *függőér ívének* árnyékát jelenti azon a helyen, hol a lehágó ágba kanyarodik át. Aneurysmás tágulatok esetén ez az ív természetesen megfelelő kiöblösödést s egyéb fontos változatokat fog mutatni.

A baloldali, úgynevezett *középső árnyék* (7) jelentősége felett normális és kóros viszonyok között a vélemények még szétágazók. A *bal pitvar*, *bal fülcse* és *tüdőütér* felvétele között folyik a vita, bár a szerzők többsége a tüdőütér mellett foglal állást.

A bal alsó ív (5) ép élettani viszonyok között minden kétséget kizárólag a *bal gyomor* külső határát képviseli, mig a basális határ a szivcsúcscsal egyetemben rendszerint a rekesz s az alatta fekvő hasűri szervek árnyékával olvad egybe s csak akkor válik láthatóvá, ha a gyomor felpuffasztva van, a fundust levegő tágitja, s igy árnyékát felderiti vagy pedig ha a projectiós irányt megváltoztatva, a Röntgen-lámpát magasabban állitjuk be.

De nemcsak a határvonalak lefutásának mikéntje fontos; elkerülhetlen szükséges a *pulzáló mozgások* megfigyelése is.

A jobb pitvar domborulata ép viszonyok között nyugodt, a bal gyomorhatár azonban rhythmusosan keskenyül (be- és lefelé), a basális határ pedig egyenesen felfelé mozog, mig a rekesz rendkivül feltünő légzési mozgásokat követ.

A bal középső ív egészséges viszonyok között pulsatiót nem mutat. Felette és alatta a függőér és bal gyomornak megfelelő ívezetek élénken lüktetnek, de *alternálólag*, tudniillik egymással *ellenkező irányban.* A mozgások időszakának és jellemének megfigyelése tehát rendkivül fontos a szív és nagyerek területén mutatkozó rendellenességek megitélésének kérdésében.

Megjegyzendő, hogy általános áttekintés és első tájékozódás szempontjából a sagittális irányban történő átvilágitás, első sorban pedig a dorso-ventrális felvétel legelőnyösebb, bár a szív, nagyerek, gerinczoszlop, mellcsont és trachea egymás

felett projiciálva, a gyakorlatlant zavarba ejthetik, de mégis legtisztább képet így nyerünk; laterális és ferde átmérőben történő felvételeket inkább a bárzsing-, légcső-, gátordaganatok és függőértágulatok pontosabb meghatározása és különböztetési kórismeje teszi szükségessé.

A szív skiagrammjának a rendes schemától való bármilyen csekély eltérése akár alaki, akár a cardiogen mozgások szempontjából, már fontos, kóros elváltozások útmutatója lehet.

Nem szólva az aneurysmás tumorokról, a melyek biztos megállapításához tudvalevőleg a röntgenoskopia ma már nélkülözhetlen kellék s hol a bal felső ív kisebb-nagyobb kitüremlése még a bántalom kezdeti szakában biztosíthatja a kórismét, midőn fizikális vizsgálat útján még semmi sem mutatható ki s nem térve ki most azoknak a gátordaganatoktól való differentiális kórjelzésétől, a mely esetben főleg a pulsatio minősége dönt: csak a *bal középső* árnyék körrajzának változatait akarjuk méltányolni, a melyek egyebek közt *congenitális szívbajok* felismerésére fontos támpontokat adni képesek. A Röntgen-kép *egymagában* ugyan nem bir döntő értékkel, de egybevetve egyéb objectiv tünetekkel, kiegészítő, bizonyító szerepet játszik, a mely feltevést az eddig közzétett casuistika is támogatja.

De la Camp esetében, hol a Botall-féle ütőeres vezeték nyitvamaradása forgott fenn, a bal középső ív kifelé domborodása s élénk lüktetése volt látható s e mellett a jobb alsó ív kiszélesedve, erősen pulzált.

Arnheim esetében ugyancsak a Botall-vezeték persistentiája mellett bizonyított a tüdőütér kitágult volta, mely a két gyomor felett kupolaszerűleg ült s előbbeniekkel alternáló pulsatiót mutatott. Idevágó esetet észleltünk *Goldzieher* és *én*, a mely esetet a közkórházi orvostársulat 1904. év IV. ülésén bemutattunk. 9 éves leánynál hyperglobulia, állandó cyanosis, testi fejlettlenség mellett a Röntgen-kép a bal középső árnyék kitüremlése mellett kígyódzó vonalban — tehát alternáló — élénk lüktetést tüntetett fel s a lüktetés punctum maximuma a középső ívnek felelt meg.

Az x-sugarak projectioja különben jól értékesíthető *dextrocardia* jelenlétének kérdésében is. Így *Guilloz* egy esetében eldöntendő volt, vajjon a jobb mellkasfélben talált szívtompulat congenitális eredetű-e vagy pedig dislocatio eredménye. A diaskopikai vizsgálat kimutatta a pleurás álhártyák okozta eltolatást. Ezzel szemben *Vehsenmeyer*, *Kraft*, *Schlesinger* valódi dextrocardiát, *Beck* és *Ehrenfried* teljes situs viscerumot constatáltak. *Benedikt* a pericardium és diaphragma összenövését látta. Baloldalt a rekesz mereven állott s a légzési mozgásokat nem mutatta, ellentétben a jobboldali rekeszféllel, mely azokat élénken közvetítette.

Azonban bármily szép és értékes adatokat nyujtson is a diaskopia egyes detail-kérdések felderítése érdekében, attól még nagyon messze vagyunk, hogy a speciális szívpathologia *rendszeres* tünettanát a Röntgen-kép útján kiépíteni, kiegészíteni képesek legyünk. *Holzknecht* helyesen itél, a midőn azt jósolja, hogy az az idő sohasem fog bekövetkezni, bármennyire haladjon is a Röntgen-technika, hogy például egyes billentyűbajok diagnostizalhatók legyenek. Tisztán a szív nagyobbodását constatálhatjuk vagy egyes részeiben, vagy minden átmérőjében, mint cor auctum-ot, de már a *szívhypertrophiát* az *egyszerű tágulattól* megkülönböztetni nem vagyunk képesek. Ebből folyólag biztosra vehető, hogy a *skiagramm a physikális diagnostikát sohasem fogja kiszorithatni.*

Ez a mai álláspont.

Még röviddel ezelőtt més felfogás uralkodott. *Moritz* a *szív nagyságának szabatos mérését* czélzó eljárásával messzemenő következtetéseket helyezett kilátásba, a melyek azonban, sajnos, be nem teljesültek.

Moritz arra az optikailag helyes álláspontra helyezkedik, hogy minden Röntgen-kép centrális projectio eredménye lévén, elmosódott konturokat mutat fel s perspektivás okokból kell, hogy a valódinál nagyobb legyen. E jelenség oka, hogy a gyúponttól (antikathode) kiinduló x-sugarak *kúpszerűleg divergálnak*. Az ilyen divergáló sugárnyaláb pedig az előtte levő tárgynak árnyképét nagyobbodva fogja visszaadni, illetve az ernyőre vetíteni. Az árnyék annál nagyobb lesz, minél közelebb áll a fényforráshoz a tárgy s minél távolabb esik utóbbitól a fluoreskáló ernyő. Az árnykép nagyobbodása tehát egyenes arányban áll a lámpa és ernyő egymáshoz való távolságával, ellenben fordított arányban a mérendő tárgy és fényforrás távlatával.

Ennek a physikai törvénynek méltatásán alapul *Moritz* orthodiagraphiás eljárása, melyet *Holzknecht* szerint helyesebben *paralloskopiának* kellene elnevezni. Az antikathodeből kiinduló sugárnyalábnak csak *parallel* sugarát használja fel átvilágitásra és projectiora a divergáló (secundaer) sugarak kizárása mellett. Hogy ezt lehetővé tegye, fényforrást és ernyőt mereven köti össze, de olyképen, hogy mindkettő együttesen egyenes homloksíkban mozgatható legyen, a mennyire ezt a függélyes sugarak mindenkori beállítása szükségessé teszi. A vizsgálandó egyén a Röntgentlámpa előtt alkalmazott diaphragma (Blende) és projectiós ernyő között foglal helyet ülő vagy fekvő — utóbbi czélszerűbb — de lehetőleg rögzített helyzetben. Az ernyő demograph számára központi nyilással van ellátva. Beállításnál gyúpont, diaphragma centrális nyilása és demograph tengelye egy egyenes vonalat kell hogy képezzen s így az ernyő irányitása mellett, az egész mellkas elülső falát átkutatva, pontozott vonalakban jelölhetjük az árnykép határait.

Moritz orthodiagraphját (Polypos, Elektricitäts-Gesellschaft, München) csakhamar követték egyéb módosított és egyszerüsített készülékek, melyeknél ugyanazon elvek szolgáltak alapul, így *Levy Dorn*, *Siemens* és *Halske*, *Hirschmann* stb. nem kevésbé drága apparatusai.

A szív valódi nagyságának projectiója, a szív pontos mérésének problemája, úgy látszott, mintha egy csapásra meg volna fejtve.

Albert Schönberg tankönyvében így nyilatkozik: „*Moritz* készülékének constructiója olyan, mely minden tévedést és hibát kizár s a szív nagyságának exakt voltát adja vissza.“

Moritz maga az 1890. évben megjelent közleményében orthodiagraphikai eljárásának tökéletességében és csalhatatlanságában bizva, perhorrescál minden egyéb mérési eljárást, mely csak approximativ értékeket produkál, a milyenek pl. a *Criegern*, *Determann* és *Levy Dorn* által javasolt eljárások: „*mert ha a methodus* — úgymond — *elvileg nem teljesen kifogástalan, nemcsak értéktelen, de veszélyes is*, mivel pontossággal hiteget, holott teljesen hamis adatokat nyujt.“ Hogy az orthodiagraphikai mérések eredményei számokban kifejezhetők legyenek, M. a mellkas elülső felületét merőleges vonalakkal (ordinatok) osztja be, a középvonaltól számitandó jobb- és baloldali távolságot (transversalis dimensio), legnagyobb hossz- és

legnagyobb szélességi átmérőt különböztet meg, (III. ábra) az egész szivfelületet négyszögcentiméterekben számítja ki, végül táblázatot állit össze a normális szivnagyságok *átlagára* vonatkozólag (maximális és minimális határértékekkel) a *test magassága* szerint, hogy összehasonlitások útján a kóros megnagyobbodást azonnal constatálni lehessen.

A táblázat következő:

Testnagyság		Jobboldali	Baloldali	Hossz-átmérő	Haránt átmérő	Felület q cm.-ben
		távolság a középvonaltól				
		cm.	cm.			
153—157 cm.	átlag	4·4	7·9	13·0	10·2	98
	maximum	4·8	8·0	13·5	10·5	100
	minimum	4·0	7·8	11·5	10·0	80
161—169 cm.	átlag	4·4	8·3	13·4	10·5	102
	maximum	5·0	9·3	14·5	10·8	108
	minimum	3·5	7·5	12·8	9·0	87
171—178 cm.	átlag	4·0	8·8	14·0	10·3	100
	maximum	5·9	9·7	15·3	11·0	126
	minimum	3·0	7·8	12·5	9·0	92

Az ilyen orthodiagrafikai szivnagyság-meghatározások *Moritz* szerint oly kétségtelenek, hogy *hiteles okmányok gyanánt szerepelhetnek, a melyek jelentőséggel birhatnak életbiztositási kérdésekben, katonaorvosi felülvizsgálatoknál* stb.

Első időben senki sem kételkedett a helyes physikális alapokból induló elméletben s a Moritz és az utóbbi időben megkedvelt *Levy Dorn*-féle készülékek által produkált árnyképeket pontosság és hitelesség tekintetében megtámadhatatlanoknak tartották, sőt egyesek (*Grumbach* és *Wiedemann*) elragadtatása annyira ment, hogy a *kopogtatási módszert mellőzendőnek hirdették*, a mennyiben az többé-kevésbbé subjectiv befolyások alatt áll s igy a teljesen objectiv skiagrammal szemben a versenyt ki nem állja.

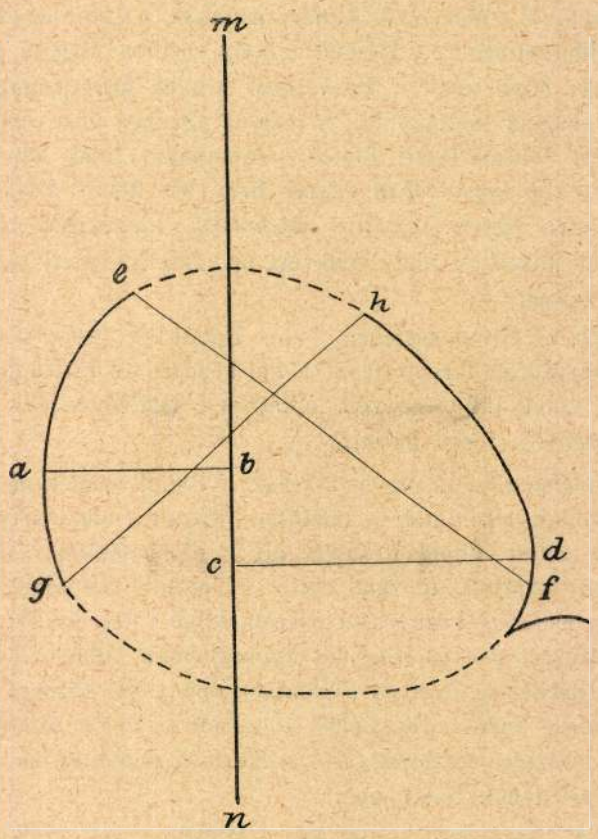
Az utolsó években azonban az orthodiagraphia *feltétlen megbizhatóságát* illetőleg, alapos kétségek merültek fel. A hibaforrások kitüntetésére irányuló vizsgálatok egész sora indult meg annak bizonyitására, hogy az orthodiagraphicai kép nem lehet a szív *valódi* nagyságának kifogástalan silhouettje.

Mindenek felett feltünt az a lényeges eltérés, mely a *skiagramm* és a *kopogtatási lelet között már normális szívek vizsgálatánál is mindenkor fennáll.*

Az árnykép *bal határa* állandóan *beljebb esik*, mint az absolut, relativ vagy palpatorius kopogtatás útján nyert külső szivhatár. (IV. ábra.)

Ez a hibaforrás — melyet különben *Moritz* maga beismer — s mely nézetünk szerint elméletének Achilles-sarkát képezi s a skiagramm körrajzának szabatos voltát lényegesen leszállitja, a *mellkas falának hajlási viszonyaiban* leli okát. Sagittális, dorso-ventrális átvilágitásnál ugyanis a függélyes sugarak csak a mellkas legnagyobb *frontális síkjában* fekvő szivterületet projiciálják pontosan, mig ott, hol a bordák hátfelé hajolnak, a frontális síktól hátrább vagy ferdén eső *szivterületet az árnykép kisebbedve adja vissza* (Albers-Schönberg). A kisebbedés annál számottevőbb, minél nagyobb hajlási szögletet képeznek a bordák.

Ha ezen körülményre vonatkozólag *Albers-Schönberg* azt mondja: „Dieses hat indessen für die Praxis keine weitere Bedeutung", úgy ebben vele akkor, mikor a szív nagyságának exact mérése forog szóban, egyet nem érthetünk. A kopogtatást nemcsak sagittális irányban, hanem a mellkas legkülönfélébb tangensei irányában függélyesen eszközöljük s igy annak eredménye megfelelőbb az árnyképnél. A különbséget egyébként élénken tünteti fel mellékelt (V. ábra), mely egy fiatal 20 éves mellgörnyés beteg szivprojectioját adja vissza. Kyphoskolio-



III. ábra.

mn = középvonal; *ab* = jobboldali távolság; *cd* = baloldali távolság; *ab* + *cd* = transversális dimensio; *ef* = hosszátmérő; *gh* = szélességi átmérő.

tikusoknál tudvalevőleg a szív nagyobb a rendesnél, mint mutatja jelen esetben is a kopogtatás eredménye, mert határai messzebb oldalt terjednek, mig a skiagramm hosszú és keskeny s a különbség centimeterekre terjed.

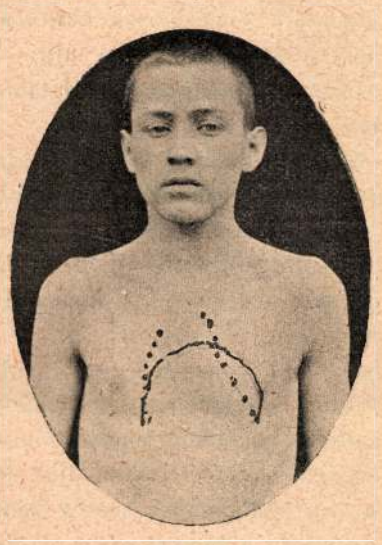
Kifogás alá vétetik továbbá *Moritz*-nak az a nézete is, hogy a kóros szív nagysága normális határértékekkel való összehasonlitás útján megállapitható és számokban kifejezhető volna. Oly index — mondja France — mely a szív physiologiai rendes nagyságát a test magasságához viszonyitva adja meg, már azért sem lehet pontos és kifogástalan, mivel *Hyrtl* szerint *„egy szerv sem mutat oly feltünő ingadozást körfogat és súly tekintetében mint épen a szív"*, valóságos teljes szivnagyságról — *Moritz* értelmében — már azért sem lehet szó, mivel a parallel sugarak által vetitett képen a szív 3 irányú dimensioja közül a csak függőleges és talán a transversális átmérőt vagyunk képesek megállapitani, mig a szivnek hátfelé eső terjedelméről, vagyis a *vastagsági átlóról* — mely hyper-

trophiáknál annyira fontos — dorso-ventrális átvilágításnál semmi tudomást sem szerezhetünk.

Ehhez járul még az a zavaró befolyás, melyet a *légzési mozgások, a szív önmozgásai és a vizsgált egyén magatartása* felvétel alatt, a vetület körrajzára gyakorolhat.

Belégzésnél a rekesz leszállása következtében a szív is lejebb helyezkedik, kilégzésnél pedig felfelé emelkedik, hosszátmérője tehát folyton változik — míg ellenben oldalhatárai a szomszédos tüdőszélek mozgásai következtében szünetlenül szűkülnek és tágulnak. Igaz, hogy ez az akadály elhárítható volna, ha a felvételek teljes légzési szünet vagy legalább középbelégzési phasis alatt hajtatnának végre, de ha ennek betartása már egészséges egyéneknél, még bizonyos intelligentia mellett is nehézségbe ütközik, teljesen kivihetetlen asthmás és dyspnoes betegeknél, a milyenek a szivbajosok túlnyomólag, pedig épen az utóbbiaknál birnának a nagysági meghatározások legnagyobb gyakorlati értékkel.

A szív önmozgásait illetőleg, mint *Guttmann* röntgenképein észlelte s *Heitler* állatkisérletek útján bizonyítja, még éptani viszonyok között is nem csekély labilitás uralkodik. A systole



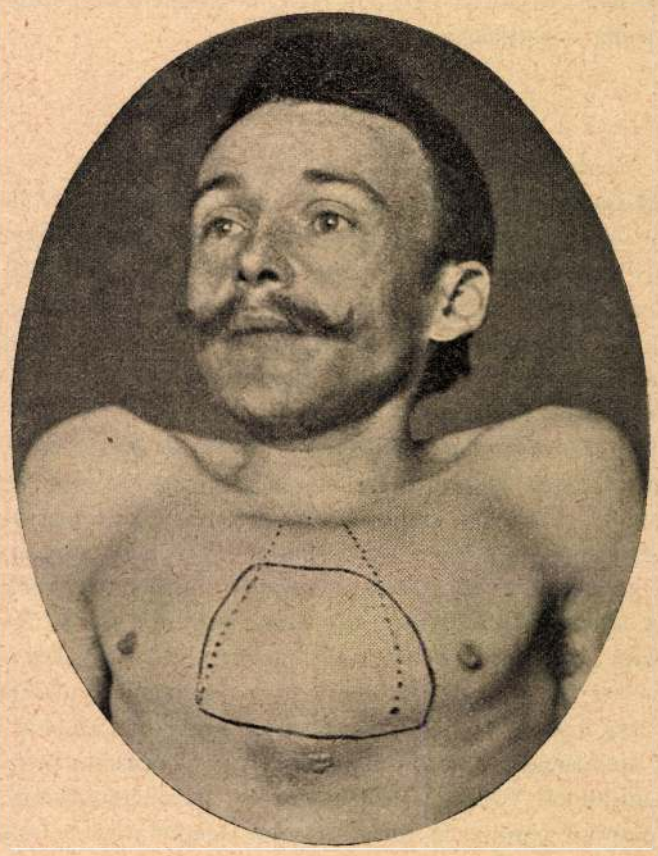
IV. ábra.
——— palpatorius kopogtatás határa ····· orthodiagr. határa.

és diastole alatt jelentkező s teljesen nem ignorálható térfogatkülönbözetek, a szívűröknek változó vérteltsége, mely a légzési phasisok, az alhasi szervek teltségi állapotának, esetleges előrement izommunkának stb. befolyása alatt áll, oly tényezők, a melyek, ha nem is egyforma arányban, a nagysági viszonyokra bizonyos ingerentiát gyakorolnak.

A vizsgált egyén *magatartása* is szerepel az árnykép kifogástalan körvonalai szempontjából. *Grunmach* és *Wiedemann* a vizsgált egyénnek legcsekélyebb — csak 6°-ot kitevő — oldalfordulásakor a skiagrammon már hosszátmérőben 2·1, harántátmérőben 1·3 cm. eltérést tapasztaltak. Igaz, hogy *Moritz* teljesen *rögzített* és *fekvő* helyzetet ir elő, ez azonban csak eszményi követelés lehet, gyakorlatilag különösen dyspnoés szívbetegeknél keresztül nem vihető.

Nagy súlylyal bir továbbá a kérdés eldöntése érdekében *Guttmann* kijelentése, hogy t. i. puszta véletlen, ha ugyanazon szív többszörös felvételnél *ugyanazon* diagrammot adja; összehasonlításnál rendszerint 2—6 mm.-nyi eltéréseket talált.

Mindezekből látjuk, hogy az orthodiagraphia segélyével, habár kifogástalan physikai alapon nyugszik, habár élettelen tárgyak nagyságának körvonalait pontosan adja meg, *élő embernél*, kinek teljes és absolut nyugalomi állásba rögzítése, akár álló, akár fekvő helyzetben nem sikerül, *élő szívnél*, mely minden systole és diastole alatt, minden be- és kilégzésnél alakilag és térbelileg változik, szabatos és nagyság tekintetében pontos árnyékképet nem nyerhetünk, még akkor sem, ha a bordák hajlása okozta perspektivás hibaforrástól eltekinteni akarnánk. Ugyanez áll *Immelmann orthophotographiának* nevezett eljárására nézve, melyet igen szűk, csak 1—2 cm. átmérőjű Blende segélyével végez, mert a szélek eltolódása, a frontális síkban megjelenő silhouette tökéletlensége itt is fennáll a pontosság rovására. Ez okból *Guttmann* az orthophotographia mellőzését s helyébe csupán egyszerű, centrális projectioban való felvételt ajánlja *kellő messzeség* betartása mellett, úgy hogy a lámpa és fénykép lemeze közt 1·5 m. távolság legyen. A nyert fénykép nagyság tekintetében talán kevésbé pontos, de áttekintés és tájékozódás szempontjából a gyakorlati igényeknek teljesen megfelelő.



V. ábra.
——— palpatorius kopogtatás határa ····· orthodiagr. határa.

Az approximativ mértékek gyakorlati értékesitése folytán az úgynevezett *távlati felvételek* (Distanz-Aufnahmen) újból felszinre kerültek, melyekkel különben azelőtt már *Levy-Dorn*, *Criegern* és *Cowl* foglalkoztak.

A napfény, a legideálisabb fényforrás „végtelen“ távolságból küldi sugarait, a melyek a messzeség folytán *párhuzamosan* érnek mihozzánk s igy minden tárgy árnyképe alak és nagyság tekintetében teljesen megfelelő, feltéve, hogy az azt felfogó sik a sugárirányhoz merőlegesen áll. A Röntgenlámpa focusából kiinduló fénynyaláb sugarai divergálóak lévén, az árnykép megnagyobbodott alakban fog jelentkezni, de minél nagyobb távolságba hozzuk a tárgyat, az árnykép átmérői annál inkább közelednek a valósághoz, mig végre bizonyos ponttól kezdődőleg az árnykép permanens marad.

Cowl szerint 50 cm. gyúponttávolságban 10 cm. átmérőjű, gömbalakú test árnyképe 1 cm., 75 cm. távolban már

csak 0·75 cm. nagyobbodást fog mutatni szélességi átmérőjében, míg 100 cm. focustávolságtól kezdődőleg bármely messzeségben a gömb silhouettje állandó marad s eltérése a valóságtól csak mennyiségtanilag kifejezhető minimális értékekben nyilvánul.

Ez alapon *Holzknecht* approximativ méréseit következőleg eszközli: kemény Röntgen cső intensiv fénye mellett dolgozva, a beteget a szükebb nyilású diaphragmával ellátott lámpától oly messze állítja, a milyen messzeségben még az ernyőkép minden körvonalával tisztán látható. Ez a távolság 2 meter körül mozog. Ily módon a szív approximális nagyságát s méreteit jól sikerül meghatározni, például következő képlet alakjában $\frac{12:160}{4:8}$, hol 12 a teljes basális átmérőt, 4 annak jobb-, 8 annak baloldali felét, a középvonaltól számítva, 160 pedig a testmagasságot jelenti.

* * *

Moritz-nak — mint láttuk, tévedésen alapuló — az a nyilatkozata, hogy a szív nagyságát és körvonalait illetőleg a döntő szó egyedül az orthodiagraphiát illeti meg, egyúttal kételyt támasztott az eddig használatban volt physikális eljárások, nevezetesen a kopogtatási módszerek megbizhatósága iránt. Ez által a physikai diagnostika terén oly chaotikus zavar támadt, mely *Piorry* és *Skoda* örökigazságként elismert tanításait már-már megingatással fenyegette.

Így *Grunmach* és *Wiedemann* abból a meggyőződésből kiindulva, hogy az orthodiagramm képviseli az egyedül helyes projectiót, ez utóbbi pedig a szív physiologikus nagyságát, inclusive a tüdők által fedett területtel egyetemben adja vissza, tehát ugyanazt, a mit a *relativ tompulat* fogalma alatt értünk: annak a nézetüknek adnak kifejezést, hogy az *absolut tompulat*, mint amúgy is conventionális meghatározás, teljesen elejthető s helyébe egyedül a relativ tompulat vétessék tekintetbe.

Azt hiszem, ennek a javaslatnak vagyis az absolut tompulat elejtésének elfogadása esetén eddig megszokott kórismei támpontjainkat vesztenők el, sőt egész szívdiagnostikánk szilárd alapjait rendítenők meg. Absolut tompulattal a szívnek mellkashoz fekvő s tüdők által nem fedett részét nagy praecisitással *(Österreich, Rosenfeld)*, sőt *Vierordt* szerint millimeternyi pontossággal tudjuk kimutatni — *felnőtteknél;* a gyermekkori thoraxnál más viszonyok állanak fenn. Kivételt képez természetesen az emphysema, a tüdőszélek zsugora vagy adhaesioja. De ezek kimutatására egyéb módszerekkel rendelkezünk. Minden más esetben az absolut tompulat irányadó lehet annak megállapítására, vajjon egészséges vagy kóros szívvel van-e dolgunk.

Az absolut tompulat megnagyobbodása és a relativhez való közeledése a cor auctum legbiztosabb physikális tünete.

Sahli ugyan nagyobb súlyt helyez a relativ tompulatra s azt hiszi, hogy az absoluthoz csak azért ragaszkodnak inkább az orvosok, mert könnyebben megtanulható és könnyebben értékesíthető, de azért az absolut és relativ tompulat együttes kimutatásának szükségességét hangsúlyozza ő is, ép úgy mint *Krehl* és *Romberg*. A relativ tompulat értékét illetőleg tudjuk, hogy az évtizedes tollharcz még ma sem szünt meg teljesen. A régibb, *erős* kopogtatás útján meghatározandó relativ tompulat *belső (jobb)* határát normális viszonyok között a legkülönfélébb helyeken jelölik a szerzők, hogy csak *Weil, Ott, Conradi, Edlefsen, Heitler* és *Vierordt* ellentétes nézeteit idézzem. Hivatkozom *Rosenfeld*-re (Leyden klinikáján), a ki curiosum gyanánt felemlíti, hogy a német egyetemeken még kevéssel a Röntgen-kép felfedezése előtt a relativ tompulat jobb határát hol a jobb, hol a bal sternális szél mellett fekvőnek jelezték és tanították.

Hogy ezek a különböző felfogások és zavarok még úgy szólván mai napig fennállottak, onnan ered, hogy az *erős* kopogtatásnál egyrészt a subjektivitásnak tág tere nyilik — mert sok függ attól, milyen erővel kopogtat valaki, — másrészt sokat határozhat a mellkasfal vastagsága, zsírpárna és csontállomány dimensioja stb.

Ezek az okok, a miért manapság az erős kopogtatás rendszere jóformán elavult s helyét a *palpatorius kopogtatás* foglalta el, mely nem a hangkülönbözet, hanem az ellentállás érzése után indul. Noha már *Piorry, Traube, Fräntzel* és *Leyden* foglalkoztak elméletével, újabb úttörője, rendszerré kiépítője e módszernek tudvalevőleg *Ebstein* volt. Az elvi alap — a tapintás útján felismert resistentia, a szivnek lineáris palpatorius percussioja — tőle származik, az ő nyomán haladva, újabban, czélszerű módosítások kerültek felszinre, pl. üvegplessimeter helyett manapság ujjal ujjra kopogtatunk, a mely eljárás a resistentia finomabb árnyalatainak felismerését okvetlenül megkönnyíti.

Plesch erre a czélra különös ujjtartást ajánl. A bal kéz bármely ujja használható, csak az első interphalangeális izületben derékszög alatt hajlítva legyen úgy, hogy a 2. és 3. phalanx megfeszítve, merőlegesen álljon a mellkas falához melyet csak az ujj hegye érintsen. A kopogtatás az első ujjpercz distális epiphysisére irányittassék.

Utóbbi időben *Goldscheider* a relativ tompulat pontos kimutatására palpatorius kopogtatás útján néhány értékes útbaigazítással gazdagitotta physikai módszereinket. Szerinte a kopogtatás *halk* legyen, kivitelére használjuk fel a *Plesch*-féle ujjtartást, mely az ujj phalanxának merev tartása miatt kissé fárasztó ugyan, de mégis a legpraecisebb eredményeket adja. Ne a bordákon, de a bordaközökben percuttáljunk, hogy a csontvezetés tévesztő befolyása ne érvényesülhessen. A beteget mindig *fekvő* helyzetben vizsgáljuk, mert vertikális állásban vagy ülőhelyzetben a szív elongált alakot ölt s a cseppszerű typushoz — coeur à la goutte — közeledik. A szív kikopogtása *kivülről befelé* eszközöltessék s oldalt helyezkedve a betegtől, a bal határt jobb felől, a jobb határt bal felől állva, kopogtassuk ki s így a projectiót mintegy kétoldalról beszorítva, a nagyerek törzsének tompulatával együttesen tüntessük fel, mint azt a Röntgen-képkörvonalain látjuk. A kopogtatás a kilégzési időszak alatt ejtessék meg.

Curschmann és *Scheyer* kiemelik Goldscheider módszerének nagy előnyeit, egészben hozzájárulnak utasításaihoz, de azokhoz néhány czélszerű módosításokat ajánlanak. Inopportunnak állitják a mély exspirationális phasis alatti vizsgálatot, mivel az súlyos szivbetegnél amúgy sem vihető keresztül. Elégségesnek tartják a felületes középlégzést, helyeslik a bordaközökben való kopogtatást, nemkülönben a *Plesch*-féle ujjtartást, mivel az ujjpercz hegye a lehető legkisebb plessimetert helyettesiti, igen vékony hangoszlopok rezgését idézi elő s így a lineáris percussio elvének leginkább megfelel. A „Schwellenwert-percussio“ elnevezés helyett, melyet *Goldscheider* használ, ajánlják az orthopercussio névvel jelölést, mivel ezen módszer és az orthodiagraphia között analogia forog fenn, a mennyiben

a kopogtató ujj mindenkor sagittális irányban érinti a mellkas felületét még elhajlásaiban is, ekként a parallel x-sugarak lefutását utánozva. A bal határ felismerése könnyen sikerül a halk kopogtatásnál jelentkező resistentia figyelembe vétele mellett, a jobb határ kimutatásánál már a legcsekélyebb hangrövidülés határoz; oly absolut palpatorius ellenállást, mint baloldalt, itt nem kaphatunk.

Ezekből látjuk, hogy az orthodiagraphia bár a hozzáfűzött reményeket megvalósítania nem sikerült, nagy horderejű reformatorius mozgalmat volt képes felidézni a percussionak eddig féltékenyen őrzött conservativ elveivel szemben. Évek kellettek, hogy a nézetek tisztuljanak, a vitás kérdések összhangba jöhettek s a mai álláspont leszűrődése bekövetkezhetett. Eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Az absolut tompulat kimutásának szükségessége ma is fennáll, mert a *cor auctum* kórisméjének legbiztosabb támaszpontját képezi s a szív vastagsági átmérőjének becslését (hypertrophiáknál) lehetővé teszi.

2. A relativ tompulat erős kopogtatással a szív physiologiai nagyságának meghatározására ma már nem használható, mivel erre megbizhatóbb eljárásaink vannak, de felhasználható a tüdőszélek viszonyainak kiderítésére pl. tüdőtágulat vagy tüdőretractio eseteiben.

3. A szív teljes projectioját legbiztosabban palpatorius kopogtatás útján és pedig a *Goldscheider*-féle eljárással és *Curschmann*-féle módosítással sikerül kimutatni még a percussiót nehezítő körülmények fennforgása esetében is, a milyenek intrathoracalis okokból (tüdőlégdag, pleurális álhártyák, zsugorok) vagy külső okokból (vastag zsírpárna, oedemák vagy mellkasdeformatiók stb.) felmerülhetnek.

4. Ugyancsak a szívprojectio kimutatására ma már nélkülözhetlen az orthodiagraphia vagy distantiális felvétel útján nyert és rögzített Röntgen-kép. Tekintettel azon hibaforrásokra, melyeket fentebb egyenként felsoroltunk, a skiagramm nem adhat absolut adatokat a szívterület nagyságát illetőleg, de tájékoztatást nyujt a fekvésre, a szomszéd szervek viszonyaira vonatkozólag s kétes esetekben a percussiós adatokat kiegészítheti.

Záradékul szabadjon még egy eljárásról megemlékeznem, melyet a német iskola kiméletlen boycottja daczára még mindig nem sikerült teljes feledésbe burkolni — értem a percussiós auscultatio különféle módszereit. *De la Camp* a Lipcsében tartott német belorvostani congressuson oda nyilatkozott a percussiós auscultatio elméletét illetőleg, hogy az minden tudományos alap nélkül való.

Ezzel a súlyos váddal szemben hivatkozhatunk *Runeberg, Benderszky* és *Buch* alapvető tanulmányaira, továbbá *Reichmann* és *Rosenfeld* nyilatkozataira. Ezek szerint a percussiós áthangzás physikai alaptörvényeken nyugszik, mert a rezgő hanghullámok az áteső fénysugarak analogiája alapján ugyanazon szerv területén, mint egynemű közegben egyenlő belterjességgel haladnak tovább *a szervet körülvevő* savós *hártya határáig*, hol reflectáltatnak, elenyésznek vagy módosulnak s a szomszéd szerv területe felett már más hangjelleget mutatnak vagy épen nem hallhatók. Csak a technikai kivitel legyen pontos vagyis *ugyanazon szerv felett hallgatódzunk, a mely felett kopogtatunk* vagy kopogtatás helyett dörzsölő mozgásokat végezünk, a mi lényegesen mást jelent, mint *Ewald* eljárása, ki tudvalevőleg a máj felett auscultál s a tüdők felett tovamenőleg a szegycsont felé kopogtat a szív jobb határának kimutatása czéljából. Ez a módszer nem a transonantia elvén alapul, a mit különben szerző maga is beismer.

A másik heves támadást a percussiós auscultatio ellen *Grote* intézte, azzal az érveléssel, hogy a kopogtatás vagy frictio által létesült hangot a bőr felülete, bordák és csontok tovavezetik, minek folytán álprojectiokat nyerünk. De hát ugyanez áll, legalább a csontvezetésre vonatkozólag az *erős* kopogtatás módszerénél is s ugyanazon hibaforrások merülhetnek fel *a gyakorlatlan kezdő előtt, a ki a Bianchi*-féle eszköz alkalmazási módját még nem ismeri. Csak egy körülmény foroghat fenn, mely a frictiós eljárást lehetetleniti, ha ugyanis a bőrfelületet sűrű szőr borítja. Itt tényleg nem érhetünk czélt. Minden más esetben a bőr- és csontvezetés tévesztő befolyása paralysálható, részben úgy, hogy a bordák lefutási vonalát kerülve, az ecset vagy *Reichmann*-féle pálczika centrifugális irányát változtatjuk vagy akként, hogy ellenőrzésképen a szomszéd szervre, pl. ha a szívet vizsgáljuk, a tüdők területére helyezzük át a phonendoskopnak vékony tubusát s innen központfutólag haladunk az ecsettel odáig, hol a tüdők szélei a szívvetülettel találkoznak s a hangrezgés megszünik vagy módosul.

Ilyen cautelák betartása mellett a palpatorius kopogtatással teljesen egyező eredményeket nyerhetünk. Elfogulatlan észlelők továbbá régen beismerik, hogy bizonyos *összefolyó tompulatok* esetében pl. jobboldali mellhártya izzadmánynál a felső májhatárt, baloldali pleurális gyülemnél a balszívhatárt kizárólag csak percussiós áthangzással, illetve phonendoskopia útján sikerül megállapítani.

Romberg a szívbetegségekről irt tankönyvében igy ir: „Die *Phonendoscopie ist noch viel zu wenig studiert.*“ — *Rosenfeld* pedig (Leyden klinikájáról) beismeri, hogy a percussiós áthangzás alapelvei lényegökben igazak, módszerének reális alapját csak marburgi *Smith* és tanítványainak túlkapásai ingatták meg, midőn egyéni suggestio sugalmazta képtelenségeket hirdettek. a milyen pl. a bal fülcse és a pitvarok külön meghatározhatósága, melyek a phonendoskopiát nem illetik meg, azt legfeljebb discreditálni képesek.

Irodalom.

1. *Albers-Schönberg:* Der diagnostische Wert der Röntgenuntersuchung f. d. innere Medizin. Berlin 1904.

2. *Albers-Schönberg:* Die Röntgentechnik. 1906. Hamburg.

3. *Arnheim:* Persistenz d. duct. art. Botalli. Berl. klin. W. 1903. Nr. 27.

4. *Benderszky*: Eine einfache u. leichte Methode zu Abgrenzung der inneren Organe. Deutsche med. W. 1905. (Wiesbadener Congressreferat.)

5. *Bittorf:* Die Bedeutung des linken mittleren Herzschattenbogens. Forschritt auf d. G. d. Röntgenstrahlen. Bd. 9.

6. *Cowl:* Über verschiedene Projectionen des Thorax und deren diagnostischer Wert. Fortschritt auf d. G. d. Röntgenstrahlen. 1902.

7. *Cowl*: Untersuchungsmethoden mittelst Röntgenstrahlen. Lehrb. d. kl. Untersuchungsmethoden. Eulenburg-Kolle. I. B. 1904.

8. *Cowl:* Über grössere Deutlichkeit in Röntgenbildern. Deutsche med. W. 1896. H. 48.

9. *De la Camp*: Ein Fall v. Persistenz des d. Botalli. Berl. kl. W. 1903. Nr. 3.

10. *De la Camp:* Röntgendiskussion. XIX. Congress d. Ver. für innere Medizin.

11. *Curschmann* u. *Slayer:* Über Goldscheider's Methode. Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 50—51.

12. *Ewald:* Deutsche med. W. 1902. H. 20.

13. *France*: Orthodiagraphische Praxis. Leipzig. 1906.

14. *Gillet*: Über die Verschiedenheiten der Resultate der Orthodiagraphie u. der Percussion des Herzens. Fortschritt auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. IX. B. 6.

15. *Gocht:* Handbuch der Röntgenlehre. 1903.

16. *Goldscheider:* Über Herzpercussion. Deutsche med. Wochenschrift. 1905. Nr. 9 u. 10.

17. *Goldzieher* és *Hochhalt*: Hyperglobulia esete. Közkórházi orvostársulat évkönyve. 1904.

18. *Grunmach* és *Wiedermann:* Über die aktinoskopische Methode zur exakten Bestimmung der Herzgrenzen. Deutsche med. Wochenschr. 1902. Nr. 34. u. 1904. Nr. 13.

19. *Guttmann W.:* Über die Bestimmung der sogenannten wahren Herzgrösse mittelst Röntgenstrahlen. Zeitschrift für klin. Med. 58. B. H. 5 u. 6.

20. *Guilloz*: Fall v. Dextrocardie. Fortschritt a. d. G. d. Röntgenstrahlen. B. V.

21. *Holzknecht*: Die röntgenologische Diagnostik d. Erkr. d. Brusteingeweide. 1901.

22. *Heitler*: Experimentelle Studien über Volumveränderungen des Herzens. Zentralblatt f. in. Medizin. 1903. Nr. 26.

23. *Immelmann:* Kann man mittelst Röntgenstrahlen die Lungenschwindsucht erkennen. Berl. kl. W. 1899. Nr. 13.

24. *Immelmann*: Über die Orthophotographie des Herzens. Berl. kl. W. 1905. Nr. 19.

25. *Levy Dorn:* Zur Untersuchung des Herzens mittelst Röntgenstrahlen. XVII. Kongress f. innere Mediz. zu Karlsbad. 1899.

26. *Levy Dorn:* Zur Untersuchung d. Brust mittels Röntgenstrahlen. Münchener med. Wochenschr. 1900. Nr. 14.

27. *Moritz*: Orthodiagraphie u. die exakte Bestimmung der Herzgrösse nach diesem Verfahren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. 1900.

28. *Moritz:* Ergebnisse der Orthodiagraphie für die Herzpercussion. XIX. Congress f. innere Medizin.

29. *Moritz:* Methodisches u. Technisches zur Orthodiagraphie. Deutsches Archiv f. kl. Medizin. Bd. 81.

30. *Plesch J.*: Új kopogtatási módszer. Orv. Hetilap. 1902. 14. sz. Münch. med. W. 1902.

31. *Reichmann:* Deutsche m. W. 1902. Nr. 20.

32. *Riedel*: Untersuchungen der Brustorgane mit Röntgenstrahlen in verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen. Fortschritt a. d. G. d. R. Bd. VI.

33. *Rieder:* Röntgenuntersuchung d. Magens u. d. Darmes. (Referat.) Berl. kl. W. 1905.

34. *Romberg*: Lehrbuch der Krankh. d. Herzens. 1906. Enke. Stuttgart.

35. *Rumpf*: Die Ergebnisse d. Röntgenstrahlen f. d. innere Medizin. Deutsche med. Wochenschr. 1905. H. 17.

36. *Röntgencongresse* in Berlin 1—14.

37. *Rosenbach*: Bemerkungen über die functionelle Diagnostik mit Berücksichtigung der Perkussion des Herzens. Münch. med. W. 1904. H. 21.

38. *Rosenfeld-Fritz:* (Leyden'sche Klinik.) Über die Methoden zur Grenzbestimmungen des Herzens. Berl. kl. W. 1904. Nr. 2.

39. *Runeberg:* Zeitschrift. f. klin. Medizin. Bd. 42. 1901.

40. *Sahli:* Klinische Untersuchungsmethoden.

41. *Schule:* Orthodiagraphie u. Percussion des Herzens. Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 5.

42. *Smith:* Über einige neue Methoden zur Bestimmung der Herzgrenzen. Verhandl. d. Kongress. f. innere Medizin. 1900.

43. *Strausz:* Lénard és Röntgen. Természettudományi Közlöny. 1896. április havi szám.

44. *Treupel*: Orthoperkussion u. Orthodiagraphie. Vortrag im Frankfurter ärztl. Verein. Deutsch. med. W. 1906. Nr. 30.

Budapest, 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szám.

50. évfolyam. 46. szám. *Budapest, 1906. november 18.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hammer Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetemi idegklinikából. (Igazgató: Jendrássik Ernő, egyet. ny. r. tanár.) Klinikai adatok a tabes okának, tüneteinek és lefolyásának ismeretéhez. 1041. lap.

Bakay Lajos: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi tanár.) Csontos összeköttetés a sarok- és kőbecsont közt (concrescentia calcaneocuboidea). 1047. lap.

Tárcza. Deutsch Ernő: A körülmetélésről. 1047. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Leathes:* Problems in animal metabolism. — *Reisz Mór*: Az 1876. évi XIV. törvényczikk a közegészségügy rendezéséről és a reávonatkozó törvények, ministeri, birósági és egyéb hatósági rendeletek, határozatok, itéletek és döntvények rendszeres gyüjteménye. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Fochier:* Az úgynevezett fixatiós tályogok. — *Abderhalden*: A ember fehérjeszükséglete. — *Belorvostan. Grossmann*: Az ischias gyógyítása perineurális konyhasóinfiltratioval. — *E. Cohn*: Légzőszervi bajok forrólégkezelése. — *Rosenfeld:* Pentosuria. — *Idegkórtan. Léri*: Az agyvelő öregkori elváltozása. — *Sebészet. v. Bruns*: A gégerák gyökeres műtéte laryngofissio útján. — *Meller*: Adatok a szájgaratürrák statistikájához és műtétéhez. — *Haberer:* A pyloruson és a legfelső jejunumon ülő lymphosarcomás daganatok. — *H. Wintsch*: Celosoma kiviselt élő magzatban. — *Kenner*: Rágni való gummi mint húgykőmag. — *A. Schäfer*: Adat a térdkalács varratának technikájához. — *C. Pfeiffer:* A golyva Röntgen-kezelése klinikai és szövettani vizsgálatok alapján. — *Fülorvostan. Isemer:* A Bier-féle pangásos vérbőség alkalmazása a fülorvostanban. — *Gyermekorvostan. Riebold*: A gümős agyhártyalob gyógyíthatósága és gyógykezelése. — *Stuhl C.*: Leukaemia lymphaticát utánzó syphilis congenita. — *Schlimpert:* Spi ochaeta-lelet syphilis congenitában. — *Bőrkórtan. A. Wodarz:* A Röntgen-sugarak ellen használt védőkeztyűk. — *M. Joseph*: A szájüreg leukoplakiája. — *Orthopaedia. Schultess*: A scoliosis gyógykezelése activ áthajlításokkal horizontális helyzetben. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Balacescu*: Hideg tályogok. — Ricinus-olaj. — *J. B. Nias*: A strontium- és magnesiumlactat mint mészsókat helyettesítő szer.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 1058. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1053—1054. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1055—1057. lap.

Mellékletek. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thigenol“, Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Pyramidon“ és Glück Rezső „Digestol“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi idegklinikából. (Igazgató: Jendrássik Ernő, egyet. ny. r. tanár.)

Klinikai adatok a tabes okának, tüneteinek és lefolyásának ismeretéhez.

Irta: *Hammer Dezső* dr.

Jelen közleményem alapját 728 tabeseset adja: 250 Jendrássik tanár magángyakorlatából ered, 478 pedig az idegklinikán volt megfigyelésben. A tabes okára vonatkozólag, mint legfontosabbat, a most is vitatkozás tárgyául szolgáló lueses adatokat tettem leginkább vizsgálatom tárgyává, a mellett azonban egyéb ártalmakra is kiterjesztettem figyelmemet, s úgy az ezekre, mint a tabes tüneteire és lefolyására vonatkozó adataimat a könnyebb áttekinthetőség czéljából a következőkben táblázatokba fogom összefoglalni.

A 728 tabeses betegünk között 572 férfi és 156 nő van. Betegeink közül a müveltebb osztályokba tartozó 230 férfit és 40 nőt különválasztottam, az alsóbb néposztályba 342 férfi és 116 nő tartozik.

I. A tabes kóroktana.

1. Lues-statistika. A luesre vonatkozó adataimat *Erb*[1] felosztását követve 3 csoportba osztom. Az első csoportban azokat az eseteket sorolom fel, a melyek kórelőzményében biztosra vehető a lues, a második csoportba tartoznak azok a betegek, a kik valószinüen luesesek voltak, a harmadik csoportba kerülnek azok, a kiken lueses fertőzést kimutatni nem sikerült.

A müvelt osztályba tartozó betegekről következő adataim vannak.

I. Biztosra vehető a lueses fertőzés.

	Férfi	Nő
1. Lues másodlagos tünetekkel	113	5
2. Ulcus durum és gyermekek lueses kiütéssel (az orvos kórjelzése szerint)	1	—
3. Ulcus és ezenkivül vagy abortus, vagy sterilitás, vagy kenőkúra (8 eset), vagy kiütéses gyermekek (3 eset)	39	1
4. Sem ulcus, sem másodlagos tünetek a kikérdezéskor nem derülnek ki, de több abortus, kora- és halva szülés történt	23	17
5. Ulcus molle (?) és abortusok	2	—
Összesen	178	23

II. Valószinű lues.

	Férfi	Nő
Ulcus volt, melynek minéműsége ismeretlen. Más luesra valló tünet nincs, az egyik beteg házassága steril	43	—

III. Lueses fertőzés nem mutatható ki.

	Férfi	Nő
Semmi lueses tünet, élő gyermekek	9	17

A táblázatok tanúsága szerint a 230 müveltebb osztályba tartozó férfibetegünk közül:

	Eset	%
I. Lues	178	77·39
II. Valószinű a lues	43	18·69
III. Luesfertőzés nem mutatható ki	9	3·91

A biztos lueses 179 és a valószinüen lueses 42 eset összesen = 221; százalékban tehát a statistikai számításokra legalkalmasabb eseteinknek *96·8%-ában* a lues szerepét kizárni semmiképen sem lehet és csak 9 eset, vagyis 3·91% van olyan, a melyben a luesre semmi adatot sem tudtunk kimutatni. Ezen számadatokat összehasonlítva az *Erb*[1] legutóbbi dolgozataiban kimutatott eredménynyel, azok csaknem egyeznek, luessel nem fertőzött eseteink százalékszáma csak 0·91%-kal nagyobb, mint az *Erb*-é (3%).

A müveltebb osztályba tartozó 40 tabeses nőbetegünk adatai ettől eltérnek, minthogy nőkön a fekély könnyen észrevétlen maradhat.

	Eset	%
I. Lues	23	57·50
II. Nem inficiált	17	42·50

Az alsóbb néposztályba tartozó 342 férfi és 116 nő adatai a következők:

I. Biztosra vehető a lueses fertőzés.

	Férfi	Nő
1. Lues másodlagos tünetekkel	103	11
2. Ulcus durum és gyermekek lueses tünetekkel (az orvos körjelzése szerint)	2	—
3. Ulcus durum (az orvos kijelentése szerint)	1	—
4. Ulcus és ezenkivül vagy abortus, kora- vagy halva szülés, sterilitás, kiütéses gyermekek (1 eset)	66	2
5. Sem ulcus, sem másodlagos tünetek a kikérdezéskor nem derülnek ki, de abortusok, kora- és halva szülés, sterilitás	77	100
Ezen 77 férfiesetben 2 férfinak 2 házassága steril maradt s 1 esetben a gyermekeken orvos megállapitotta lueses kiütések voltak; a 100 tabeses nő közül pedig 1 esetben a férjnek ulcus duruma volt s kenést is végezett, 2 esetben a férjnek orvos megállapitotta luese volt másodlagos tünetekkel.		
6. Ulcus molle (?) és abortusok	2	—
Összesen	251	113

II. Valószinű lues.

	Férfi	Nő
1. Ulcus volt, minősége ismeretlen, de abortus, kora- vagy halva szülés stb. nem volt	47	2
2. Ulcus molle (?) volt, de egyéb luesre gyanús adat nincsen	1	—
3. Ulcus molle (?) és steril házasság	2	—
Összesen	50	2

III. Lueses fertőzés nem mutatható ki.

	Férfi	Nő
Semmi lueses tünet, élő gyermekek	41	1

Ez az alsóbb néposztályra vonatkozó táblázatunk azt mutatja, hogy ezen 342 tabeses férfibetegünk közül:

	Eset	%
I. Biztos a lues	251	73·39
II. Valószinű a lues	50	14·63
III. Nem inficiált	41	12·28

Az alsó néposztályban tehát a lues százaléka nem mutatható ki oly gyakran, mint a müveltebb néposztályon, a különbség azonban csekély (77·39 és 73·39%). Ha a valószinű és a biztos lueses eseteket összeszámoljuk, akkor 301 esetben, azaz 88·00%-ban a lues szerepe nagyon szembeötlő és csak 12·28%-ban nem mutathatók ki a luesnek tünetei az előzményekből.

Az alsóbb néposztályba tartozó 116 nő tabesbetegünk adatai a következők:

	Eset	%
I. Biztos a lues	113	97·41
II. Valószinű a lues	2	1·73
III. Nem bizonyitható a lues	1	0·86

A biztos és valószinű luest itt is együvé összeszámitva, a müvelt osztályokba tartozó férfibetegek százalékszámánál is nagyobb számot kapunk, vagyis 99·14%-ot.

Ezek a számarányok mutatják a lues fontosságát a tabes kóroktanában. A tabest állitólag előidéző egyéb okok eltörpülnek mellette. Ezeket Erb[2] dolgozataiban felsorolja és méltatja. Az ilyen irányokban haladó kutatásoknak megvan az a hasznuk, hogy kis százalékszámukkal a lues nagy százalékszámát még feltünőbbé teszik.

2. A lues szerzése és a tabes kezdete között lefolyt idő.

Hogy a tabes a szerzett lues után mennyi idővel kezdődött, arra 213 férfi és 19, nő összesen 232 tabesbetegünk adatai között találunk használható feljegyzéseket. Ezek szerint a lueses infectio után:

2-től 5 évig	28 beteg	12·06%
5-től 10 „	76 „	32·72%
10-től 15 „	67 „	28·87%
15-től 20 „	38 „	16·37%
20-tól 25 „	12 „	5·17%
25-től 30 „	7 „	3·01%
30 éven túl	4 „	1·72%

lett tabeses, tehát az első tabeses tünet jelentkezése eseteinkben a legnagyobb százalékban a lueses infectio után az 5. évtől a 15.-ig terjedő időre esik, a mely időszakban 232 betegünk közül 143 betegedett meg. Ezen számok közül természetesen értékesebbek a kicsinyek, mert a tabes gyakran lassan fejlődik, és az első tünet, pl. a pupilladifferentia észrevétlen marad. Egy érdekesebb esetet itt közlök.

A. G. férfi 40 évvel az ulcus szerzése után lett tabeses. 18 éves korában támadt ulcusa, ezt csak helybelileg kezelték. 24 éves korában nősült, ezen házasságból 2 gyermeke származott: az egyik 9 hónapos korában meghalt, a másik most is él. Felesége egyszer abortált. A beteg 59 éves korában kezdett fájdalmakról panaszkodni, a melyek lábaiban támadtak. A tabes többi tünete: Robertson- és Romberg-tünet, ataxia, hypotonia, myosis, a patella- és Achilles-inreflex hiánya.

A lues és tabes összefüggését megerősíti az a körülmény, hogy ha a tabeses beteg idősebb korában szerzi a luest, idősebb korában támad a tabes; vagy forditva, ifjú korban szerzett lues után fiatal korban támad a tabes.

A következőkben késői tabeseseteinket ismertetem.

1. *G. K. 39 éves korában* ulcust szerzett, de másodlagos tünetek nem voltak. Felesége kétszer abortált, két gyermek kis korában meghalt, egy egészséges, él. Első tabeses tünet *53 éves korában* — az ulcus utáni 14. évben — diplopia volt, ezt követték a vizelési nehézség, lancináló fájdalmak. Egy év mulva vizsgálatkor Robertson, kis Romberg, kis ataxia, hypotonia találtatott és a patellareflexek csak Jendrássik-kézfogással voltak kiválthatók.

2. *V. I. 51 éves korában* szerzett ulcust, de a luesnek másodlagos tünetei nem voltak. Gyermekei élnek, egészségesek. Első tabeses tünet *55 éves korában* szemének gyengülése, mely egy év alatt atr. n. opt.-ben végződött. A többi tabeses tünet: fájdalmak, vizelési nehézség, pup. differentia, Robertson, Westphal, hypotonia, bal. n. abd. bénulás az atrophia n. optici-t követte.

3. *O. G. 45 éves korában* szerzett ulcust, ekkor már nős volt; egészséges gyermekei vannak. Az ulcus utáni időből — az ulcust másodlagos tünetek nem követték — nem volt többé gyermeke. Az első tabeses tünet — gyomorfájás? — *48 éves korában* támadt. Azóta, a mostani utolsó vizsgálatkor, pupilla differentiát (j. > b.), Robertsont, atr. n. optici-t találtunk s heves fájdalmakról panaszkodik.

4. *E. M. 51 éves korában* volt ulcusa, másodlagos tünetekről nem tud. 30 éves korában nősült, házassága gyermektelen maradt. A fájdalmak, tabesének első tünetei, négy év előtt, *58 éves korában* jelentkeztek, ezeket követte a többi tünet: vizelési nehézség, Robertson, Romberg, patellareflex csak Jendrássik-kézfogással váltható ki, Achilles-reflex nem váltható ki, a betegnek hyperaesthesiája van.

5. *M. G.*, ulcust, melyet orvosa csak helybelileg kezelt, *36 éves korában* szerzett. Ezen ulcusát másodlagos tünetek nem követték. Az első tabeses tünet oculomotoriusbénulás volt a bal oldalon *48 éves korában*, a mit a többi tünet követett: Robertson-, Romberg-, Westphal tünet, ataxia, érzészavar.

6. *B.*-nét *38 éves korában*, másodszori férjhez menése után, férje fertőzte luessel, lueses plaque-jai voltak torkában, kenőkúrát végzett. Első házasságából öt élő gyermeke született, második házassága steril maradt. Az első tabeses tünet *54 éves korában* támadt, igen erős szaggatások jelentkeztek a jobb czombban, a mit jobboldali ptosis, Robertson- és Westphal-tünet követett.

7. *G. K. 39 éves korában* szerzett ulcust, a luesnek másodlagos tünetei nem voltak. 29 éves kora óta nős, felesége kétszer abortált, két élve született gyermeke kis korban meghalt. Az első tabeses tünet szemizombénulás és fájdalmak alakjában *54 éves korában* támadt. A többi tabeses tünet: Robertson, patellareflexek csak Jendrássik-kézfogással válthatók ki, nagy hypotonia, ataxia, Romberg.

A fiatalkorban támadt tabesre csaknem ugyanaz áll, mint a késői tabesre, de itt számbajöhet a lues örökölhetősége is. Sok ilyen eset van már közölve az irodalomban. Felemlítem, hogy legutóbb *Kurt Mendel*[6] három esetet, *Wiliamson*[7] szintén három esetet közölt stb.

Fiatalkori tabeseseteink közül csak a következőket említem fel:

1. *W. J.* 16 éves leány. Apja lueses és kis fokban, anyja súlyosan neurastheniás. A betegen heredo-lues tüneteit nem lehetett kimutatni. Két testvére közül a nálánál idősebb egészséges, egy fiatalabb kis korban bélhurutban meghalt. A beteg hét hónapig szopott ugyanazon dajkától, ki állítólag egészséges volt. Betegünk anaemiás külsejű, de testileg jól fejlett, nyugtalan, türelmetlen leány, kit egy idő óta rohamokban jelentkező izgatottsági állapotok kínoznak, rendesen éjjel (pavor nocturnus), a mikor attól fél, hogy a falból kijön valaki, a ki üldözni fogja. A tabeses tünetek közül teljes Westphal-tünetet lehetett kimutatni, Achilles-ínreflexei sem voltak kiválthatók, hypotoniája van. A carotisok felett anaemiás zörej hallható.

2. *Gy. I.* 21 éves leány. 18 éves korban szült először, ez a gyermeke él, egészséges. 21 éves korában a klinikánkra való felvétele előtt 1½ hónappal hét hónapos terhesség után macerált magzatot hozott a világra. Négy nappal ezen szülése után kezdett kettősen látni. A klinikánkra való felvétele alkalmával kis Romberg, Westphal-tünet volt kimutatható, járása kissé bizonytalan volt, bár ataxiája nem volt, a bal pupillája tágabb volt mint a jobb, a baloldali n. abducens bénultnak találtatott. Egy hónap mulva újabb vizsgálat után hypotoniát találtunk s fájdalmakról, szurkálásokról panaszkodott, melyek pár nap óta hol karjaiban, hol lábaiban kínozzák; újabb egy hónap mulva egész testében kifejezett lancináló fájdalmak támadtak, s a már régebben talált Romberg tünet erősebbé, határozottabbá vált.

3. *N. J.*, lakatos. Ulcust 18—19 éves korában szerzett, ezt csak jodoformbehintéssel gyógyították s két hét alatt elmult. Másodlagos tünetek nem voltak. Lábfájása miatt állítólag már 20 éves korában gyógyíttatta magát. A klinikán először 25 éves korában jelentkezett. Ekkor panaszkodott, hogy már 5 éve vannak hasogatások lábaiban, 2 éve gyengült a merevedése, most már a vizelése is nehéz, Romberg-tünetet, hyperaesthesiát találtunk a vizsgálatkor. 8 hónap mulva övérzés, Romberg tünet, ataxia van feljegyezve s újabb panasza, hogy a lábai zsibbadnak, merevedése nincsen, s hogy fájdalmai most már igen hevesek, vizeletét tartani nem tudja, sokszor észrevétlenül, magától elfoly.

4. *W. L.-né*, 20 éves. 3 éve van férjnél. Tagadja, hogy luese lett volna. Első gyermeke kilencz hónapos korában meghalt, gyenge volt, a második él, egészséges. A klinikán való jelentkezésekor 1903-ban a következő adatokat jegyeztük fel: atrophia n. optici o. utr., bal pupilla > jobb, Robertson- és Romberg-tünet, hypotonia.

5. *Cs. S.* 20 éves korában ulcus, másodlagos tünetek nem voltak. 23 éves korában fájdalmak. 27 éves korában nősült, házassága gyermektelen maradt. Jobb pupilla > bal, Robertson-, Westphal- és Romberg-tünet, ataxia, nehéz vizelés, Achilles-ínreflex nem mutatható ki, crise laryngée.

6. *H. R.*, 18 éves korában ulcus, később kiütés, kenőkúra 24 éves korában pupilla-differentia, néha szurkálások lábain, bal pupilla > jobb, a bal pupilla renyhén reagál fényre, jobboldali Achilles-ínreflex nem váltható ki, patellaínreflexek csak Jendrássik-kézfogással.

3. *A házastársak tabese vagy paralysise.* Ide tartoznak következő eseteink.

I. *E. Á.* 38 éves, 24 éves korában volt sankere, bubója. Sankere 4 hétig tartott, kenőkúrára mult el, bubója 8 nap alatt borogatásra. Akkor kenőkúrát használt, 1 cyklust végzett. 1893-ban 27 éves korában nősült meg, 7 évig volt nős, felesége háromszor abortált, élő gyermeke egy sem született. Felesége ekkor paralysis progressivában meghalt. 7 év előtt kezdődtek fájdalmai lábaiban s ugyanekkor a jobb szemén a n. abducens paresise volt kimutatható. Ezután 8 hónappal a jobb szemén teljes oculomotorius-bénulás támadt. A patella-, Achilles- és triceps-ínreflexek nem válthatók ki. Anaesthesiás öv a mellen, hypotonia az alsó végtagokon, a bal oldalon erősebb. A pupillák fényre nem reagálnak egyik oldalon sem.

A beteg ma is bejár a klinikára, arról panaszkodik, hogy fájdalmain és erős nyálazásán kivül, a mi három éve kínozza, nagyon feledékeny.

E. Á.-né, 48 éves. Másodszor 41 éves korában ment férjhez. Második férje a fenti beteg. Első férjétől, kiről semmi adatot sem sikerült megtudnunk, 1 gyermeke született (ez él, 12 éves, egészséges); négyszer abortált. 1894 óta él második férjével. Ezen második házassága óta 3-szor abortált. Luesre csak annyi adatunk van, hogy második férjének nősülése előtt 3 évvel luese volt, a mi ellen akkor kenőkúrát is végzett, minthogy a másodlagos tünetek közül torkában plaque-ok voltak. Pupillamerevség fényre és alkalmazkodásra is, reflexek kiválthatók. Akadozó beszéd, igen izgatott, ingerlékeny, vizeletét egy napig is tudja tartani Egy dementiás roham után a megfigyelőosztályra szállíttatott, a hol 1900. októberben meghalt. A *Reuter* dr. szívességéből nyert értesítés szerint a diagnosis dementia paralytica (megalomania) volt.

II. *J. F.* 40 éves, 26 éves korában volt ulcusa 8—10 napig. Később a nyelve fájt s ezen baja miatt pilulákat szedett. 25 éves korában nősült. Nősülése után 1 évvel született egy leánya, ez él, egészséges, ezután felesége háromszor abortált (a 4. és 3. hónapban). 27 éves korában gyakran volt torokfájása, ekkor kenőkúrát végzett rövid ideig. 13 évvel az ulcus után kezdtek lábai zsibbadni és szúrófájdalmai tamadtak, vizelete pedig nehezen ment el. 1 év mulva potentiája csökkent, ugyanekkor Romberg, myosis, Robertson, Westphal, Achilles és tricepsreflexhiány, kisfokú ptosis, igen nagy hypotonia van feljegyezve, mint tabeses jelenség, klinikai kórtörténetében. Ismét egy év mulva nagy baloldali hemiparesise támadt, a mi azonban 6 hét alatt eltünt. Legutolsó klinikai jelentkezése alkalmával arról panaszkodott, hogy hamar fárad, beszéd közben akadozik és ha ir, reszket a keze.

J. F.-né. 16 éves korában ment először férjhez, ez a férje akkor 32 éves volt. Csak 3 hónapig élt együtt ezen férjével, a ki ezután 6 év mulva előtte ismeretlen bajban meghalt. Ezen első férjétől, kiről luesre vonatkozó adatot nem tud, egy fia született, a ki 6 hónapos korában diphtheriában meghalt. Másodszor 28 éves korában ment férjhez, ez a második férje a fenti beteg. A gyermekeire vonatkozó adatokat férje adatai között már felsoroltam. 30 éves korában férjével egyidőben neki is fájt a torka, ott hólyagok és sebek voltak, s ekkor férjével együtt kéneső-kenőcscsel 10 bedörzsölést végzett. Ugyanezen idő óta nevetéskor vagy köhögéskor 1—2 csepp vizelete rendesen elfolyt, s lábaiban szurkálást, fájdalmakat érzett, a mik ellen salicylt s más fájdalomcsillapító szereket használt. 10 évvel ezután kettős látása támadt, járása romlott, feledékeny lett, beszédében sokszor akadozott; izgatott, rosszakat álmodik. Ezen időben jött klinikánkra. Az ekkor végezett vizsgálat adatai a következők: nyelés akadályozott, felső végtagok gyengék, kis ataxia a felső, valamint az alsó végtagokon, Romberg, hypotonia, patellareflex a bal oldalon Jendrássik-kézfogással kiváltható, a jobbon így sem, érzészavar és késés, övfájdalmak, szaggatások a lábakban, myosis, Robertson, jobb pup. > mint a bal, mindkét szemen n. abd. és oculomot.-paresis. A beteg állapota a klinikán tartózkodás alatt mind súlyosabb lett, míg 1901. juliusban meghalt.

III. *D. Zs.* ulcusra nem emlékszik, de blennorrhoeája és epididymitise volt. 24 éves korában nősült, házassága steril maradt. 38 éves korában — miután már pár éve kedélyállapota megváltozott, ingerlékenynyé, izgatottá vált — impotenssé lett, emlékezőképessége romlott, beszéde akadozóvá vált, gondolkodása nehéz, számolása hibás, járása bizonytalan lett. Ekkor reflexei kiválthatók, élénkek voltak, beszéd közben ajkai valamint kinyújtott nyelve kissé remegett, jobb pupillája > volt mint a bal, de fénybehatásra, valamint alkalmazkodásra jól reagáltak. Később, minthogy állapota folyton rosszabbodott, a lipótmezői elmegyógyító intézetbe került. Itt Salgó dr. főorvostól nyert szíves értesítés szerint a beteg csak 14 napig tartózkodott s minthogy javult állapota, házi ápolásba hazabocsáttatott.

D. Zs.-né. Luesre adatunk nincsen. 20 éves korában ment férjhez, azután másfél évig igen gyakran volt fejfájása, ilyenkor

hányt is. Házassága steril maradt. 32 éves korában kezdett homályosan látni, ezután egy hónappal kettős látás és kétoldali ptosis következett, s egyúttal emlékezőtehetsége kezdett romlani. Egy év mulva jelentkezett először klinikánkon, s ekkor a jobboldali n. abd. és a m. rect. sup. (Szili) bénult volt, bal pupillája < mint a jobb és hátában fájdalmai voltak. Állapota mind roszszabb lett, s ezért 8 hónap mulva mint fekvőbeteg felvétette magát. Luesre valló tünetet a vizsgálatkor nem találtunk. A felvételkor a vizsgálat adatai a következők: kétoldali ptosis, kétoldali n. abd. és jobboldali m. rect. sup. paresis, baloldali m. rect. int.-ban görcs, pupillák fényre alig reagálnak, érzészavar a törzsökön (hyperaesth. és anaesth. foltok) finomabb érintésre, hypotonia, reflexek élénkek, nagyon feledékeny, számolásnál hibázik. A klinikai tartózkodása alatt állapotában változás nem állott be s azóta eltünt szemeink elöl.

IV. *H. J.* Körülbelül 10 év előtt ulcus durum, higanykenőccsel kenőkúrát is végzett. 14 éve nős. Már 3 év előtt nagyságí téveszméi voltak, elmondta, hogy ő most nagy carrière-t fog csinálni, egyetemi tanár lesz belöle, stb. és esténként (nyáron) paplanba takarózva sétált villájának kertjében. Typusos dementia paralytica myosissal és a patella- és Achilles-ínreflexek hiányával. Most egy fővárosi magánelmegyógyintézetben van kezelés alatt. Felesége:

H. J.-né 38 éves. Első férje öngyilkos lett. Másodszor 14 év előtt ment férjhez. Két gyermeke második házasságából származik, s ezek születése a férj luese előtti időre esik. E két gyermek születése után szerzett férje ulcust, s az asszonynak ezután volt két terhessége abortusszal végződött. Betegsége gyomorkrisissel kezdődött, mi egy tengeri utazás alatt tengeri betegség képében jelentkezett először. Attól kezdve eleinte hosszabb időközökben, később (2 év mulva) mind gyakrabban, végre állandóan volt gyomorkrisise, a mi minden kezeléssel daczolt s 5 hónap alatt exitusra vezetett. Ezenkivül a vizsgálati adatok között a következők vannak feljegyezve: jobb pupilla > mint a bal, tágak, Robertson-, Westphal-, Achilles-reflexek nem válthatók ki, vizelése nehéz, lancináló fájdalmak lábaiban, a szív felett tapintásra érzéstelen folt.

V. *J. L.* 22—25 év előtt ulcus. 20 év előtt alkalmazkodási bénulás. 17 éve nős. 8 év óta paralysises rohamai vannak, ezek többször ismétlődtek, most mydriasis, pupilladifferentia. Paralysise nagyon protrahált lefolyású. Ezen beteg szintén egy fővárosi magánelmegyógyítóintézetben van jelenleg kezelés alatt. Felesége:

J. L.-né 52 éves. 17 éve él férjével. Házassága steril maradt. 49 éves korában hysteriás elmezavarban szenvedett — a mi alatt csinos verseket irt —, ezóta gyakran álmatlan, fejfájásai vannak, mint mondja „elméje gyengül". Patella- és Achilles-reflexei nem válthatók ki, Romberg-tünete van, gyakrabban kell vizelnie, de tudja vizeletét tartani, fájdalmai nincsenek, csak vállaiban, a melyek „csúzosak"; a tarkótájon néhány megnagyobbodott mirigy tapintható, a pupillák középtágak, egyenlőek, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak.

VI. *R.* 33 éves korában nősült. Házasságából gyermek nem származott. Luesre vonatkozó adatunk feljegyezve nincsen, de úgy látszik már akkor, mikor nősült, tabese volt. 9 évig élt feleségével, ekkor 42 éves korában tabesben meghalt. A tabeses tünetek közül ataxia, látásgyengülés, fájdalmak, nehéz vizelés vannak feljegyezve. Felesége:

R.-né 28 éves korában ment férjhez. Semmi lueses jelet nem találtunk rajta, s minden nemi bajt tagad. Egy évvel férje halála előtt, 36 éves korában, kezdődtek fájdalmai térdében és derekában, azóta ezek mind erősebbek lettek. A tünetek a következők: kissé ataxiás járás, igen erős Romberg, myosis, jobb pupilla < bal, Robertson, igen nagy hypotonia, Westphal- és Achilles-ínreflexhiány.

VII. *R. A.* Ulcust, lueses egyéb tünetet tagad. 21 éves korában gonorrhoeája és bubója volt. 23 éves korában nősült. Felesége egyszer volt teherben, ez a terhessége a 3. hónapban abortussal végződött. Már 25 éves korában voltak „rheumás" fájdalmai, később ezen fájdalmak helyett majdnem elviselhetetlen égések léptek fel lábaiban s vannak ma is (most 47 éves), a melyeket csak igen nagy adag morphium tesz elviselhetővé. Tünetek: arthropathia, ataxia, Romberg, Robertson, ínreflexhiány, anaesthesiás öv, szakgató fájdalmak, vizelés- és székzavar. Felesége:

R. A. né 21 éves korában ment férjhez. Egyszer, 23 éves korában, volt terhes, ekkor abortált. Nemi bajokról nem tud. 13 évig élt férjével, ekkor 34 éves korában megőrült, s a lipótmezői tébolydában halt meg dementia paralyticában.

VIII. *K. M.* 23 éves korában szerzett ulcust, szürke kenőccsel kenőkúrát végzett, a luesnek másodlagos tünetei nem voltak. 27 éves korában nősült, házasságából 4 gyermeke született, ezek élnek, egészségesek, felesége egyszer sem abortált. 35 éves korában már volt pupilladifferentiája, 44 éves korában támadtak először jellegzetes fájdalmai lábaiban, azóta vizelési zavarai vannak, széke rendetlen, ezeken kivül kimutatható a Westphal- és Romberg tünet, ataxia, az Achilles-ínreflexek nem válthatók ki, a bal pupilla középtág, fényre jól reagál, a jobb pupilla tág, fényre nem reagál. Felesége:

K. M.-né, pár éve vannak jellegzetes fájdalmai, ha nevet vagy köhög vizelete elmegy, széke renyhe, a tabes tünetei ezeken kivül: kis Romberg, bal patella-ínreflex jó, jobb patella-reflex Jendrássik-kézfogással is alig váltható ki, Achilles-reflexek nem válthatók ki, jobb pupilla > bal, a jobbon Robertson, időnként hányással és erős fájdalommal járó gyomorbaja volt.

4. *A férj luesben, a feleség tabesban szenved. K. Gy.*, 19 éves korában ulcusa volt, mely 9—10 napig tartott. Pár hónap mulva az orrában volt sebe, a melyet orvos kiégetett. Kiütése bőrén nem volt. 27 éves kora óta nős, házassága első 3 évében 3 egészséges gyermeke született. 32 éves korában kiütése volt füle mögött, ez ellen az orvos sublimatinjectiokat adott, a mire a kiütés elmúlt. 36 éves korában egy alkalommai vonaton utazván, hirtelen úgy érezte magát, mintha villámcsapás érte volna s másnap már bal kezét nehezen tudta emelni és bal lábát húzta járáskor. Ez ellen kenőkúrát kezdett orvosi rendeletre, de mialatt a kenőkúrát végezte, egyszer hirtelen rosszul lett, elvesztette eszméletét, s mint a hozzátartozók leirják, körülbelül 5 percznyi eszméletlenség alatt szája bal oldal felé húzódott, feje elfordult, szeme kimeredt, bal keze és lába rángatódzott. Ettől kezdve 2 hónap alatt 8 ilyen rohama volt, de jod-brom kezelésre a rohamok elmaradtak. Ugyanezen évben (1902) nyáron igen sokszor fájt a feje, különösen éjjel, de nappal is. Ugyanekkor a fején két kis duzzanat támadt. 1903 márcziusban, bár az orvosságát rendesen vette, ismét volt rohama, megijedés után, három alkalommal, de most csak a bal lába rángatódzott s eszméletét veszítette el néhány másodperczre. Ekkor jelentkezett a klinikán.

Vizsgálatkor a beteg belső szerveit épnek találtuk, bal czombján és a bal farpofán egy-egy kékespiros, sugaras, behúzódott heg volt látható, a fejtetőn pedig két mogyorónyi, tömött tapintatú daganat volt, mely felett a bőr mozgatható s ezen daganatok nyomásra fájdalmasak voltak. A bőr alatti kötőszövetben lényegesen megnagyobbodott mirigyek nem voltak találhatók. Az izmok mozgásai mind jók, a reflexek mind kiválthatók, két oldalon egyenlőek, érzészavar nem volt, a pupillák jól reagáltak úgy fényre, mint alkalmazkodásra. A klinikán tartózkodása alatt kétszer volt rohama, a rohamok körülbelül 3 perczig tartottak, eszméletét nem veszítette el. A rohamok alatt csak a bal lába rángatódzott, a test egyéb részein rángatódzások nem voltak láthatók.

Először Zittmann-kúrát használt 20 napig, majd 7—7 napi időközökben 5 sublimatinjectiót kapott. Ez idő alatt a fejtetőn volt duzzanatok visszafejlődtek, az általános állapot megjavult, rohamai elmaradtak. Azóta, most 2½ éve, rohama nem volt.

Klinikai diagnosisunk Jackson-epilepsia, lues cerebri volt.

Felesége *K. Gy.*-né: csak azóta beteg, a mióta a férje is megbetegedett. Betegsége fájdalmakban nyilatkozott, melyek szúrások alakjában lábaiban támadtak. A pár hét előtt történt vizsgálatkor Westphal-tünetet találtunk rajta, az Achilles-reflexei nem voltak kiválthatók, pupillái fényre is még jól reagálnak. Hogy luese lett volna, arról nem tud.

Ezen 9 észleletből hatban lues van feljegyezve, a többiben csak az abortusokból, sterilitásból lehet következtetni a luesre A 9 eset közül tiszta tabes conjugalis 4 eset van, a többiekben egyik vagy másik házastárs dementia paralyticában szenved. Az utolsó, a IX. esetben a diagnosist agyluesben állapitottuk meg. A beteg feleségének tabese van.

5. *A tabeses szülők utódainak sorsa.* Az abortusok, kora- és halva születésekre, a sterilitásra vonatkozó összegyüjtött adataimat itt sorolom fel.

Valószinünek látszik, hogy ezen betegek házasságában csak addig fordulnak elő abortusok, kora- vagy halva születések, míg a lues fertőzőképessége még tart, s a már tabeses időszakban nem.

A tabesesek házasságából származó gyermekek halandóságára vonatkozólag *Pitres*[8] tanulságos példákat említ. 209 házas tabeses esetében 42 (20%) a steril házasság, 32 esetben (15%) halva született vagy meghalt minden gyermek, 135 esetben, tehát az eseteknek (65%) csak $^2/_3$-ában vannak élő gyermekek. *Pitres* azonban ezen eredményt nem a tabesnek tulajdonítja, mert hiszen a halandóság szerinte 44%-ban a tabestünetek előtti időre esik, hanem a halandóság és sterilitás okát a luesben keresi. *Mendel* említi, hogy a sterilitás a tabesesek házasságában háromszor gyakoribb, mint az egészséges emberekében.

A luesre vonatkozó egyes statistikákból tudjuk, mily nagy befolyása van a luesnek a terhességre. Tudjuk, hogy az ilyen házasságokban mily sok az abortus, a halvaszülés, s mily sok az olyan gyermek, ki gyengén fejlett, s ezen gyengeségének rövid idő alatt áldozatává lesz. Ha a tabesesek eseteiben a gyermekekre vonatkozó adatokat átnézzük s a nagy halandóságot, sok abortust s halva szülést, sterilitást látjuk, lehetetlen ebből nem arra visszakövetkeztetni, hogy ezen esetekben is a lues idézi elő a nagy gyermekhalálozást. *Róna*[9] állítja, hogy olyan házasságokban, a hol nagy a gyermekhalandóság, titkolt vagy fel nem derített luesre kell gondolnunk. Ha ez áll, akkor csak megerősíti véleményünket, hogy ezen esetekben, melyeket itt felsorolni fogok, s a melyekben a gyermekhalandóság nagy, a luesnek szerepelni kellett mint oknak.

Az 554 tabeses férfi közül, a kiknek a gyermekekre vonatkozó adatait felhasználhattam, 81 beteg nötelen (36 biztos lues, 35 valószinüen lueses, 11 nem inficiált); 38 esetben (20 biztos lues, 16 valószinüen és 2 nem inficiált) a gyermekekre vonatkozó adatok hiányzanak, 1 esetben pedig a beteg feleségének orvosilag megállapitott fejletlen méhe volt. Ezen 120 esetet levonva marad 434 esetünk.

Ezen 434 esetből 91-ben, vagyis 20·92%-ban (33 biztos lues, 31 valószinüen lueses, 27 nem inficiált) a házasság steril maradt; 23 esetben (6 biztosan lues, 12 valószinüen lueses, 5 nem inficiált) a házasságból élő gyermek egy sem született, csak abortusok és halvaszülések fordultak elő; 30 esetben (1 biztos lues, 7 valószinüen lueses, 12 nem inficiált) abortusok, kora- és halvaszülések mellett egy vagy több élő gyermek is született, de pár naptól pár hónapi idő alatt meghaltak, tehát a házasságból élő gyermekek nem maradtak. 2 ulcusos esetben csak kiütéses gyermekek születtek s pár nap alatt meghaltak. A 434 esetből tehát 146-ban, azaz *33·56%-ban a házasságból élő gyermekek* egyáltalában *nincsenek*.

A 434 esetből további 118 esetben, vagyis 27·19% ban vannak élő gyermekek, de ezenkivül mindegyik esetben abortus, kora-, vagy halva születések is előfordultak. Igy 17 esetben (9 biztos lues, 2 valószinüen lueses, 6 nem inficiált) csak egy gyermek született élve, több abortus vagy halvaszülés mellett, s mindegyik esetben az élve szülött gyermeket egy vagy több abortus előzte meg; 28 esetben (12 biztos lues, 15 valószinüen lueses, 1 nem inficiált) több élő gyermek született az abortusokon kivül, s ezen esetekből azon egyben, melyben a luest kimutatni nem lehetett, 4 halvaszülés előzte meg a 2 élő gyermeket; 18 esetben (8 biztos lues, 4 ulcus, 6 nem inficiált) abortus, kora- és halvaszüléseken kivül több gyermek született élve is, de csak egy maradt életben, a többi kis korban meghalt; 52 esetben (9 biztos lues, 17 valószinüen lueses, 17 nem inficiált) egy vagy több abortus, kora- vagy halvaszülés mellett több élő gyermek is született s ezek közül néhány fejletlen, gyenge, kis korban meghalt, de több életben maradt; 3 esetben (2 biztos lues, 1 valószinüen lueses) egy-egy abortus mellett több élő gyermek is született, ezek közül egy egy életben maradt, a többiek, kik (orvos szerint lueses) kiütéssel születtek, pár nap alatt meghaltak.

A 434 esetből fennmaradó 170 esetben, vagyis 39·17%-ban *csak élő gyermekek születtek* a házasságból és pedig: 31 esetben (12 biztos lues, 5 valószinüen lueses, 4 nem inficiált) többnyire a házasság első éveiben csak egy gyermek; 139 esetben (46 biztos lues, 61 valószinüen lueses, 32 nem inficiált) több gyermek, de ezek közül is a legtöbb esetben egy vagy több gyenge, fejletlen gyermek kis korban meghalt. A fenti 31 esetből 1-ben, mely mint nem inficiált van felemlítve, a házasságból született egyetlen gyermek vak maradt.

A vizsgálatunkra felhasználható anyagból tehát (434 férfi) házasságából származó gyermekekre vonatkozólag a következő eredményeket kaptuk:

	Sterilitás	20·92%	91 eset
Élő gyermek nincsen	Csak abortus, kora- és halvaszülés	5·28%	23 eset
	Élve is született, de kis korban meghalt	6·89%	32 eset
Élő gyermekek is vannak	Abortus stb. mellett élők is vannak.	27·19%	118 eset
Csak élve szülött gyermekek	Csak egy gyermek született s él is	7·14%	31 eset
	Több gyermek született élve és él is, de sok kis korban meghalt	30·92%	139 eset
	Összesen		434 eset

A gyermekekre vonatkozó adatok azt mutatják, hogy csak élő gyermekek (egy gyermek 4 esetben, több élő gyermek 32 esetben) az összes 434 esetből csak 36 olyan esetben születtek, a hol a luest kimutatni nem sikerült és 398 esetben vagy a lueses kórelőzményt sikerült kimutatni, vagy a hol ez nem volt lehető, ott abortusok voltak kora- és halvaszülések társaságában. Az eredmény nagysága mellett lehetetlen elzárkózni azon következtetés elől, hogy ezen befolyás a luesnek tulajdonítható.

156 nő tabeses betegünk közül 1 esetet (a ki hajadon, még virgo, teherben nem volt) nem használhattunk fel, a többi 155 beteg adatai a házasságukra, illetve gyermekeikre vonatkozólag a következőket mutatják:

49 esetben (2 biztos lues, 2 esetben a férjnek volt luese) vagyis 31·01% ban a házasság steril maradt; 15 esetben vagyis 9·67 %-ban csak abortusok és halvaszülések fordultak elő (1 biztos lues); 20 esetben (4 biztos lues, 1 valószinüen lueses) abortusok, kora- és halvaszülések mellett voltak ugyan élveszülött gyermekek is, de ezek mind meghaltak kis korban, ez tehát 12·90%; 53 esetben vagyis 34·19%-ben (5 biztos lues, 1 esetben a férj lueses) abortus, halva- és koraszülés mellett élve is születtek gyermekek, de ezek közül többen kis korban meghaltak (gyenge, fejletlen s 3 esetben kiütéssel született gyermekek). Ezen 53 esetből 19-ben csak egy-egy gyermek maradt életben, 34-ben több; 18 esetben, vagyis 11·60%-ban csak élő gyermekek vannak a házasságból, és pedig csak egy élő 8, több élő gyermek 10 esetben.

A tabeses nőkre vonatkozó adatokat a következő tábla mutatja.

	Sterilitás	31·61%	49 eset
Élve szülött gyermek nincsen	Abortus, kora- és halvaszülések	9·67%	15 eset
Élő gyermek nincsen	Abortus stb. és élve szülöttek is, de ezek kis korban meghaltak	12·90%	20 eset
Élő gyermek is van	Abortus stb. mellett vannak élők is	34·19%	53 eset
Csak élve szülött gyermekek	Csak élve szülött gyermekek, de több kis korban meghalt	11·60%	18 eset
	Összesen		155 eset

Az itt felsorolt esetekből háromban — mindhárom lueses — a lues előtti időből vannak élő gyermekek, a lues szerzése után két esetben csak abortusok fordultak elő, a harmadikban a házasság továbbra gyermektelen maradt. Ezen harmadik esetben a férj (a kitől az asszony luesét szerezte) a házasság utáni 15. évben szerzett luest és valami tüdőbajban meghalt. Az asszony a lues szerzése után még három évig élt férjével. Ezen betegünk másodszor is férjhez ment; a második férje állítólag egészséges, de ez a házasság is eddig (3 év) steril. Az abortusokat és sterilitást mindenesetre a lues idézte elő.

Ugyanilyen esetünk a férfiaknál is van. Ebben a férj házassága 4. évében szerzett luest. A lues előtti időből két gyermeke született, a lues után felesége, kinek luseről ugyan adatunk nincsen, kétszer abortált.

A két utolsó tábla összehasonlításakor azon eredményre jutunk, hogy a sterilitás a női tabeses betegeken gyakoribb, mint a férfiakon.

A 434 férfi és 155 nő házasságából 140 sterilen maradt, ez 31·18%; a fennmaradó 449 esetben

abortus	298
koraszülés	42
halvaszülés	102
összesen	442-szer

fordult elő; orvos által megállapított lueses kiütéssel 26 gyermek született, kik rövid idő alatt meg is haltak; 518 gyermek élve született ugyan, de részben a velük született gyengeség folytán, nagyobb részben azonban más betegségekben, egy pár naptól kezdve legfeljebb két évig terjedő időszakban meghaltak; 1067 gyermek van életben, a legtöbb egészséges, de igen számosan gyengék, betegesek és két gyermek infantilis hemiplegia és hemiatetosisban szenved, egy pedig vak.

A vizsgált 589 esetből 140 házasság steril.

449 esetben 2053 terhesség fordult elő, ezek közül:

abortus, kora- és halvaszülés	21·53%-ban
kis korban a gyermekek mind meghaltak	25·23%-ban
a gyermekek életben maradtak	51·97%-ban

A tabesesek házasságában előforduló terhességeknek tehát csaknem felében ha születtek is élve gyermekek, meghaltak.

II. A tabes tüneteiről.

Vizsgálataimban azt is kerestem, hogy melyik tünettel kezdődik leggyakrabban a tabes; erre vonatkozólag 329 férfi és 56 nő, összesen 385 tabesbetegünk esetében van adat feljegyezve, ezek a következők:

Első tünet	Eset szám	%
Lancináló fájdalmak	263	68·31
Szemizombénulások	40	10·38
Pupilladifferentia	10	2·59
Látás gyengülése	18	4·91
Vizelési zavarok	14	3·63
Gyomorkrisis	12	3·11
Ataxia	7	1·81
Paraesthesiák	8	2·07
Impotentia, libido gyengülése	5	1·30
Izgatottság és levertség (dementia)	4	1·03
Szédülés	1	1·03
A hallás romlott	1	1·03
Hangszalagbénulás	1	1·03
Facialis-paresis (dementia)	1	1·03

tehát a mi eseteinkben is a betegek legtöbbször legelőször fájdalmakról panaszkodtak, s ezután leggyakrabban, mint első tünete a tabesnek, valamely szemizombénulás támadt.

Hogy a tabes első tünetei milyen sorban jelentkeznek, arra nézve a mi eseteink is csak a közismert dolgot erősítenék meg, hogy leggyakrabban a 30 éven felüli korban kezdődik, s ezért ezen adatok számszerű felsorolását mellőzöm.

III. A tabes lefolyása.

Arra vonatkozólag, hogy a tabes mennyi ideig tart, eseteink adataiból táblát állítottam össze.

Ezen számításunkra 308 férfi és 74 nő, összesen 382 beteg adata volt felhasználható.

Mióta tabeses	Férfi	Nő
5—10 éve	134	40
10—15 „	105	17
15—20 „	44	12
20—25 „	20	3
25—28 „	4	1
35 éve	—	1
36 „	1	—

A fenti tábla a bizonysága, mily hosszú ideig élnek a betegek tabesükkel, hogy a tabes többnyire nem rövidíti meg lényegesen az életet.

Marie Pierre és *P. Moquot*[12] összeállításában is ugyanezt látjuk; e szerzők 66 tabesben meghalt beteg boncolási eredményéről számolnak be; ezen betegeik meglehetős magas kort értek el és pedig eseteiknek 51·5%-a 60 évesnél idősebb volt, de 50 évet 83·3%-a a betegeknek haladott túl. A többi tabeses betegeik más betegség közbejöttével fiatalabb korban haltak meg. Táblázatot adok továbbá arról, hogy tabeses betegeink ma, a mikor ez adatokat lezártam, hány évesek. Ez adatok meg fogják erősíteni a fent idézettek állítását, mert eseteink között is igen sokan vannak, a kik az 50 évet — betegségben elég nagy kort — meghaladták.

Hány éves most?	Férfi	Nő
20 éves	—	1
21—25 évig	2	3
26—30 „	25	7
31—35 „	79	10
36—40 „	143	37
41—45 „	132	30
46—50 „	102	38
51—55 „	57	28
56—60 „	28	9
61—65 „	9	4
66—70 „	3	6
70 éven túl	1	—

Az életkorra vonatkozó ezen adatokból látjuk, hogy 581 férfi és 173 nő tabes esetünkből 25 évesnél fiatalabb 2 férfi és 4 nő van. Ezzel szemben 60 éven felül 12 férfi, 10 nő tabeses betegünk van és egy férfi 73 éves. Ha tekintetbe veszszük a többi chronikusan lefolyó betegségeket, úgy ezekkel szemben a mondottakból a tabesnek gyakran kedvező kórjóslata látható.

Az idegklinikán észlelésünk alatt állott tabeses betegeink közül 14-nek haláláról vannak feljegyezhető adataink és pedig 7 férfi és 7 nő esetéről. Ezen esetek közül 3 férfi és 2 nő nem a klinikán halt meg, ezen esetekben tehát a halál okát közelebbről nem tudjuk. A többi esetünkből dementia paralyticában 1 férfi és 1 nő, meg nem szüntethető crisis gastrica következtében 1 férfi és 1 nő, a tabes következtében teljesen kimerülve 2 férfi és 3 nő halt meg. Ezen utóbbi 3 nő közül egy nyelési pneumoniát, 1 másik pedig rossz fogából kiindulólag állkapocsnekrosist, majd sepsist kapott.

Ezen 14 beteg halálára vonatkozólag feljegyezhetjük, hogy:

Év	Férfi	Nő	A halál oka	Mióta tabeses?
35 éves	—	1	sepsis	3 éve
39 éves	2	1	2 crisis gastrica, 1 ismeretlen	1 férfi 1 éve, 1 férfi 2 éve, 1 nő 2 éve
40 éves	1	—	ismeretlen	10 éve
42 éves	1	—	tabes	7 éve
43 éves	—	1	nyelési pneumonia	13 éve
48 éves	—	2	1 dementia paralyt., 1 ismeretlen	6 éve, 6 éve
50 éves	1	—	tabes	14 éve
51 éves	—	1	tabes	20 éve
54 éves	—	1	ismeretlen	12 éve
55 éves	1	—	dementia paralyt.	7 éve

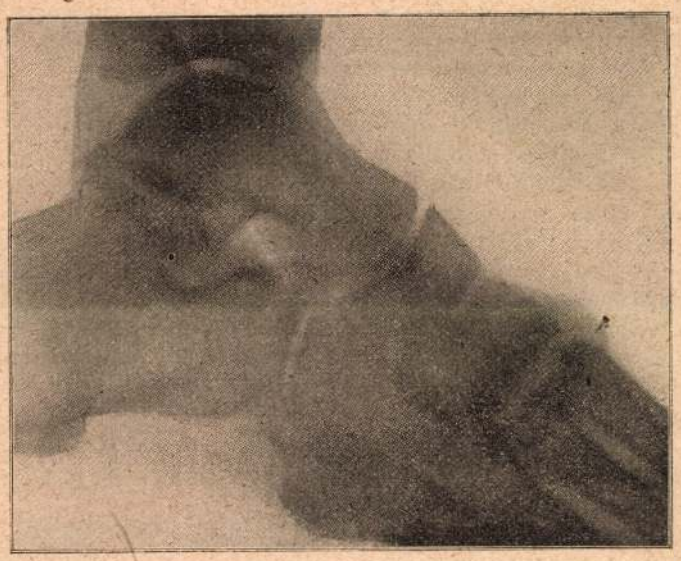
Irodalom. 1. *Erb.* Syphilis und Tabes. Berl. klin. Wochenschr. 1904. 1—4. szám. — 2. *Erb.* Syphilis und Tabes. Jahrb. f. Psychatr. u. Neurol. 1902. 22. köt., 1. o. — 3. *Kende.* Zeitschr. f. klin. Med. 1899. 3. k. — 4. *Motczutkovszky* könyve. 1901. — 5. *Adamkievitz.* Berl. klin. Wochenschr., 1899. 22—24. szám. — 6. *Kurt Mendel.* Zur Paralyse-Tabes-Syphilisfrage. Neurol. Centralblatt, 1905. 1. szám. — 7. *Williamson.* Hereditary syphilitic tabes. Rewiew of neurol. and psychiatry. 1904. junius. — *Pitres.* Tabes et marriage. Journal de Médecine de Bordeaux, 1903. 28. szám. — 9. *Róna.* A buja vagy nemi betegségek. — 10. *Nonne.* Syphilis und Nervensystem, 1902. — 11. *Schittenhelm.* Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1903. 24. köt. — 12. *Marie Pierre* és *P. Moquot.* Ref. Neurol. Centralblatt, 1906. 7. szám.

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi tanár.)

Csontos összeköttetés a sarok- és köbcsont közt (concrescentia calcaneocuboidea).

Irta: *Bakay Lajos* dr. műtőorvos.

Ritka kivételképen fordul elő, hogy a kéztő vagy lábtőcsontok egyike a másikával csontosan összeforradjon. Ez a csontos összeköttetés lehet kóros csontelváltozások eredménye, vagy pedig embryós fejlődési viszonyokból magyarázható. A lábtőcsontok közül az ugró és sarokcsont, ugró- és sajkacsont, sarok- és köbcsont, II. és III. ékcsont, az ékcsontok és a megfelelő lábközépcsontok



közti csontos összefüggés, concrescentia (*Pfitzner*) ismeretes. Az említettek közül leggyakrabban fordul elő a sarok-sajkacsonti (concresc. calcaneonavicularis) és a III. éklábközépcsonti (conresc. cuneometatarsea III.) összeköttetés, az elsőből 53 van az irodalomban ismertetve, a másodikból 18. A sarokköbcsonti összeforradásról egyedül *Humphry*[1] tesz hozzávetőleg említést, de nem a saját adatai nyomán: „a few instances are recorded where the bones were found congenitally united — the calcaneum and cuboid, the calcaneum and scaphoid!“ Egy Röntgen-kép vizsgálása közben ilyen részleges concrescentia calcaneocuboidea-ra akadtam, melynek érdekességét fokozza az, hogy helyzeténél fogva az összeköttetés eredetére vonatkozólag is magyarázattal szolgál. A Röntgen-felvétel az I. ékcsont ficzamodása miatt történt. Az oldalsó felvételen láthatjuk, a mint az ábra mutatja, hogy a sarokcsont elülső felszínének (fac. artic. cuboid.) oldalsó talpi csúcsából egy erős csontnyúlvány indul ki, a mely a köbcsont megfelelő oldalsó talpi részletéhez forrad. A csonthíd a sarokcsonttal határ nélkül függ össze, a sarokcsont csontlemezei folytatódnak belé; a köbcsonttal forradási vonal kapcsolja össze. Ha ezt a két állandó (canonicus) csontot összekötő csonthidat önállónak tekintjük, akkor az elhelyezésénél fogva megfelel a szárkapcsi járulékos csontnak: os sesamum peroneum. Jelentős ebben az esetben, hogy ennek a csontnak két szomszédosba való (melyeket összekapcsol) beolvadása nem teljes. A kéz- és lábtőcsontok közt előforduló összenövést ugyanis, a kóros folyamatoktól eltekintve, sokféleképen magyarázták; némelyek szerint veleszületett fejlődési rendellenesség, s oka a két elemet elválasztó szövetre is kiterjedő „chondrogen metamorphosis“ (*Solger*), mások szerint a separatiohoz szükséges primaer kötőszövet hiánya (*Zuckerkandl*) Pfitzner[1] a részleges összenövéseknél a járulékos csontoknak tulajdonít szerepet. Sok száz lábtő vizsgálása közben észrevette, hogy pl. a saroksajkacsonti összeköttetéskor az összeforradás csaknem mindig ugyanazon a helyen történik. Ez a hely pedig megfelel a „calcaneus secundarius“ járulékos elem szokott helyének. Az ugró-sarokcsonti összeköttetésnél pedig azon a helyen található az összeforradás, a hol az „os sustentaculi proprium“ szokott előfordulni. A köbsajkacsonti összeköttetés a „cuboides secundarium“ helyén van. *Pfitzner* tehát azt mondja: „Typische partielle Coalescenzen an konstanten Skeletstücken, d. h. Coalescenzen, die immer an einer und derselben Stelle eines solchen auftreten, weisen darauf hin, dass die betreffende Partie des Skeletstücks besonders anschlussbedürftig ist, also wahrscheinlich ein assimilirtes inkonstantes Skeletstück darstellt“. E szerint két lábtőcsont részleges összenövésekor mindig gondolnunk kell az ott helyet foglalható, assimilálódó járulékos csontra, a mely az összenövést közvetíti. A mi esetünkben annál könnyebb az os sesamum peroneum jelenlétét bizonyítani, mert a beolvadás e járulékos elemnek csak két végére szorítkozik.

Függetlenül Pfitznertől, a kéztőcsontok fejlődésének vizsgálása közben[2] rájöttem a járulékos elemek ezen összeforrasztó tulajdonságára. Embryókban, tehát még porczogós állapotban, demonstrálni tudtam, hogy a styloid nevű járulékos porczogó distális felével a III. kézközépporczogóhoz, proximális felével pedig a fejes porczogóhoz (capitatum) olvadt, s így két állandó elemet kapcsolt egymással össze. Végső következtetésképen állítottam, hogy „ha a járulékos elem, mint fejletlen előporczogó közvetíti az összenövést, akkor jelenléte nem mutatható ki, de szerepét nem lehet kétségbe vonni, ha az összeforradás azon területre szorítkozik, a hol önállóan is elő szokott fordulni“. Ez a fejlődéstani következtetés teljesen megegyezik *Pfitzner* fenn idézett szavaival. Ebből egyszersmind az is következik, hogy az ilyen részleges összenövés congenitális eredetű s még az illető alkotórészek porczogós állapotában megtörtént; csakis így érthető t. i., hogy egynemű synostotikus összeköttetés jöjjön létre. S épen e miatt nem gondolhatunk a törésre sem; törés után ugyanis a kéz- és lábtőben leggyakrabban szabad csontocska, fragmentum keletkezik, mely a táplálkozási viszonyoknál fogva nem igen forrad a szomszédaihoz; ha pedig mégis létrejön a callus, akkor annak jellegző képét adja a Röntgen-felvétel.

Érdekes, hogy esetünkben a concrescentia calcaneocuboidea által a Chopart-féle kiizesítésnek akadálya keletkezett. Ilyen akadályul szolgálhat ugyanitt a concresc. talonavicularis és calcaneonavicularis; a c. cuneo-metatarsea III. pedig a Lisfranc-izületi vonal folytonosságát szakítja meg. Vagy pedig az ugrócsont kiirtásakor a kiizelés akadálya lehet úgy a sajkacsonttal, mint a sarokcsonttal való esetleges csontos összeköttetése. Ezért mondja *Pfitzner*, hogy szeretné minden vizsgáztatónak a lelkére kötni, hogy hullaműtéteknél a rossz osztályzat megadása előtt győződjék meg róla, hogy a jelölt e a hibás, vagy a hullában van a hiba. Mert minden izületi változat, összenövés vagy járulékos csont, mely a lábtőben előfordul, egy typusos műtét szabályszerű kivitelét lehetetlenné teheti.

[1] A treatise on the human skeleton. Cambridge, 1858.

[1] *Pfitzner:* Beiträge zur Kenntniss des menschlichen Extremitätenskelets. Morph. Arb. 1896.

[2] *Bakay:* Vizsgálatok az emberi s néhány emlős embryo kéztövén. Magy. Orv. Arch. 1904.

TÁRCZA.

A körülmetélésről.

VIII.

A körülmetélésnek határozottan megvan a maga *hygienikus s prophylaktikus fontossága.* A *Tyson*-mirigyek által secernált smegma kellő módon nem takaríttatván el, a makk és praeputium közt felhalmozódik, s ott rekedvén, egyrészt izgatja a környezetet

s balanoposthitisekre vezethet, másrészt az ily módon előkészített nyálkahártya és bőr különböző kórnemzők letelepedésére kitünő talaj lesz. Ha pedig már a gyermekeket fitymájuk kellő tisztántartására figyelmeztetjük, e manipulatio könnyen viszi a gyermekeket onaniára. A praeputiumától megfosztott glans ellentállóképessége nagyobb s így egyes megbetegedéseknek, mint például a herpesnek, ritkábban van kitéve. A régi szerzők egy a keleten észlelt, gangraenára vezető, néha halálos kimenetelü balanoposthitisről emlékeznek meg, melynek prophylaxisában a circumcisio nagy szerepet játszik *(Herodotus* s *Josephus* „Contra *Apionem*“).

Érdekesek *Breitenstein H.* adatai (Dermat. Centralblatt 1903 2. sz.): A hollandiai indus hadsereg benszülött — tehát körülmetélt — katonáinak 0·8% a szenved syphilisben, 16% a egyéb venereás megbetegedésben; az európaiakra vonatkozólag 4·1 és 41 a százalék. A londoni „Metropolitan hospital“-ban 1 körülmetéltre 3 nem körülmetélt jut, a luetikus körülmetéltek száma a nem körülmetéltekéhez 1 : 15, a kankóra vonatkozólag az arányszám 1 : 2 *Hutchinson* (Influence de la circoncision sur la prophylaxie de la syphilis. Bullet de Thérap. 1856. LI. p. 326.) a circumcisio nagy prophylaktikus értékét hangsúlyozza a lues acquirálása szempontjából. Nagy anyag átvizsgálása s pontos statistika vezetése dönthetne e kérdésben, mindenesetre szem előtt tartandók az említettem tények.

Felemlítésre érdemesnek tartom, hogy a kötelező körülmetélés behozatalát *Caparède* (La circoncision, son importance dans la famille et dans l'état. Paris, 1861) a franczia, *Rosenzweig* („Zur Beschneidung“ 1869, Berlin) a német hadsereg részére terjesztették a vezető közegek elé.

IX.

Rövid áttekintését adom most azon *bántalmaknak, melyek gyógyítás szempontjából indikálják a circumcisiót.* Néha a *fitymának nincs nyilása* vagy a nyilás igen apró s összetapadt, ilyenkor a vizelet a praeputium s glans közt halmozódik fel s életveszélyes szövődmények létrehozója lehet. A *phimosis* javarészt veleszületett, *Reclus* s *Bernheim* nézete szerint az újszülöttek javarésze, *Maury* s *Jansen* szerint a 12 éves fiuk 6—12%-a szenved ez elváltozásban, mely a későbbi korban rendesen visszafejlődik. A phimosis balano-posthitis gonococcica, ulcus durum vagy molle, diabetes, smegmafelhalmozódás stb. stb. következménye. Az *adhaesio cellularis praeputii ad glandem* rendesen oly kisfokú, hogy az ember szondával megszüntetheti, néha azonban a fitymát fel kell áldozni. A „British med. journ.“ 1904. évfolyamának III. 12. számában *Robert M. Simon* 3 esetet közöl, melyek reprodukálásra érdemesek. 1. Három éves gyermek hastáji fájdalmakról panaszkodik, nagyon nyugtalan. A vizsgálat adhaesiót s csekély phimosist derit fel. Circumcisio után a tünetek visszafejlődnek. 2. 14 éves fiú nagyon erős kólikákban szenved. Fitymája hosszú s a glanshoz tapadt. Mütét után gyógyult. 3. 18 hónapos fiúnál coxalgia. Hosszú, adhaerens fityma. Mütét után a fájdalmak szüntek. (?)

A *balanitis* s *balanoposthitis* smegmabomlás, diabetikus vizelet, lágy vagy kemény sanker, kankó által van feltételezve. Gyógyítására, különösen ha ulcus feltárásáról van szó, circumcisio szükséges.

A fitymazsákban pangó vizelet kivételesen *kőképződésre* vezet. A párisi orvosi akademiában 1905. január 10.-én *Kermergan* egy ily kö által feltételezett teljes vizeletretentiót ismertetett, mely a kőnek körülmetélés útján történt eltávolítása után gyógyult.

A phimosis reflex úton *incontinetia urinae diurna et nocturna*-t hozhat létre. *Mayersohn, Reclus, Formé, Trousseau* circumcisio után e kóros állapot szüntét tapasztalták.

Phimosis gyakran önkéntelenül *onaniára* vezet. Körülmetélés e rossz szokás megszünését eredményezheti.

Impotentia generandi phimosis által lehet feltételezve, ha az orificium extr. urethrae és a fityma nyilása nem correspondeálnak; ilyenkor a vagina helyett a praeputiális zsákba ejaculál az illető.

A *paraphimosis* a phimosis következménye. Ha a reductio kisérletei meddők, súlyos szövődmények kikerülésére circumcisio végzendő.

A XVII. franczia sebészeti congressus kiadványaiban (Paris, 1904. 669. o.) találjuk *Pereire* összeállitását, mely szerint a 0—5 éves *sérves* gyermekek 10 50%-a phimosisban szenved, melynek szüntével a sérvek is, melyek a vizeléssel járó erőlködésnek következményei, visszafejlődnek. *Osborne, Joby* és *Kempe* s mások hasonló észleletekről számolnak be.

A *praeputium* megbetegedései, mint carcinoma vagy elephantiasis, a belső felületén fejlödő condylomák, tophikus lerakódások s diabetikus soor körülmetélteknél természetszerüen nem támadhatnak.

X.

A körülmetélés ellenjavalatai. Első helyen említendő a *haemophilia. Arnhold* nevü orvosnak, ki feleségével együtt nagymértékben volt vérzésekre hajlamos, egyik fia elvérzett circumcisio folytán, a másik nagy nehezen volt megmenthető. *Goldmann* közöl egy esetet, mely szintén csak nagy nehezen menekült meg az elvérzés veszélye elől. Érdekes, hogy ez esetben lófaeces felrakásával akarták a vérzést csillapítani. Ugyane szerző egy családot ismertet, melynek 3 tagja vérzett el körülmetélés után, a negyedik csak nagy nehezen kerülte ki a halált. *Karewski* egy haemophil család három tagját látta e mütét után elvérezni. *Grandidier* (*Holscher's* Hannover'sche Annalen IV. k., 1 f.) két, *Maas* egy, *Bergson* 3 ily esetről számol be. *Arnhold* a családjában előfordult gyászos esetek után behatóan foglalkozott e tárgygyal s 15 súlyos utóvérzésről szerzett tudomást. A „Berliner Vossische Zeitung“ 1874. III. 4. számában egy circumcisio után bekövetkezett halálos vérzés van ismertetve. „*Graefe* und *Walther's* Journal“-ban (4. k., 292 o.) *Spiritus* ir le hasonló esetet. Ismeretes azon tény, hogy a vérzékenység öröklékeny, javarészt leányok útján, kik azonban rendesen mentek maradnak e bántalomtól. Érdekes, hogy 220 észlelt haemophil család 77%-a angol, 25% amerikai s német, 10% lengyel s orosz volt. A circumcisio keresztülvitele előtt ez irányban érdeklődni a „mohel“ kötelessége.

Melaena, epistaxis, haemorrhagia umbilici, purpura, haematemesis eseteiben a műtéttől elállunk.

Ugyane megitélés alá esnek a *luetikus*, nagy mértékben *vérszegény, koraszülött, debilis*, az *emésztőrendszer* megbetegedéseiben szenvedő (hányás, hasmenés, sárgaság, soor), *bőrbeteg* (erythema, ecthymata, erysipelas), *idegbeteg* (hydrocephalus, tetanus, meningitis, görcsök), a *köldöknek* vagy ereinek betegségeiben szenvedő, a *légutak* bántalmaiba esett (rhinitis, bronchitis, pneumonia stb. stb.) kisdedek.

Diabetesnél végzett circumcisio gangraenára vezethet. *Ulcusnál* legyünk ügyelettel az elhelyezésére. (Traité de méd. opérat. du prépuce et de la syphilis. *Quisac.*)

A talmud is megadja az ellenjavalatokat. Következők érdemesek a megjegyzésre: Beteg gyermeket csupán felgyógyulása után metéljünk körül; könnyü betegség esetén rögtön, súlyosabb bántalomnál egy héttel a gyógyulás után. Ha egy gyermek testvére circumcisio folytán pusztul el, e mütét alól fel van mentve. Rabbi *Náthán* említi, hogy Cesareában egy gyermeknél a körülmetélést eltiltotta, mivel megelőző három testvére e mütevés folytán pusztult el.

Ha az egy hetes kisded vörös vagy sárga (kiütés vagy icterus, más felfogás szerint heveny fertőző megbetegedés vagy valamely dyskrasia), várjunk a körülmetéléssel, nemkülönben ha lázas.

Maimonides a praeputium duplicitásánál, az epi- és s hypospadiasisnál követendő eljárást fejtegeti. *Ádám, Áron, Dávid, Eliás, Jeremiás, Jákab, József, Job* és *Sem* „noled mohel“-ek voltak, ezen congenitális fitymahiányban szenvedőknél, a talmud előirása szerint, egy kis karczolást kell végezni. *Deutsch Ernő* dr.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Leathes: Problems in animal metabolism. London, Murray, 1906. 205. oldal.

A szerző nyolcz fejezetben tárgyalja a szénhydratok, zsírok, fehérjék és cyklikus (benzol féle) vegyületek anyagforgalmát, egy-egy fejezetet szentelve ezen vegyületek felépítése és lebontása

chemiájának. Egész könyvében a chemiai szempont uralkodik: a mennyire mai tudásunk megengedi, fokról fokra követi azon chemiai átalakulásokat, a melyeken az egyes anyagok az állati szervezetben keresztül mennek, minden alkalommal különösen hangsúlyozva, hol vannak még megoldatlan problemák. A munka mindazoknak nagyon ajánlható, a kik ezen kérdések felől rövid és világos tájékozást akarnak szerezni. *Körösy* dr.

Reisz Mór: Az 1876. évi XIV. törvényczikk a közegészségügy rendezéséről és a reávonatkozó törvények, ministeri, birósági és egyéb hatósági rendeletek, határozatok, itéletek és döntvények rendszeres gyüjteménye. Második, tetemesen bővített kiadás. A szerző tulajdona (Divény, Nógrádmegye). Ára: 5 k. 40 f.

A törvénynek és rendeleteknek intézkedéseit helyesen alkalmazni talán sehol sem olyan fontos, mint a közegészségügyi kérdésekben. Minthogy azonban az egészségügyi intézkedéseknek a legtöbb esetben sürgősen kell megtörténniök, nagy szükség van olyan munkára, a melyben könnyen megtalálhatók az intézkedések alapjául veendő rendeletek, határozatok stb. Ilyen munkánk nem volt a mult év őszéig, a mikor az előttünk fekvő könyvnek I. kiadása jelent meg, a melynek egybeállításakor a szerző azt a módszert követte, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. egyes szakaszait közölve, minden egyes szakasz után felsorolta az illető szakaszba vágó törvényeket, rendeleteket, határozatokat, átiratokat, döntvényeket, hivatkozva egyúttal a forrásra, a hol egész terjedelmükben megtalálhatók; a függelék a betegsegélyző pénztárakról, a munkás- és cselédsegélypénztárakról, a gyermekmenhelyekről, a közsegélyre szoruló 7 éven felüli gyermekek gondozásáról és a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvényeket és fontosabb rendeleteket tartalmazta. A munkának hiánytpótló voltát az bizonyította, hogy első kiadása alig fél év alatt elfogyott. A nemrégiben megjelent második kiadásban a követett rendszer a régi maradt; az időközben szükségessé vált pótlásoktól és elhagyásoktól, nemkülönben javításoktól eltekintve, a főkülönbséget az első kiadással szemben az teszi, hogy a rendeletek, határozatok stb. nemcsak czímük szerint vannak közölve, hanem rövid kivonatban is, úgy hogy felkeresésük a forrásművekben a legtöbb esetben feleslegessé válik. Ez a körülmény okozta, hogy ez az új kiadás terjedelme tekintetében mintegy kétszerese az előbbinek. A határozottan közhasznú és közérdekű, nagyon ügyesen összeállított munkára, a melyet a belügyminister is 115,912. sz. átiratával az illetékes hatóságok figyelmébe ajánl, a magunk részéről szintén felhivjuk olvasóink figyelmét.

Új könyvek: *C. L. Schleich:* Schmerzlose Operationen. 5. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, J. Springer. 7.20 m. — *Ebstein* und *Schwalbe:* Chirurgie des praktischen Arztes. 1. Hälfte. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *Hamel:* Deutsche Heilstätten für Lungenkranke. Berlin, J. Springer. 18 m. — *Berger* und *Loewy:* Über Augenerkrankungen sexuellen Ursprunges bei Frauen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *O. Körner:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde und ihrer Grenzgebiete. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Müller de la Fuente:* Die Vorgeschichte der Menscheit im Lichte unserer entwiklungsgeschichtlichen Kenntnisse. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2.60 m. — *E. Lexer:* Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. Zweite, umgearbeitete Auflage. Stuttgart, F. Enke. 22.60 m. — *L. Heim:* Lehrbuch der Bakteriologie. Dritte Auflage. Stuttgart, F. Enke. 14.60 m. — *K. Opitz:* Die Medizin im Koran. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — *K. Chodounsky:* Erkältung und Erkältungskrankheiten. Wien, J. Šafář. 5.40 k. — *F. Calot:* Die Behandlung der angeborenen Hüftgelenkverrenkung. Stuttgart, F. Enke. 10 m. — *A. Hoffa* und *L. Rauenbusch:* Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern. Stuttgart, F. Enke. 42 m. — *W. Sternberg:* Krankenernährung und Krankenküche. Stuttgart, F. Enke. 3·60 m. — *A. Fraenkel:* Einige Betrachtungen über den ärztlichen Beruf. Wien, W. Braumüller. 1 k. — *W. Fürnrohr:* Die Röntgenstrahlen im Dienste der Neurologie. Berlin, S. Karger. 10 m. — *S. Rabow:* Therapeutische Neuheiten des letzten Vierteljahrhunderts. Strassburg, L. Beust. 3.60 m. — Beiträge zur wissenschaftlichen und praktischen Medizin. Sonderausgabe des II. Teils der Festschrift für J. Rosenthal. Leipzig, G. Thieme. 13.50 m. — *Herdis Krarup:* Physisch-ophthalmologische Grenzprobleme. Leipzig, G. Thieme. 3 m. — *F. König:* Die Tuberkulose der menschlichen Gelenke, sowie der Brustwand und des Schädels. Berlin, A. Hirschwald. 5 m. — *H. Hartmann:* Chirurgie de l'intestin. Paris, Steinheil. 16 fr. — *A. Ménier:* Traité des maladies du nez. Paris, A. Maloine. 12 fr. — *Bériel:* Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte. Paris, G. Steinheil. 4 fr — *P. Lockhart Mummery:* The sigmoidoscop. A clinical handbook on the examination of the rectum and pelvic colon. London, Baillière, Tindall and Cox. 3 s. 6 d. — *Hugh Walsham* and *G. Harrison Orton:* The Röntgen-rays in the diagnosis of diseases of the chest. London, H. K. Lewis. 6 s. — *A. G. Gould:* Operations on the stomach. London, W. B. Saunder. 21 s. — *C. F. Marschall:* Syphilology and venereal disease. London, Baillière, Tindall and Cox. 10 s. 6 d. — *L. Williams:* Minor maladies and their treatment. London, Baillière, Tindall and Cox. 5 s. — *A. E. Wright:* Principles of microscopy. London, Constable and Co. 21 s. — *Wm. Murray:* Rough notes on remedies. London, H. K. Lewis. 4 s.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az úgynevezett fixatiós tályogokat *Fochier* használta először. Abból a tapasztalatból kiindulva, hogy helyi góczok támadásakor a fertőzésnek általános tünetei javulni szoktak, gyermekágyi fertőzés esetében 1—2 cm^3 terpentinszeszt fecskendezett a bőr alá. Az eljárást azután más fertőzésekben (pneumonia, typhus, meningitis cerebrospinalis stb.) is megkisérelték, néha jó eredménynyel. Újabban *Lemoine* ismerteti az eredményeket, a melyeket a párisi katonakórházban a fixatiós tályogokkal tettek egy súlyos influenzajárvány alkalmával, a melyben gyakori volt a megfuladással végződő nagyfokú bronchitis. 1 cm^3 terpentinszeszt fecskendeztek be a czomb külső felületén vagy a mellkas oldalán a bőr alá és a befecskendezést esetleg másnap megismételték; volt olyan esetük is, a melyben 12 órás időközben 3 befecskendezést végeztek. A befecskendezés rendkivül fájdalmas. Utána először körülirt phlegmone támad, majd genyedés. A 8. napon aseptikusan megnyitható a tályog. A hegesedés nagyon lassan szokott bekövetkezni. A befecskendezést követő fájdalmasság tetemesen mérsékelhető nedves meleg borogatásokkal. A mi az eredményt illeti: azon esetekben, a melyekben elég jókor vették igénybe az eljárást, sikerült a betegeket megmenteni. A fixatiós tályogok hatásmódját illetőleg még eltérök a nézetek: némelyek a leukocyták mobilizálását, megszaporodását veszik fel, míg mások a bakteriummérgek fixálását a tályog genyében tételezik fel. Az bizonyos, hogy a fehérvérsejtek, többnyire az egymagvúak, megszaporodnak. Egy esetben kifejezett eosinophilia volt kimutatható. (Journal des praticiens, 1906. 29. sz.)

Az ember fehérjeszükségletének feltünő nagy voltát már többféleképen magyarázták. *Abderhalden* a következőkben igyekszik megadni az okát: A táplálék fehérjéje a bélben nagyobb részt felbomlik legalacsonyabb részeire (amidosavakra), ezek egy részéből épülnek fel a vérsavó fehérjéi. Az utóbbiak, a mikor a sejt elhasznált fehérjéit pótolják, újra felbomlanak és a sejt specifikus fehérjéjét építik fel. Tehát két izben történik a felhasználható amidosavaknak kiválása egy nagyobb tömegből; az ilyenkor használatlanul maradt amidosavak elégnek. Ez magyarázza meg, hogy sokkal több fehérjére van szükség, mint a mennyi tulajdonképen a sejtfehérje pótlására kellene. (Centralbl. f. d. ges. Path. u. Physiol. d. Stoffw. I. 225, és Lehrb. d. phys. Chem. 680. lap.) *Körösy* dr.

Belorvostan.

Az ischias gyógyitása perineurális konyhasó-infiltratioval. Nemrégiben ismertettük volt *Umber* közlését, a melyben a perineurális infiltratioval ischias eseteiben elért kedvező eredményekről számolt be s a melyben kifejtette, hogy jó eredmény elérésére nincs is szükség a Schleich-oldatra, hanem az egyszerű physiologiai konyhasóoldat is teljesen megfelel a czélnak. Ugyanezt tapasztalták a wiedeni közkórház I. orvosi osztályán is, a hol *Grossmann* foglalkozott ezen eljárással ischias 15 esetében. Következő módon járt el: 1—2 nappal a befecskendezés előtt valami hashajtóval alaposan kitakarította a belet. A befecskendezéskor a beteg a hasán feküdt s a beszúrás tájékát alaposan fertőztelenítették. A beszúrás a tuber ossis ischii-t és a tronchanter majort összekötő egyenes középpontján történt 8 cm. hosszú tűvel merőlegesen. Mihelyest az ideghez ért a tű, a betegek erős fájdalmat jeleztek és paraesthesiát az alsó végtagban. Az egyszerre befecskendezett physiologiai konyhasóoldat mennyisége 50 és 100 cm^3 között változott. Néhány esetben a befecskendezést megismételték. A mi az eredményeket illeti, legfeltünőbb volt a közvetlenül beállott fájdalomcsökkentő hatás. Az esetek többségében később ismét jelentkezett kisebb mérvü fájdalmasság, a mely

ellen forrólégfürdőt, forró begöngyölést, egy esetben pióczázást is használtak. Ezen kombinált eljárásra 11 beteg meggyógyult, 3 lényegesen javult és csak 1 maradt változatlan állapotban. A betegek további sorsát illetőleg 5 esetben sikerült adatokat nyerni; közülük 3 gyógyult maradt, 1-ben rossz idő beállásakor még jelentkeznek fájások, 1-ben pedig utólagos fango kúrára állott be a teljes gyógyulás. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 42. szám.)

Légzőszervi bajok forrólégkezelése. Azon kisérletek alkalmával, a melyeket Leo tanár poliklinikáján a tüdőgümőkórnak hyperaemiás kezelése tekintetében végeztek, *E. Cohn*-nak, a poliklinika segédjének feltünt, hogy a mellkas felső részeire alkalmazott forró levegő használata után a köhögés, a köpés és a légzés néha feltünően javult, még pedig oly gyorsan, hogy nem volt kapcsolatba hozható a tüdőbeli gümőkóros folyamatnak befolyásolásával. Ezen eseteknek további beható tanulmányozásakor kitünt, hogy épen azon jelenségek mutatnak a forrólégkezelés után legfeltünőbb javulást, a melyek a tüdő vérbősége által feltételezettek. Állatokon végzett kisérletek azután csakugyan kimutatták, hogy a forrólégkezeléssel a tüdőben nem lehet hyperaemiát létesíteni, sőt ellenkezőleg a mellkas falzatának bővérüvé tevése útján ilyenkor vért vonunk el a tüdőtől, s alkalmasint ez a vérelvonás az, a mely az említett jelenségek javulásában szerepet játszik. Ennek alapján az egész mellkast magába foglaló forrólégszekrényt készittetett és emphysema, idült bronchitis, valamint asthma bronchiale több esetében kisérletet tett vele, feltünő jó eredménynyel. Az egyes ülések egy óra hosszat tartottak, a levegő hőfoka átlag 80° C volt (némely beteg ennél magasabb hőfokot is elbirt, mások ellenben 65°-nál magasabb hőt nem türtek). Különösen feltünő volt a nehézlégzés gyors javulása, sokszor már az első ülésben; az utóhatás több órán át tartott, sőt később állandóvá vált a légzés megkönnyebbülése; ezenkivül a köhögés és a köpés is csökkent. Objective a vitalcapacitás fokozódása volt észlelhető; egy emphysemás betegnél 40 ülés után 1038-ról 2076-ra emelkedett a vitalcapacitás. Az eljárást még gyenge egyének és gyermekek is jól türték, kellemetlen mellékhatások nem mutatkoztak. Az eljárás mindenesetre megérdemli, hogy további kisérletek tárgya legyen. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 41. szám.)

A pentosuriáról irt két saját esetének rövid ismertetésével kapcsolatosan rövid czikket *Rosenfeld* a „Medizinische Klinik“ ez évi 40. számában. A pentosuria első esetét Salkowski és Jastrowitz irta le 1892-ben: egy morphinistának a vizeletében positiv volt a Trommer-próba, az erjesztés és a polarisatio ellenben nagativ eredményt adott; behatóbb vizsgálatok kimutatták azután, hogy ez a vizelet pentosét, vagyis 5 C-atomú czukrot tartalmaz. Az irodalomban eddig mintegy 30 pentosuria-eset van ismertetve, az egész kérdés azonban még korántsincs tisztázva. Igy például úgylátszik nem mondható szabálynak, hogy a pentosét tartalmazó vizelet optice inactiv, mert észleltek már 1—2 esetet, a melyekben az ilyen vizelet a polarizált fény síkját jobbra térítette. Azután a pentosuriának a diabetes mellitus-szal összefüggése sincs még teljesen tisztázva. Azt sem tudjuk még egészen biztosan, hogy honnan ered a pentose. Az orvosi gyakorlatra nézve annyiban van jelentősége a pentosuriának, hogy könnyen összetéveszthető a diabetes-szel. Csak nemrégiben ismertetett Rosenberg a berlini orvosegyesületben egy esetet, a mely az ilyen összetévesztésnek esetleg végzetessé váló hatását bizonyítja: egy pentosuriás egyén öngyilkosságot követett el, mert egy vegyész a vizeletében czukrot mutatott ki, pedig nem czukrot, hanem aránylag ártalmatlan pentosét tartalmazott a vizelet. Az ilyen diagnostikai tévedésektől egészen biztosan megóvja az orvost a kellő kautelákkal végzett erjesztési próba.

Idegkórtan.

Az agyvelő öregkori elváltozása referatum tárgya volt a lillei franczia elme- és idegorvosok congressusán. *Léri* erről a kérdésről a következőket mondja. Az öreg ember agyveleje kicsiny és sorvadt. Ez a sorvadás nem egyenletes, hanem inkább a homloki lebenyekre, a corpus callosumra és a középponti szürke magvakra terjed, az agygyomrocsok pedig tágultak. A fehér állomány egészben sorvadtabb, mint a szürke. Találhatók ezenkivül érkörüli tágulások, a melyek az agyszövet összehúzódásának következményei. A szövettani vizsgálatkor kiderül, hogy a sejtek elváltozásai nem mindig arányosak a korral, igen öreg egyéneken teljesen ép sejteket találni. A sejt elváltozása egyszerű sorvadás, a Nissl-szemcsék kevesbednek és festék rakodik le. Ezek az elváltozások minőségileg nem különböznek az öreg koron kivül észlelt hasonlóktól. Az idegrostok száma csökkent. Ez is olyan elváltozás, mely más körülmények között is előfordul, pl. a dementia paralyticában, de öregeken még akkor is észlelhető, a mikor dementia nincs. A myelinhüvelyes rostok sorvadása szintén egyszerű sorvadás. Ez néha a festődést is megváltoztatja, néha granulált és amyloid testek támadnak. A myelinhüvely tönkremenése megmagyarázza azt, hogy miért pusztul inkább a fehér állomány. Ez által a fehér állomány peripheriás része szürkül és azt a benyomást kapjuk, mintha a szürke állomány vastagodott volna. Úgy látszik, mintha a látótérben a gliasejtek szaporodtak volna, de ezt a látszatot az idegelemek sorvadása okozza. A neuroglia szövete túlteng és sclerosisra vezet. Ez diffus ugyan, de leginkább a pia mater alatt és az erek körül honol. Néha miliaris sclerosis-góczok létesülnek a kéregben, talán ezek okozzák az öregkori dementiát vagy epilepsiát.

Az erekben gyakori az arteritis.

A leirt diffus elváltozásokon kivül gócztünetek is létesülhetnek. Ilyenek a rosszul táplált területeken a sclerosisok, a lacunás desintegratio néven Marietól leirt jelenségek és az érmegbetegedésekből folyó vérzéses és lágyulásos góczok.

A diffus elváltozások Léri szerint nem az érmegbetegedés következményei, azokat ugyanazok a méregbehatások idézik elő, a melyek magát az érmegbetegedést hozzák létre. A senilis elváltozások, a rostok és sejtek sorvadása nem öregkori visszafejlődés következése, hanem az élet alatt elszenvedett káros behatások összességéből származik.

Az öregkori idegrendszermegbetegedés klinikai tüneteinek jórésze az *agyvelő ereinek elmeszesedéséből* származik; ezek szédülésben, fejfájásban, fülzúgásban, álmosságban, fáradtságban, amnesiában, beszédzavarban, hemiparesisokban állanak és sokszor eleinte neurastheniás zavaroknak látszanak. A góczmegbetegedés tünetei lassabban állanak elő, mint a fiatal korban. A lágyulásból vagy vérzésből származó hemiplegiák ritkák, többnyire halálosak. Sokkal gyakoribb a *hemiplegia* kifejlődése lacunás desintegratio következtében, ezek rövid ideig tartó rohamok után létesülnek és mulékonyak, és sajátságos módon inkább az alsó végtagra szorítkoznak. Sokszor nem marad más baj, mint ügyetlenség a beteg tagon, de nem egyszer sírással, nevetéssel és psychés zavarokkal járnak. Az a baj, hogy sokszor egymást érik ezek a kis hemiplegiák és pseudobulbáris bénulás jön létre. A *paraplegiák* részban kombinált sclerosisok, részben lacunák alapján fejlődnek, ilyenkor támad az a kislépésü lassú járás, mely az öregek sajátja. A *senilis epilepsia* tünetei ugyanazok, mint a fiatal korban. Az *aggkori dementia* első jele az emlékezőtehetség romlása. Ez főleg az utóbb történt dolgokra vonatkozik. Ehhez társul az alkotóképesség gyengülése, a jellem megváltozása, fösvénység, önzés, érzékenység stb. Hibás cselekedetek, exhibitionismus, szemérem elleni vétség stb. sokszor öntudatlanul mennek végbe. Néha deliriumok, melancholia is előfordulnak. Az aggkori tünetek nem egyszer igen korán állanak elő.

Az előadáshoz fűződött vitában *Anglade* kifogásolta, hogy az öregkori reszketés és az ilyenkor támadó érzészavarok tárgyalva nem voltak és annak a nézetnek ad kifejezést, hogy az öregkori agy-góczbajokban interstitiális lobfolyamatok szerepelnek. Szerinte a lacunák mozgás-, érzés és reflexzavarokat okoznak, míg a diffus sclerosisok dementiás, melancholiás és egyéb psychikai tüneteket. Anglade a neuroglia-szaporodást valami activ dolognak tartja és azt hiszi, hogy ez résztvesz az idegelemek megölésében.

Raymond felszólalásában az öregkori polyfasciculáris sclerosisokat idézi emlékezetbe, melyeket intézetében Lejonne és Lhermitte irt le.

Grasset úgy találta, hogy a kis léptü öreg embernek az

izomereje jó és ezt a járászavart nem gyengeségnek, hanem coordinatiozavarnak tulajdonitja.

Meige ez utóbbi véleményre való tekintettel gyakorlatokat ajánl, melyekkel a járászavar javitható lesz.

Husnot vizsgálataiban azt találta, hogy a mellékvesemirigyek az öregkorban megnőnek, a mi a régibb nézetekkel ellenkezik, és kérdi, hogy ezen szervek túltermelése nem járul-e hozzá az öregkori tünetek kifejlődéséhez. (Semaine médicale, 1905. augusztus 8.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A gégerák gyökeres műtétéről laryngofissio útján érdekes tanulmányt közöl *v. Bruns*, tübingeni tanár. Gégerák miatt az első radikális mütétet *Buck* végezte 1851-ben oly módon, hogy az egész larynxot s a felső légcsőporczokat megnyitotta s ezen úton távolította el a rákot. *Billroth* 1873-ban volt az első, a ki carcinoma miatt teljes gégekiirtást végzett, de a mütét távolabbi eredménye kedvezőtlen volt. *Sendziak* szerint 188 *totális* gégekiirtás 44% halálozással, 32% recidivával s 12% egy évig tartó gyógyulással járt, mig a *partiális* gégekiirtások összegyüjtött 110 esete csak 26% halálozással, 30% recidivával, 22% egy éves gyógyulással járt; ezen jobb eredmény okát abban leljük meg, hogy ezen esetek a rák korai szakában kerültek mütétre. A 90-es évek elején a radikális irányzat conservativebb mütéti elvnek ad tért, *Butlin* és *Semon* alkalmas esetekben thyreotomiával távolitják el a rákot s kedvező eredményről számolnak be. *Bruns* is 10 esetben végezte ezen mütétet és 7 esetben 2—15 évig terjedő recidivamentességet ért el; halálozása nem volt. A thyreotomia a belső gégeráknak csak kezdeti szakában végezhető, ha csak a hangszalagokra szorítkozott s nem terjedt messze lapjában; ilyenkor a relativ kicsiny beavatkozás számba jön, a functionális eredmény is kielégitő, a hang igen gyakran megtartott. A statistikai adatok egybevetésével az utolsó 10—15 évben 114 esetben végzett thyreotomia 9% halálozással, 22% recidivával s 48% egy évet meghaladó recidivamentességgel járt. A mütétet scopolamin-morphin injectio vezeti be; a lágyrészekbe novocain oldatot fecskend, a megnyitás után a gége nyálkahártyáját novocain-adrenalin-oldattal ecseteli; a beteget fej felé lejtő helyzetben lógó fejjel helyezi el; a daganat eltávolítása után a perichondriumot néhány varrattal egyesiti. A gyógyulás rendesen 10—14 napig tart.

Bruns az endolaryngeális rákmütétet elégtelennek tartja, sőt méltán nevezi károsnak s csatlakozik *Kocher*-hez, a ki az ilyen mütéti módszert rák esetében mühibának nyilvánitja, mert ellenkezik a rák mütevési módszerek kiindulási elvével, mely szerint nemcsak a kóros daganat, hanem a környező ép szövet bizonyos részlete a daganat alapjával együtt mindig eltávolitandó. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 38. sz.) *Steiner Pál* dr.

A szájgaratűrrák statistikájához és műtétéhez szolgáltat újabb adatokat *Meller* a bécsi II. sebészeti klinikáról. 1894—1904. években észlelt 207 ilyen carcinoma-eset alapján, melyek közül 137 eset került mütétre (nyelv 49, pofa 53, kemény szájpad 7, lágy szájpad 3, alsó állcsont 8, mandola 13, garat 4), a következő tapasztalatokra jutottak: 1. férfiak 15-ször gyakrabban betegszenek meg mint nők; 2. a rák ezen localisatioját leggyakrabban az 50—60 év között találjuk; 3. különösen disponál a vendéglőbe való járás a rák kifejlődésére; lues és pipázás nem fokozza a dispositiót; 4. a rák rendesen 2 éven belül halálhoz vezet; 5. csak kivételesen nincsenek a tájéki mirigyek beszürődve; leggyakrabban a submaxilláris mirigyek rákosak; az elülső szájfenék, a nyelv hegyének, a nyelvhát elülső részének és az alsó ajak középső részletének rákos megbetegedésénél kivételesen a submentális mirigyek is rákosak; a mandola s a garat rákjánál a mély cervicális mirigyek is rendesen beszürődöttek; a mirigyek rendesen a megbetegedés kezdetén már rákosak, de a positiv histologiai lelet a prognosis tekintetében nem absolute kedvezőtlen; 6. a mütét sikere első sorban a daganat nagyságától függ; 7. *recidiva*, az operált esetekből levonva az operativ halálozást, az *esetek 79%-ában áll be*; a második mütét (recidivamütét) is vezethet végleges gyógyulásra, de legalább is meghosszabbitja az életet az esetek 57%-ában; átlag 13·4 hóval hosszabbitja meg az életet; 8. az állkapocs alatti nyálmirigygyel együtt végzett tájéki mirigykiirtás értéke felől nem lehet nyilatkozni; kizárólag a tapintható s kórosnak tartott mirigyek eltávolitása is radikális gyógyulásra vezethet; 9. a *mütéti átlagos halálozás 13%*; 10 *radikális gyógyulás az esetek 14·6%-ában állott be.* (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906. 84. köt., 1—3. f.) *Steiner Pál* dr.

A pyloruson és a legfelső jejunumon ülő lymphosarkomás daganatokat észlelt *Haberer* egy 35 éves nőbetegén, ki 1905 szeptemberben került gyomor- és bélszűkület diagnosisával mütétre. A laparotomiánál a pyloruson és a legfelső jejunumkacson ülő tumor tuberculotikusnak imponált; ezenfelül a mesenteriumban számos megnagyobbodott mirigy volt látható, melyekből egyet próbára kivettek, de ez nem adott a betegség természete felől felvilágositást. A betegnél Haberer gastroenterostomiát és a vékonybéltumor alatt entero-enteroanastomosist végzett, mire a beteg állapota egyidőre javult, az első hónapban 3 kilót hizott is, ekkor azonban újra hányni és fogyni kezdett. Mivel a hányás természete arra engedett következtetni, hogy a duodenum van valahogyan comprimálva, újabb laparotomia történt 7 hónappal az első után. Ekkor azt tapasztalták, hogy úgy a gyomron, mint a vékonybélen ülő daganat tetemesen megkisebbedett, épen úgy a mirigyek is kisebbek voltak. A jejunumon ülő daganatot kimetszették a jejunumnak a gastroenterostomia és entero-enteroanastomosis helye közt fekvő részével együtt. A hányás erre teljesen megszünt. A kivett vékonybéldaganat szövettani vizsgálata lymphosarkomát mutatott. (Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurgie, 16. köt., 3. füzet.) *Pólya.*

Celosoma kiviselt élő magzatban. *H. Wintsch* irja le, hogy egy 38 éves asszony 4. partusa alkalmával érett fimagzatot szült, a melynek szive, gyomra és lépe kivül feküdt a has- és mellüregen, csupán a pericardiumtól, illetőleg a peritoneumtól borítva. A gyermek szopott, székelt és vizelt; összesen 51 óra hosszat élt. A szerző szerint az irodalomban teljesen kiviselt, élő celosomáról nem történt ezideig említés. (Annals of surgery, 1906., 164. f.) *Pólya.*

Rágni való gummi volt a húgykő magva *Kenner* esetében. A beteg, egy 38 éves droguista, kellemetlen érzéseket tapasztalt urethrájában s ezt oly módon igyekezett szüntetni, hogy hosszú szalmaszálon egy ilyen gummidarabot tólt be a hátulsó húgycsövébe s annál fogva vissza is húzta egy idő mulva. Egy nap a gummi lecsavarodott a szalmaszálról. 60 nappal az esemény után epicystotomia útján a phosphatokkal incrustált gummidarabot eltávolitották. (Annals of surgery, 1906. 164. f.) *Pólya.*

Adat a térdkalács varratának technikájához. Ezen czim alatt ismerteti *A. Schäfer* (Bonn), Witzel tanár assistense azon módszert, mely szerint főnöke a patella töréseinél a törési darabokat egyesiti.

A mütéthez két középerős, ivalakban hajlitott trokárra és erős ezüstsodronyra van szükség. A mütéti terület aseptikus előkészitése után az egyik trokárt a patella felett, a quadriceps ínán át, szúrja keresztül, a másikat közvetlenül az alsó törési darab alatt, a lig. patellae propriumon át. Most eltávolitjuk a trokároknak tövisét és azután mindkét trokárnak hüvelyén át egy-egy erős ezüstsodronyt vezetünk. A sodrony végeit egy a patellára helyezett tampon felett keresztezzük és a két trokárhüvely erős közelitése mellett középen összecsomózzuk. A térd fölé aseptikus fedőkötés jön, melyet ragtapaszszal is megerősitünk; a térd nyugalmát gyps-sin biztositja. A második héten megkezdjük az izomzat masszálását, a harmadik héten óvatosan passiv, majd activ mozgásokat végzünk a térddel, a negyedik-ötödik hét folyamán pedig a sodronyokat a trokárhüvelylyel együtt eltávolitjuk.

Az utókezelés (massage, mozgás, gyakorlatok, fürdő) a hatodik hetedik hétig tart. Az elért kitünő eredmények Witzelt arra indították, hogy az olecranon töréseit is hasonlóképen kezelje. Eredményei itt is a legjobbak. (Münchener med. Wochenschrift, 1906. 8 sz.) *Gergő.*

A golyva Röntgen-kezelése klinikai és szövettani vizsgálatok alapján *C. Pfeiffer* (Tübingen) összesen 51 esetben kisérelte meg a golyvának Röntgen-therapiáját. Vizsgálatainak eredménye a következő:

1. Úgy rendes pajzsmirigyekben, valamint golyvákban, 30—185 percznyi besugárzások után szövettani elváltozások (állítólag) nem észlelhetők. A Röntgen-sugaraknak semmiféle specifikus befolyása sincsen a rendes, hyperplastikus, colloid vagy carcinomásan elfajult pajzsmirigyszövetre.

2. 51 esetében a struma gyógyulását (értvén alatta a struma visszafejlődését a pajzsmirigy rendes nagyságáig) a Röntgen-sugarak hatása alatt sohasem észlelte; tartós javulást sem látott; 25 betegénél mulékony, kisebb fokú javulás jelentkezett, míg 22 betegénél változás egyáltalában nem volt észlelhető.

3. A Röntgen-therapia alkalmazása mellett 26-szor jelentkezett dermatitis, gyenge hyperaemiától (16) kezdve egész 3-ad fokú Röntgen-égésekig (7-szer).

4. Az elvétve jelzett subjectiv javulást *Pfeiffer* főleg ezen új kezelési mód suggestiv hatásának tulajdonítja.

Végeredményben tehát a golyvának Röntgen-kezelése egy többnyire hatástalan kezelési módszer, melyet helyesebb, ha a régi kipróbált módszerekkel helyettesítünk. (Beiträge z. klinischen Chirurgie, 48. kötet, II. füzet, 1906.) *Gergő.*

Fülorvostan.

A Bier-féle pangásos vérbőség alkalmazásáról a fülorvostanban klinikai tapasztalatok alapján értekezik *Isemer* (Schwarze hallei klinikájáról). Középfülgyuladás 12 esetében alkalmazta a Bier-féle pangást, 11 heveny és egy idült folyamatnál. 9 esetben többé-kevésbé súlyos csecsnyújtványszövődmény volt jelen. A pangást a bonni klinikán szokásos módon eszközölte; ha a csecsnyújtvány felett tályog vagy a dobhártyán előmborodás volt észlelhető, bemetszéseket végzett. A pangást minden betege jól tűrte, a fájdalmak rövid időn belül alábbhagytak, kérdésesnek tartja azonban, vajjon azt csupán a pangásos vérbőségnek tudja-e be, avagy az esetek legtöbbjében egyidejüleg végzett incisióknak.

A 12 esetben, daczára a hosszas (2—3 hét) pangásos kezelésnek, négy operativ beavatkozásra volt szükség. A pangás csak látszólagos javulást hozott létre s hirtelen keletkeztek a súlyos tünetek. A műtétnél meggyőződést szerezhetett, mekkora roncsolások jöhettek létre minden előzetes reactio nélkül s csupán akkor léptek előtérbe a typikus tünetek, midőn a genyes folyamat már a sinusig vagy duráig hatolt. A pangás által a roncsolás csak leplezve volt, de gyógyulást nem eredményezett. Szomorú példa gyanánt említi Bier nek egy hasonló esetét, hol a pangásos vérbőséggel elért látszólagos javulás közepette hirtelen súlyos agyi tünetek jelentkeztek s a beteg a haladéktalanul végzett műtét ellenére másnap meghalt. Többi esete, melyek között 5 csontszövődmény volt, 2 kivételével gyógyult. Ezeknél a pangásos vérbőség alkalmazásának annyit tud be, hogy a gyógyulási időtartam valamivel rövidebb volt.

Az acut esetekben a pangásos kezelés mellett elért functionális jó végeredményeket, melyeket Bier az eljárásának tulajdonít, Isemer nem tartja az operativ beavatkozás által elért eredményeknél jobbaknak. Tapasztalataiból annyit konstatál, hogy a gyakorló orvosra veszedelmes ezen kezelési mód, mert könnyen elmulasztható a kellő időpont az operativ beavatkozásra.

Megfigyeléseinek végeredményeképen csatlakozik Schwartzenek a hallei orvosegyesületben tett megjegyzéseihez, a mennyiben azt mondja, hogy:

1. Az otitis media kezelése pangásos vérbőséggel nem minden veszély nélkül való, mert alkalmazása mellett könnyen elmulaszthatjuk a kellő időpontot a beavatkozásra, s a betegség kimenetele végzetes lehet.

2. További elbirálás alá veendő a klinikák részéről, hogy mely alakjánál a gyuladásoknak és azoknak mely stadiumában engedhető meg a Bier-féle kezelés, s meddig szabad azt folytatni, midőn már az operativ beavatkozás válik szükségessé.

3. Különösen veszedelmes protrahált diplococcus-otitiseknél.

4. Absolute elvetendő minden kisérletezés az otitisek intracraniális complicatioinál. (Archiv f. Ohrenheilkunde.)

Gyermekorvostan.

A gümős agyhártyalob gyógyíthatóságáról és gyógykezeléséről ir *Riebold.* Az utolsó évek irodalmában mindössze négy gyógyult gümős agyhártyalob esete volt közlés tárgya; ezekben a kórismét lumbalpunctio segélyével állították fel. Ezen esetek közül azonban csupán a *Quincke*-klinikáról *Gross* által közölt eset tekinthető minden kételyen felül állónak. A szerző a gümős agyhártyalob gyógyításánál a lumbalpunctiót vette igénybe, még pedig, mint a hogy *Lenhartz* a cerebrospinális meningitisnél ajánlotta, napnap után. Első betege, 7 éves fiú, kit 11 izben csapolt s kinél összesen 355 cm³ cerebrospinalfolyadékot bocsátott ki, meghalt; a lefolyás azonban kevésbé zajos s inkább elhúzódó volt. Második észlelete 16 éves leányra vonatkozik, kinél eljárása gyógyulásra vezetett. A beteget betegsége 8. napján, f. év január 10.-én szállították be a drezdai városi kórházba igen súlyos állapotban; mély sopor, beszédképtelenség, pupilladifferentia, jobboldali facialisparesis, baloldali ptosis. A szemfenék vizsgálata kissé elmosódott s előmborodó papillákat mutatott. Lumbalpunctionál igen fokozott (28 cm.) nyomás mellett 20 cm³ víztiszta folyadék ürült, melyben gümőbacillusok bőven találtattak; alakelemek közül majdnem kizárólag lymphocyták voltak benne. Positiv eredményü állatoltás. A szerző január 29.-éig naponta, e naptól kezdve február 12-éig másodnegyednaponként végzett lumbalpunctiót, összesen 24 izben; a kibocsátott folyadékmennyiség 574 cm³-t tett ki. A betegnél szembeötlőbb javulást a kezelés tizedik napján észlelt; a beteg élénkebbé vált, a hányás és fejfájás szünt, a tápfelvétel javult, a góczi tünetek azonban fennállottak. A 18. napon az eddig 38° körüli hőmérsék 37° alá sülyedt, a 27. napon pedig a góczi tünetek (hűdések) nem voltak már kimutathatók. 1½ hónapi betegség után a beteg felkel; mérsékelt szellemi visszamaradottságtól eltekintve teljesen ép s fél évi megfigyelés alatt visszaesést nem mutatott. Ezen szép és biztató eredmény alapján mindenesetre kell, hogy a szerző eljárását ezen oly szomorú bántalom kezelésében kövessük és megkisértsük. (Münch. med. Wochenschrift, 1906. 35. szám.) *Faludi Géza* dr.

Leukaemia lymphaticát utánzó syphilis congenita-esetet ir le *Stuhl C.* A luetikusan terhelt 12 napos fiúnál nagy lép és máj, halavány köztakaró és a vörösvérsejteknek a fehérekhez 1 : 72 aránya volt található. A bonczolás lues congenita typikus képét adta. (Deutsche med. Wochenschr., 1906. 16. sz.)

Deutsch Ernő dr.

Spirochaeta-lelet syphilis congenitában. *Schlimpert* Levaditi ezüstmethodusával dolgozva foetusok legkülönbözőbb szerveiben talált spirochaeta pallidát. Készítményeivel bizonyítja, hogy a spirochaeta intercellulaer a henger- és laphámba is beférkőzik, minek következtében a luetikus csecsemők váladékai fertőzőknek tekintendők. (Deutsche med. Wochenschr., 1906. 26. szám.)

Deutsch Ernő dr.

Bőrkórtan.

A Röntgen-sugarak ellen használt védőkeztyűkről ir *A. Wodarz* (Ratibor). Kétségtelen, hogy a Röntgen-sugarakkal állandóan foglalkozó egyének sok mindenféle ártalomnak vannak kitéve A szerző tapasztalata szerint a rendesen használt védőkeztyűk túlkevés védelmet nyujtanak s ezért azokat nem is ajánlja. Készítésük oly módon történik, hogy szövet- vagy bőranyaguk az ujjak és kéz feszítő oldalán ólomsókat vagy finom ólomlemezeket tartalmaz. A szerző a keztyük hiányos voltára sajátságos úton jött rá. Évek előtt ugyanis Röntgen-sugarakkal égést szenvedett az ujjain, a mi csak egy fél esztendő multán gyógyult meg. De daczára a gyógyulásnak még évek után is különös égetést, bizsergést érzett az ujjain, ha rájuk a nap erősebben tüzött; ugyanakkor apró hólyagocskák is támadtak. Mindez azonban hamar elmult A mikor azután később keztyük védelme alatt Röntgen sugarakkal újra foglalkozott, ujjain ugyanazon tünetek támadtak, mint a minők a nap hevétől keletkeztek s a melyek különben ugyanolyanok voltak, mint a régi égés kezdetén. A szerző szerint a már egyszer égést szenvedett bőr sokkal érzékenyebb minden fény, de különösen a Röntgen-sugarak iránt s így az ilyen bőr egyúttal jó vizsgálati eszköz arra nézve, hogy egyik-másik védelmi eszköz elég hatásos védelmet tud-e nyujtani, vagy sem. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1906. IX. k. 6. f.)

Guszman.

A szájüreg leukoplakiájáról tartott előadást *M. Joseph*, az ismert berlini dermatologus. A szerző a betegséget a nyelv- és pofanyálkahártya *primaer* kórfolyamatának tartja szemben a leukoplakiához némileg hasonló azon folyamatokkal, a melyek *secundaer* úton syphilises nyálkahártyalaesiók nyomán támadnak. A leukoplakia buccalis et linguae élesen határolt, kékesfehéres, kissé kiemelkedő foltokban s lemezkék alakjában veszi kezdetét, a melyek azután összefolynak, egyre vastagodnak s később — főleg a nyelven — berepedeznek. E fehéres felrakodások valóságos leukokeratosisra vezetnek. Az így pánczélszerüen bevont nyelv később secundaer carcinomák kifejlődésére adhat alkalmat. A rákba való átmenetel *Joseph* tapasztalata szerint elég gyakori s így a leukoplakiát mindig komolyan kell venni. Véleménye szerint hibás a leukoplakia okát előrement luesben keresni és a *Fournier*-féle parasyphilises felvétel légből kapott. Tapasztalata arra vezeti, hogy a leukoplakia főkiváltó okát az erős dohányzásban lássa. E véleményében odáig megy, hogy a leukoplakia egyes fokozatait a dohányzás mértékével hozza egyenes arányba. A dohányzáson kivül a lues helyett egy bizonyos dispositiót vesz fel, a mit azért kénytelen tenni, mert nagy ritkán nem dohányosokon, sőt nőkön is észlelhető a leukoplakia. A baj aetiologiájában a syphilisnek teljes mellőzése kissé feltünő, tekintve, hogy *Joseph*-nek 108 leukoplakia-esetében 35·2%-ban volt az előrement syphilis kimutatható. A bántalom kezelésében a legfontosabb a dohányzásnak teljes és feltétlen elhagyása. Ez úgyszólván az egyetlen és fő tennivaló A dohányzás elhagyásával együtt szájvizeket és fogport is kell ajánlanunk. Erősebb chemiai szerekkel való edzések és főleg Paquelin-nel való égetések szerinte teljesen mellőzendők, mert ily izgató eljárással úgyszólván mesterségesen kiváltjuk a rákos elfajulást. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 34. szám.)

Guszman.

Orthopaedia.

A scoliosis gyógykezeléséről activ áthajlításokkal horizontális helyzetben czímen írja le a Klapp-féle eljárás birálatát és saját eljárását *Schultess* (Zürich). Theoretikus szempontból megvizsgálandó, hogy a mászó eljárásnak, ellentállás alkalmazása nélkül, van-e épen olyan átalakító hatása a gerinczre, mint az álló helyzetben végzett hasonló redressáló gyakorlatoknak? Minthogy a gerinczre felülről ható nyomás horizontális helyzetben a testsúly s az izomzat feszülése hiányában elesik, így e hatalmas átalakító faktorra a kezelés e módjánál nem számíthatunk. A gerincz horizontális helyzeténél nagy előny, hogy a mozgások a gerincz többé-kevésbé horizontális helyzetéből indulnak ki; a másik előny az, hogy a gerincz oldalra hajlításakor ily helyzetben mindig az áthajló gerincz ívének a homorú oldalán levő izomzat müködik active, míg álló helyzetben az áthajlás passiv s főleg a görbület domború oldalán levő izomzat lassú elernyedésének s a testsúly húzásának a következménye. A fentebb felvetett kérdés eldöntése nagyon nehéz, de feltehető, hogy álló helyzetben a csontok egymásra gyakorolt nyomása nagyobb.

További hatásában a mászás a háti kyphosis s az ágyéki lordosis lelapulását idézi elő s rendkivül erősíti a vállizomzatot, de egyúttal a vállöv feltolódását okozza, a mi által a nyak megrövidül. Nagy hiánya a mászás által előidézett gerinczmozgásoknak, hogy a gerinczáthajlás helyének a meghatározása nem sikerül.

A kúszómozgások végzésére s a gerinczoszlop megkivánt áthajlása helyének a meghatározására Schulthess gépet szerkesztett, melyet „inclinatiós készülék"-nek nevez. A gép leirása az eredeti czikkben olvasandó el. Használatakor a beteg a gépben térdelve hasonfekszik, a medenczéje s a vállai rögzítve vannak, kezeire támaszkodik s feje a homlokon alá van támasztva. A gerinczmozgásokat 3, a gerinczre függélyesen álló tengely körül végzi: a medencze-, a törzs- s a vállöv tengelye körül, s a szerint, hogy a tengelyen mily távolságban állanak egymástól s melyiknek van szabad mozgás hagyva vagy melyik van teljesen bezárva s mennyire van mozgása korlátozva, határozható meg a gerincz oldalhajlásának a helye s foka. A készülék úgy van szerkesztve, hogy felakasztható súlyok segélyével a mozgás irányával szemben ellentállás fejthető ki.

Ma még a gép hatásáról, valamint az egész mászó eljárásról végleges véleményt Schulthess sem tud mondani, azonban eddigi kisérletei alapján azt tartja, hogy az inclinatiós készülék különösen lumbodorsális totális scoliosisok gyógyitására lesz alkalmas, melyeknél a készülékkel a gerinczet nemcsak oldalhajlása, hanem torsioja is erősen befolyásolható. (Verhandlungen der Deutschen Gesellsch. f. orth. Chir. 1906.) *Kopits Jenő* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Hideg tályogokat jó eredménynyel gyógyit *Balacescu* — a mint a bukaresti sebésztársaságnak egyik utóbbi ülésén előadta — naphtolum camphoratum befecskendezésével. Ezzel a módszerrel, a melyet *Calot* ajánlott volt először, nem csupán a csont- és izületcaries gyógyitható meg, hanem a mirigygümőkór is, minden műtét és torzító heg visszamaradása nélkül. (Ref. München. mediz. Wochenschrift, 1906. 39. szám.)

A ricinus-olaj bevevésének kellemesebbé tevésére a következő összetételt ajánlják: Rp. Ol. ricini 30·0; Ol. anisi stellati guttas XXX; Spir. e vino gallico 5·0; Saccharini 0·25. (Presse méd. 1906. augusztus 18.)

A strontium- és magnesiumlactat *J. B. Nias* szerint 1—2 grammos adagokban nagyon jól helyettesitheti a calciumsókat (például vérzéseknél a vér alvadásképességének fokozása czéljából) olyankor, ha a tápcsatorna útján nem szivódnak fel. (The lancet, 1906. augusztus 18.)

Vegyes hirek.

Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezits-utcza 15. sz. alatt van.

Az igazságügyi orvosi tanács elnökévé az igazságügyminister *Korányi Frigyes* dr. egyetemi tanárt és főrendiházi tagot nevezte ki újabb három esztendőre.

Kinevezés. Szegeden *Gyuricza Sándor* dr., *Andrássy Ferencz* dr. és *Machold Miksa* dr. kerületi orvosokat tiszteletbeli főorvosokká. *Bernát József* dr.-t pedig tiszteletbeli kerületi orvossá nevezték ki.

Választás. *Barabás Sándor* dr.-t Sepsiszentgyörgyön járásorvossá, *Izsák Lajos* dr.-t a háromszékmegyei sepsi körben körorvossá, *Rochel Aurél Béla* dr.-t pedig Sarkadon községi orvossá választották.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választattak meg. A szemklinikához: Hönig Adolf dr. díjas gyakornoknak. Az I. sz. nőklinikához: Horváth Mihály dr. díjas gyakornoknak. A II. sz. anatomiai intézethez: Csilléry András díjtalan gyakornoknak. Az ált. kórtani intézethez: Kévész Géza dr. díjtalan gyakornoknak; A bőr- és bujakórtani intézethez: Zoltán Elek dr. díjtalan gyakornoknak.

Megbizás. *Friedmann Sándor* dr.-t a belügyminister a nagyváradi állami gyermekmenhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg.

A Budapesten tartott törvényszéki orvosi vizsgálat alkalmával a következők kaptak törvényszéki orvosi képesitést: *Feldmann Ignácz* dr. egyetemi tanársegéd, *Prokesch Viktor* dr. szabadkai közkórházi alorvos, *Roxer János* dr. berzászkai kör- és bányaorvos és *Szász Béla* dr. budapesti közkórházi segédorvos.

Szenes Zsigmond dr.-t a pesti izraelita hitközség kórházának rendelő főorvosát, az „Archiv für Ohrenheilkunde" szerkesztőségi tagjai közé vették fel.

A Brassóban működő orvosok aláirásuk által *becsületszavukkal* kijelentik a következő *megegyezés* megtartását, mely 1906. április hó 28.-án egyhangúlag jött létre.

I. Brassó összes orvosai a helybeli kerületi betegsegélyző-pénztár orvosaival *solidarisaknak* érzik magukat és kijelentik, hogy ezeknek a kerületi betegsegélyző-pénztárral esetleg felmerülendő nézeteltéréseik alkalmával kartársaikat, kik a kerületi betegsegélyző-pénztár szolgálatában állanak, *semmiesetre sem* fogják kijátszani, sem az által, hogy orvosi állásokat a konfliktus ideje alatt a kerületi betegsegélyző-pénztárnál elfogadnak, sem egyéb hasonló természetű ténykedések által.

A solidaritásnak hasonló alapelve forog fenn Brassó összes orvosai között *azon* orvosokkal szemben is, kik a már Brassóban fennálló beteg-egyleteknél alkalmazva vannak és pedig a következőknél: 1. Első brassói betegsegélyző- és temetkezési egylet; 2. brassói csizmadiák beteg-egylete; 3. betűszedők egylete; 4. fiatal kereskedők haladó-egylete.

II. Egy orvosnak sem szabad a kerületi betegsegélyző-pénztárnál üresedésbe jött állásért *közvetlenül* a kerületi betegsegélyző-pénztárhoz fordulni. Ily esetekben következő az eljárás: ha a 11. kerületi orvosi állás valamelyike a kerületi betegsegélyző-pénztárnál megürül, Brassó összes orvosai egy e czélból összehivandó gyülésen felhivatnak ezen állásra pályázni és az ezen állás elnyerésére beérkezett kérvények a

kerületi betegsegélyző-pénztári orvosok egyesülete által adatnak át a helybeli kerületi betegsegélyző-pénztárnak.

A kerületi betegsegélyző-pénztár orvosainak is kötelességévé tétetik, kívánságaikkal, pl. fizetésjavitás stb. hasonlóképen eljárni, vagyis nem szabad nekik közvetlenül a kerületi betegsegélyző-pénztárral, hanem csakis az orvosegylet közvetitése útján érintkezni.

III. A helybeli polgári kórházban alkalmazott orvosok nem lehetnek egyidejűleg betegsegélyző pénztári orvosok, vagyis nem szabad a a 11 kerületi orvosi állás valamelyikét a betegsegélyző-pénztárnál elfogadniok.

IV. Brassó orvosai kijelentik, hogy a helybeli kerületi betegsegélyző-pénztár *mestereket* nem vehet fel, még azon esetben sem, ha azok megelőzőleg mint legények stb. tagjai voltak a kerületi betegsegélyző-pénztárnak.

V. Ha Brassóban új betegsegélyző-egyletek alakulnának önálló mesterekből (*mester-betegpénztárak*), kereskedőkből, tanitókból, hivatalnokokból stb., ezen esetben kijelentik Brassó orvosai, hogy közülök senkinek sem szabad meghatározott (fix) átalányért ezeknél egyleti orvosi állást elfogadni. Brassó összes orvosainak adassék meg a mód ily egyletek tagjait, az itt divó díjazások fejében, gyógykezelni. (*Szabad orvosválasztás elve.*)

VI. *Idegen* kartársak, kik a konfliktus ideje alatt a helybeli kerületi betegsegélyző-pénztárnál, vagy a fentnevezett 4 beteg-egyletnél szolgálatot végeznek, mint striketörők tekintetnek és a brassói orvosok ehhez képest fognak velük szemben eljárni.

VII. Minden orvos, ki jövőben Brassóban letelepedik, bejelentvén, hogy orvosi gyakorlatot kiván folytatni, felhivatik a két tiszti főorvos által, hogy magát az itt emlitett határozmányoknak alávesse és ezt becsületszavával, illetőleg aláirásával megerősitse; ellenkező esetben Brassó orvosai a priori minden érintkezést vele mellőzni fognak.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat ez évi illetményei gyanánt *Semmelweis* összegyüjtött munkáit és a *Purjesz*-emlékkönyvet a napokban küldi szét tagjainak. Ezen munkákon kivül azok, a kik az előző cyklusban nem voltak tagjai a Társulatnak, megkapják *Lejars* „Sürgős sebészeti műtétek“ czimű munkáját is. Azok részére, a kik a tagsági díjat még nem küldötték be, a fentjelzett munkákat utánvéttellel küldi meg a társulat. A folyó évvel megindult új cyklusba még be lehet lépni. Mindennemű felvilágositással szivesen szolgál a Társulat I. titkára, *Székely Ágoston* dr. (Budapest, IX., Knezits-utcza 15, I. em.)

Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtára szerkesztését *Pesti Alfréd*, az eddigi szerkesztő, más irányú nagy elfoglaltsága miatt átadta *Hajnik Emil* dr. orvosnak; az Évkönyv továbbra is a „Petőfi“ kiadóvállalat tulajdona marad.

Az „Orvosok és gyógyszerészek árvái otthonának“ alapitó és segitő tagjait az elnökség nagyon kéri, hogy az esedékes tagsági díjakat a „Belvárosi takarékpénztárnál“ (Budapest, IV., Kígyó-tér) mielőbb fizessék be.

A hazai kórházaknak 1905. évi alkoholfogyasztására vonatkozó statistikai adatok gyüjtése. A külföld azon kórházai és gyógyintézetei, melyek teljesen kiküszöbölték a szeszes italok használatát, ugyanolyan, sőt sok tekintetben kedvezőbb gyógyeredményeket érnek el, mint azok a kórházak és gyógyintézetek, melyek az alkoholtartalmú italokat rendszeresen alkalmazzák. Az abstinentia álláspontján álló kórházak e mellett teljesen kikerülik az alkoholélvezet okozta károkat. Tekintettel arra, hogy kórházainkban nemcsak gyógyszerként, orvosságul adják a szeszes italokat, hanem úgy a betegek, mint az orvosok és ápolók az étkezéshez is kapnak bort és sört, a belügyminister tájékozást óhajtván szerezni arról, hogy kórházainknak milyen nagy az évi alkoholfogyasztása, felhivta az összes kórházak és elmegyógyintézetek igazgatóit, hogy a vezetőségük alatt álló intézetek 1905. évi alkoholfogyasztására vonatkozó statistikai adatokat legkésőbb *folyó évi deczember hó 15.-éig* hozzá terjeszszék fel.

„Therapia“ cirkvenicai gyógyintézet kedvezménye tisztviselők részére. A cirkvenicai „Therapia“ főherczegi alapitványi gyógyintézet igazgatósága folyó évi november hó 1.-étől jövő évi február hó 28.-áig terjedő téli idény tartama alatt nagyobb számú lakószobát hajlandó a magyar állami, törvényhatósági és községi tisztviselők, valamint ezek családtagjai számára az emlitett gyógyintézetben díjtalanul átengedi. Minthogy ekként körülbelül 150 egyén számára engedélyeztetik ingyen lakás, a téli idény négy hónapja alatt 1—1 havi ott tartózkodási idő számitásbavétele mellett 600 egyén részesülhet ezen kedvezményben. A lakásnak díjtalan kiszolgáltatása mellett világitás, lifthasználat, kiszolgálás és ágyneműhasználás czimén összesen 20 korona fizetendő havonként és személyenként. Azok az állami, törvényhatósági és községi tisztviselők, kik ezt a kedvezményt igénybe venni óhajtják, levélbeli kérelmükkel közvetlenül a „Therapia“ igazgatóságához Cirkvenicába forduljanak. A kérelmek beérkezésük sorrendjében lesznek elintézve.

Meghalt. *P. Merklen* dr. Párisban, az Hôpital Laënnec orvosa, számos belorvostani dolgozat szerzője.

Kisebb hirek külföldről. *Sir Victor Horsley*, a világhirű sebész, a londoni University College-on elfoglalt tanári állásáról lemondott. — A göttengeni kórbonczolástani tanszékre *Kauffmann* tanárt (Basel) nevezték ki. — *Krehl* tanár Strassburgban elfogadta a heidelbergi belorvostani tanszékre való meghivást. — A *Nobel-díjat* ez évben hallomás szerint az idegrendszer szövettanának két nagynevű kutatója, *Golgi* és *Ramón y Cajal* közt fogják megosztani. — *S. Badzynski* dr.-t az orvosi chemia rendes, *P. Kucera* dr.-t pedig a közegészségtan rendkivüli tanárává nevezték ki a lembergi egyetemen. — *A. Bickel* dr.-t, a berlini egyetemi pathologiai intézet kisérletező biologiai osztályának vezetőjét rendkivüli tanárrá nevezték ki. — *P. Krause* dr.-t, a boroszlói belklinika főorvosát a tanári czimmel tüntették ki. — *Dieudonné* dr.-t, a müncheni egyetem tiszteletbeli tanárává nevezték ki.

B. Fraenkel jubileuma. B. Fraenkel, a berlini egyetem laryngologiai klinikájának vezetője e hó 17.-én éri meg 70. születésnapját. Az ezen alkalomból rendezendő ünnepség keretén belül tanitványai a „Kaiserin Friedrich-Haus“-ban a rhino-laryngologia történeti fejlődését feltüntető kiállitást rendeznek. A kiállitás, a melyen nemcsak tanitványai, hanem a szakma külföldi művelői közül is nagyon sokan résztvesznek eszközökkel, készitményekkel, a tanitás czéljait szolgáló modellekkel és táblákkal, e hó 17.-én nyitják meg és 30.-áig tartják nyitva.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján októberben a szülések száma 109 volt (először szülő 50, többször szülő 59). A született magzatok száma 109, még pedig élő 101, halott 5, macerált 3; érett 91, kora 14, éretlen 4; fiú 54, leány 55; törvényes 38, törvénytelen 71. Meghalt 1 gyermekágyas. Nőbeteget 96-ot ápoltak, kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 65 esetben vették igénybe; műtétet 40 esetben végeztek.

A csukamájolaj gyógyhatását erősen fokozni lehet phosphor hozzáadásával. Az e czélra ajánlott phosphoranyagok közül hatékonysága által válik ki a **Lecithin**, az Oleum jecoris aselli c. lecithino sec. Richter pedig kávéskanalankènt 0·05 centigramm lecithint tartalmaz és mindeddig kitünően bevált.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thigenol“ czimű prospektusa van csatolva.**

Mai számunkhoz a **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Pyramidon“ czimű prospectusa van mellékelve.**

Mai számunkhoz **Glück Rezső „Digestol“ czimű prospektusa van mellékelve.**

ABBAZIA **Dr. SZIGETI MÁRTON** — a légzőszerv k specialistája.

Marilla sanatoriumban a **napi pensio:** lakás, kiszolgálás, világitás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **— 12.50-16** koronába **kerül.** — **Az igazgatóság.**

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

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

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** dajkák, minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

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

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

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

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladékot (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karl.badi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis a fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon-szám 90—46.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 15. **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiak, sebészeti utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

Simonyi Béla dr. Modern **Röntgen**-laboratorium. Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek. Telefon 49—57. **Vibratiós massage.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1906. november 3.-án.) 1055. l. és (XXII. rendes tudományos ülés 1906. november 11.-én.) 1056. l. — Budapesti orvosi kör. (Havi ülés 1906. október 22.-én.) 1057. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1906. november 3.-án.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

(Vége.)

Stenosis isthmus aortae.

Kövesi Géza: Az élőben felismert aortaisthmus-szűkületek casuistikája eléggé gyér, s ezen oknál fogva bemutatom e beteget, kinél a jelenségek ezen elváltozás fennállása mellett szólanak.

A 21 éves férfi a miatt kereste fel október közepe táján az I. sz. belklinikát, mert mintegy másfél évvel ezelőtt szívdobogása mutatkozott, mely gyakorta ismétlődött és mert főként egy félév óta munka végzésekor és gyorsabb járáskor légzési nehézségei vannak. Már az első megtekintés alkalmával igen feltünő a szivtájnak jelentékeny fokú elődomborodása, továbbá a 6. bordaközben, az elülső hónaljvonalban látható és igen emelő szívcsúcslökés. A szivtompulat főként bal felé van megnagyobbodva, azonkivül a bal kulcsalatti táj belső harmadában egy tompult hangot adó kopogtatási terület található, mely a szegycsontra is ráterjed.

A szivcsúcs felett erős systolés zörej és diastolés hang hallható, míg a manubrium sterni alsó részén és az aorta felett erős systolés zörej és rövid diastolés hang, mely igen lágy, halk diastolés zörejbe folytatódik. A systolés zörej egyrészt jól vezetődik a nyaki erek felé, másrészt igen erősen hallható a bal tövisfeletti árokban és ugyanitt a gerinczoszlop mellett követhető az 5. bordáig.

Az érlökés magas hullámú, gyors, a vérnyomás magas, 170 mm. Gärtner-féle tonometerrel mérve. Ezen jelenségek mellett feltünő, hogy az alsó végtagokon semmiféle lüktetés nem érezhető, sem az art. femoralison, sem az art. tibialison, sem az art. dorsalis pedisen, sőt még az aorta abdominalis lüktetése sem tapintható. Már ezen körülmény is figyelmessé tett bennünket arra, hogy alkalmasint az aortának kell szűkültnek lenni a baloldali art. subclavia eredésén túl. Ezen felvételünk bizonyitására szolgálnak az ezen egyénnél észlelhető, rendellenesen megnagyobbodott és élénk lüktetésű verőerek egyrészt mindkét oldalon a hónaljban, másrészt pedig az epigastriális tájon, továbbá baloldalt a lapoczközti tájon, mely utóbbi helyen erősen kanyargó lefutásúak.

Kétségtelen, hogy ezen rendellenes lüktetésű verőerek collateráliś pályák, a melyek a szűkület alatti vérpályáknak kellő mennyiségű vérrel való ellátását czélozzák. Ezen collateráliś pályák keletkezésében elsőrendű szerepet játszik az art. mammaria interna, mely ebben az esetben az arteria epigastrica superior lüktetése alakjában nyilvánul és az epigastrica inferior közvetitésével az arteria iliaca externával anastomizál, sőt egyes esetekben a ligamentum falciformén át az art. hepaticával is; másrészt pedig mint ilyen szerepel esetünkben a hónaljban lefutó art. thoracica longa, a mely az intercostalisokkal jut összeköttetésbe, és végül az art. dorsalis scapulae baloldalt a ramus descendens segélyével az aorta thoracicából eredő bordaközti ágakkal közlekedik. Ezen jelenségek kétségtelenül igazolják az aorta thoracica lefutásában fennálló szűkület jelenlétét.

Ezen szűkületek az esetek túlnyomó részében veleszületettek, bár kétségtelen, hogy egyes esetekben idült zsugorodó pleuritisek, illetve mediastinitisek előidézhetik az aortának befűződését Ily folyamatokról betegünknél nem lehet szó. A veleszületett persistáló isthmusszűkületek pathogenesisére a ductus arteriosus Botalli viselkedésének van legnagyobb befolyása, a mely mellett szól már egyrészről ezen szűkületeknek elhelyeződése a ductus arteriosus beszájadzási helyén. A Botalli-vezeték sajátságos involutiós folyamata reáterjedhet az aorta falzatára is, másrészről pedig magába az aorta lumenébe beleterjedő és szöveti szerkezetében a verőérfalzathoz hasonló, vékony hártyaszerű válaszfal idézheti elő a szűkületet; legvalószinübbnek látszik azonban, hogy az isthmus táján lévő aorta-szűkületek a foetális állapot további fennállásának, tehát fejlődési gátlásnak az eredményei, a mely magyarázat mellett érvényesithető azon körülmény, hogy az újszülöttnél az aortának ezen részlete még nincsen teljes mértékben a vérkeringésbe beiktatva és kb. 80%-ban a 3. hónap végéig az aortának ezen részlete szűkebb, mint a tulajdonképeni aortaiv. Természetszerűleg a mechanikai befolyást sem hagyhatjuk teljesen figyelmen kivül, a melyet a zsugorodó ductus arteriosus az aortára kifejthet, ily módon abban szűkületet létesitve. A mi az ily isthmus-szűkületek további sorsát illeti, viszonylag a kedvező lefolyású congenitális szivbajok közé tartoznak. Tiedemann betege 69 éves korában halt el, és a mi esetünkben is a betegnek 20 éves koráig semmiféle nehézségeket nem okozott a baj. De több oly tapasztalat ismeretes, a melyben az aortának ruptura-ja állott be a szűkület felett, a mi épen nem meglepő, ha figyelembe veszszük azon jelentékeny fokú nyomásfokozódást, mely az ily esetekben az aortában létesül és a melynek némi bizonyitékait már ebben az esetben is megtaláljuk egyrészről a vérnyomás kimutatható fokozottabb voltában, másrészről pedig azon tünetekben, melyek kezdődő aortatágulatra utalnak, igy a tompulat a szegycsont markolata felett, a Röntgen-átvilágitás által is beigazolt aortatágulat, továbbá az aorta felett hallható diastolés gyenge zörej, a melyet hajlandó volnék az aortatágulat által feltételezett félholdképű billentyük relativ elégtelenségének betudni. Hogy az ily isthmus-stenosisok mily következményeket vonhatnak maguk után, annak igen érdekes példáját mutathatom be ezen kórboncztani készitményen.

Az egyént, kitől származik, hosszabb időn át ismételten megfigyeltük a klinikán; csak vázlatosan akarom kiemelni az észlelt legkimagaslóbb tüneteket.

17 éves nőbeteg, kinél minden tünet nagy terjedelmű aorta-aneurysmára és aorta-insufficientiára utalt. Semmiféle támpontot ezen aneurysma korai kifejlődésének okára vonatkozólag nem találtunk. E mellett egy tünetcsoport jelentkezett időnként, a melyet talán legjobban a paroxysmális tüdővizenyő nevével jellegezhetnénk. Ugyanis heves szivtáji és a bal vállba kisugárzó fájdalmak előzték meg a rohamot, mely után csakhamar nagyfokú dyspnoë támadt és ezzel kapcsolatosan tüdővizenyő, jellegző tüneteivel, nagymennyiségű nyálkás, rózsaszinű köpet ürítésével. E mellett az arcz halvány volt, hasonlóképen a végtagok is halványak és hűvösek voltak. A legfigyelemreméltóbb volt a vérnyomás viselkedése. Már előzőleg is szokatlanul magas értéket, 220—230 Hg. mm.-nek megfelelő vérnyomást kaptunk a Riva-Rocci-féle sphygmomanometerrel, a mely a roham tartama alatt 260—265-re emelkedett. Oly jelenség ez, a mely az asthma cardiale folyamán rendkivül szokatlan.

Méltatásába e helyütt most nem terhetek ki és csak vázlatosan szándékozom magyarázatát adni.

Az asthma cardiale-rohamok létrejötte, mint ismeretes, első sorban a bal szivgyomor hirtelen beálló gyengülésére vezethető vissza, a mely természetszerűleg a vérnyomás alászállásával jár együtt.

Ha Huchard és Basch közölnek is észleleteket, a melyekben az asthma cardiale-roham rendellenesen magas vérnyomás mellett állott be, ki kell emelnem, hogy ezen esetekben a vérnyomás a roham alatt csökkent, csakhogy nem érte el a normális értéket. Ezzel szemben esetünkben a vérnyomás további növekedése volt észlelhető, a melynek magyarázatát nézetem szerint akként adhatjuk meg, hogy — mint François Frank állatkisérleteiben — alkalmasint a rendkivül magas nyomás hatása alatt álló aortából oly ingerek indulhattak ki időnként, a melyek angiospasmust idéztek elő a peripherián, ezzel a vérnyomást jelentékeny mértékben emelve; az amúgy is magas vérnyomásnak ezen többlete a szivgyomor elé háruló akadályt annyira fokozta, hogy ezt már nem tudta legyőzni és ekként állott be a szivgyomor insufficientiája; a tüdővizenyő kifejlődését elősegitette még az a körülmény is, hogy a tüdők érrendszerében vasomotoros befolyások kevésbé érvényesülhetnek. Ilyképen megmagyarázható volna a paroxysmális tüdővizenyő kifejlődése fokozott vérnyomás mellett. És ezen egész tünetcsoport magyarázatát ezen esetben csak a bonczolás adta meg, tudniillik a betegnél isthmus-stenosis állott fenn a ligament. ductus art. Botalli helyén, oly annyira, hogy alig fogadta be egy tollszár csúcsát és ezen terület alatt is az aorta thoracica hypoplastikus volt. Mindezen most vázolt jelenségeknek bevezető stadiumát láthatjuk a most bemutatott betegen és igen valószinű, hogy ebben az esetben is, ha valamely úton általános angiospasmust tudnánk előidézni vagy pedig a vérnyomást fokozni, szintén kiválthatnánk a paroxysmális tüdővizenyő kórképét.

A mesterséges vérbőség (Bier-féle eljárás) alkalmazása egyes nemi bajok orvoslásában.

Feleki Hugó. Rég nem okozott valamely orvosi tudományos új eljárás vagy felfedezés oly általános feltünést és tartós hatást, mint Bier tana a hyperaemiának mesterséges fokozásáról a gyógyitás czéljából.

Bier tanának tudományos alapját a gyuladásra vonatkozó újabb nézeteink szolgáltatják, melyek tudvalevőleg, szemben a régi felfogással, oda concludálnak, hogy a gyuladás nem betegség, hanem a szervezet védekező és elhárító működésének nyilvánulása, melylyel ott találkozunk, a hol a szervezetet valamely betegséget előidéző ártalom érte. A gyuladás, illetőleg a vele járó hyperaemia termékei útján (leukocyták kivándorlása, savó átszűrődése, szöveti sejtek burjánzása) egyrészt a kóros tényezők kiküszöbölésére, másrészt a regeneráló folyamat létrejöttére szolgáltat módot.

A gyuladás tehát nem küzdendő le, az antiphlogosis csak kivételesen jogosult. A hyperaemiát a megbetegedett testrészben legtöbbször fokoznunk kell, hogy a szervezetet védekező munkájában és a regeneratio létrejöttében támogassuk.

Fertőzés okozta helyi bajokban leginkább a venosus (pangásos) vérbőség az, mely jó hatással alkalmazható úgy a fájdalmak csillapitására, mint az oldás és resorptio, illetőleg a gyógyulás elősegitésére, bár néha az activ, verőéres vérbőségnak fokozása (különösen borogatások, forró lég) útján is lényegesen támogathat a siker elérésében. A pangásos vérbőséget a beteg testrésznek pólyával való lefűzése útján

(a beteg résztől felfelé bizonyos távolságban alkalmazott lágy gummi alkalmazásával), részint száraz köpük (Bier-féle szívóharang) segítségével idézzük elő.

Nemi bajokban aránylag még nem sok szakférfiu alkalmazta a Bier-féle eljárást, illetőleg a pangásos vérbőséget.

A közölt kóresetek egy része a szerzők túlzott optimismusáról tesz bizonyságot. Különösen vonatkozik ez azokra a szerzőkre, a kik a Bier-féle pangásos vérbőséget heveny és idült kankónál, paraurethrális menetek gonorrhoeájánál, ulcus orificii-nél stb. alkalmazták.

Az előadó úgy magángyakorlatában, mint a poliklinikának vezetése alatt álló urologiai osztályán alkalmazta a pangásos hyperaemiát, még pedig a következő kóralakoknál: periurethritis chronica, cavernitis penis gonorrh. chron., epididymitis gonorrh. acuta, epididymitis gonorrh. chron., impotentia coëundi psychica.

A mellékherelobnál a beteg herének a funiculus táján való körülpólyázása útján idézte elő a pangásos vérbőséget, a többi kórfolyamatnál a szívóharang alkalmazásával.

A legszebb eredményeket a periurethritisnél, bubonál, különösen pedig a mellékherelobnál észlelte. Legmeglepőbb a fájdalom hirtelen csillapodása heveny epididymitisnél. De a gyorsan bekövetkező resorptio is, mely sokkal gyakrabban tökéletes, mint a régebbi eljárások használata mellett, nagyon hálás módszerré avatja a hyperaemia mesterséges előidézését a szóban levő bántalomban. Már-már abscedálni készülő periurethritis és inguinális bubo a szívóharangnak 6—10-szeri alkalmazására napjában 1—2-szer egy órán át néhány esetben teljesen visszafejlődött. A mellékheregyuladás eseteiben elért szép eredmények nagy jelentőségűek. Hiszen bilaterális epididymitis (néha egyoldali is, ha a második oldalon funiculitis vagy a duct. ejaculatorius megbetegedése áll fenn) legtöbbször termékenyítési képtelenségre, sterilitásra vezet. Csak azok az esetek kedvezők a prognosis szempontjából, hol a resorptio tökéletesen bekövetkezett, s igy a ductus deferensben obliteratio vagy a mellékhere cauda-jában induratio nem fejlődött ki.

Ha azt a kérdést vetjük fel, elérhetünk-e más módszerekkel is ily kedvező eredményeket, azt válaszolhatjuk, hogy ez a legtöbbször nem sikerül ily mértékben. Bátran mondhatjuk, hogy a Bier-féle eljárás új ösvényt nyitott a therapia terén elérhető sikerek részére. De sem várakozásunkban, sem az eredmények megbirálásában nem szabad túlzásba esnünk. A javalatok és ellenjavalatok csak akkor lesznek minden irányban szabatosan megállapithatók, ha erre a tapasztalatok és bőségesebb irodalmi adatok módot fognak szolgáltatni.

(XXII. rendes tudományos ülés 1906. november 11.-én.)

Elnök: **Korányi Sándor.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Az elnök az ülést megnyitja. Felhivja az egyesület figyelmét a november 15—17.-én tartandó rákbizottsági ülésekre. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Hültl Hümér, Schiller Károly és Ráskai Dezső tagokat.

Egyoldali chyluria esete.

Ráskai Dezső: A beteg 1905. november havában jelentkezett a budapesti ker. betegsegélyző pénztárnak vezetésem alatt álló urologiai osztályán azon panaszszal, hogy vizelete zavaros. Az előttünk üritett vizelet sűrű, tejszerű, teljesen átlátszatlan, zavaros volt. A mostanihoz hasonló vizelet 1905. márczius havában mutatkozott először reggel, felkelés után, az előző nap végzett igen megerőltő munkát (zsákemelés) követőleg, mely munkában jobb ágyéktája megfájdult. Ez az állapota 1905. május 1.-éig tartott, a midőn gonorrhoeát és ezt követőleg jobboldali mellékherelobot kapott, a mely miatt 3 hétig a szent Rókus-kórházban feküdt. Augusztus 20. án, ismét nehezebb teher emelését követőleg, vizelete zavaros lett és azóta minden reggel, néha egész délelőtt ilyen, mig délután és este mindig tiszta. A jobb alsó végtag, legkifejezettebben a boka körül, folytatólagosan a lábszáron, a térd felett, a czomb középső harmadának közepéig vizenyősen duzzadt, tömött, az ujjbenyomatot alig tartja meg, a bőr redőkbe nem vonható. A duzzanat eredete 10 éves korára vezethető vissza, a mikor fejfájás, rázóhideg és forróság kiséretében jobb lábszára és térdizülete megdagadt, fájdalmassá vált, úgy hogy mintegy 3 hétig alig mozgathatta. A tünetek akkor visszafejlődtek, de még nehányszor ugyanezen tünetek ismétlődtek. A duzzanat lassanként állandósult, eleinte csak nappal, munkaközben fejlődött, az éjjeli nyugalom folytán pedig lelohadt, később azonban már nem mutatott ilyen változást. Ha bőrét véletlenül megsértette, ha lábát a czipő feltörte, fehér, hig tejszerű folyadék ürült, néha hosszabb ideig és ez csak erős bepólyázásra szünt meg.

A vizelet zavarodottsága nem állandó, napközben, járáskor, rendesen végzett munka mellett tisztának látszik, csak a reggeli vagy hosszabb fekvés után üritett vizelet fehéres-szürke, néha teljesen tejfehér, átlátszatlan, az edény falán zsirosnak látszó. Fajsúlya 1022, vegyhatása savi, vízzel higitva kifejezett fehérjereactiót ad. Czukrot nem tartalmaz. Aetherrel felrázva, kivált kálilúg előzetes hozzáadása után majdnem teljesen feltisztul, aetherrel elpárologtatva zsiros tömeg marad vissza, mely osmiumsavra intensiv fekete szinű lesz. Mikroskop alatt sok zsirszemcse, nyiroksejt, kevés fehér- és vörösvérsejt. Zaitschek Arthur kir. vegyész analysise szerint 100 cm³ vizeletben:

összes szilárd maradék	4·68 gm.
ásványi anyag	1·75 „
nitrogen	0·91 „
fehérje	0·51 „
zsir és zsirsavak	0·11 „

A cystoskopi vizsgálat kissé belövelt, erezettebb, különben pedig rendes nyálkahártyájú hólyagot mutatott. Az ureterkatheterismus mindkét veséből normális vizeletet adott. A beteg kérelmemre az I. belklinikára vétetett fel 1906. január 5.-én, a hol márczius 27.-éig maradt. Itt beigazolást nyert első sorban az a körülmény, hogy a chylosus vizelet csak hosszabb vagy rövidebb ideig tartó fekvés után mutatkozik. A napközben üritett vizelet mindenkor tiszta, zsirt egyáltalán nem, vagy csak nyomokban tartalmazott. A vizelet ismételt vizsgálata, valamint a január 29.-én éjjel vett vér vizsgálata filariára utaló nyomokra nem vezetett. A bővebb zsirtáplálásra a vizelet zsirtartalma is növekedett. A vizelet február 6.-án reggel meglepetésszerűen tiszta volt és azontúl a beteg távozásáig tiszta is maradt. A klinikáról való távozása után a beteget többször láttam és vizsgáltam, vizelete mindenkor teljesen tiszta volt. A beteg nehéz szolgálata mellett is jól érzi magát, csak néha érez jobb ágyéktájában fájdalmat és jobb alsó végtagjában fáradtságot. Október vége felé vizelete ismét zavarossá vált. Közvetlen alkalmi okot a beteg nem adhat, azt hiszi, hogy a sok szobakeféléssel erőltette meg magát. A megfelelő cautelák mellett végzett ureterkatheterismus alkalmával a jobb veséből igen sűrű, tejfelszerű, a katheteren át igen lassan csepegő, halvány rózsaszinű chylosus vizeletet kaptam, mig a bal veséből normális vizelet ürült. A vizsgálat megismétlésekor ugyanezt az eredményt kaptam.

Az ureterkathetert mindkét alkalommal meglehetős magasra kellett feltolni, a mi a mellett bizonyit, hogy a chylosus folyadék a vizelethez vagy az ureternek legmagasabb részletében, vagy pedig — és ez valószinübb — a vesekehelyben keveredik. Hogy honnan jut a chylosus folyadék ide, nehéz eldönteni.

A chyluria nem egységes fogalom. A vizelet tartalmazhat csakugyan chylus-folyadékot, vagy pedig csupán nyirokváladékot. Tekintettel arra, hogy úgy esetemben, mint az irodalomban közölt legtöbb esetben a vizeletben czukor nem volt, a chylus-folyadékban pedig van, inkább nevezhetnők az eseteket lymphaturiának. Ezzel nincs ellentmondásban a vizelet zsirtartalmának fokozódása zsirtáplálás mellett. Hogy ez a chyluria képét adó vizelet nem a vesékből választatik ki, hanem a vesékből normálisan secernált vizelethez keveredik valami, azt minden kétséget kizáróan az ureterkatheterismus eredménye igazolja, és ez az, a mi esetemnek rendkivüli ritkasága mellett kórtani jelentőséget ad. A chylosus vizeletnek egyik veséből származása kizárja ugyanis azt a feltevést, hogy chylusnak vagy lymphának abnormis mennyiségben való felszivódása a vérbe és a fölös mennyiségnek kiválasztása a vesék által idézné elő az állapotot. Fel kell tehát vennünk, hegy a chylosus folyadék kivülről, extrarenálisan jut a jobboldali vesekehelybe, valamely a communicatioban megakasztott és azért cystosusan kitágult nyirokútból, esetleg egy mesenteriális cystából. Az emlitett okból kevésbé valószinü a ductus thoracicusnak a cysterna chyli útján, vagy a vasa renalia, vasa iliaca útján való beürülése a vesekehelybe. Az időleges teljes abbanmaradás, a fekvés után jelentkezés, a feunjáró helyzetben való szünetelés mechanikai okokra, a cystának helyzetváltozására, az odavezető útnak csavarodására vagy megtörésére vezethető vissza. Arra a kérdésre, hogy ezt az állapotot mi idézte elő, csak bizonyos megszorításokkal adhatnánk feleletet. Eustrongylus gigas, distoma haematobium felvétele önmagától elesik. A negativ parasitalelet mellett is gondolhatnánk azonban valamely latens vagy kiheilt filariosisra. E mellett szól a filariosisra annyira jellegzetes madura-láb, a scrotumnak kezdődő elephantiasisa; de sokkal nyomatékosabban ellene szól az, hogy ez a parasita nemcsak nálunk, de Európában egyebütt sem fordul elő, betegünk pedig szülőhelyén és Budapesten kivül sehol sem fordult meg. Vissza kell nyúlnunk a betegünk előadásában emlitett azon betegségére, a melyet 8—10 éves korában szenvedett el. A betegség, a mennyire ma, a tünetek hiányos elmondásából megállapitható, erysipelas, phlegmone vagy lymphangoitis lehetett. A három kórfolyamat bármelyike megindithatta azt a nyirokér-elváltozást és nyirokpangást, a mely további következményeiben a mai állapothoz vezetett.

Kövesi Géza. A bemutatott esetet hosszab ideig észlelte az I. sz. belklinikán. Az egyoldali európai chyluria igen ritka; ebben az esetben a parasitárius eredet úgyszólván ki van zárva, minthogy az illető tropikus vidéken nem tartózkodott, s a vérben sem filariát, sem distomát találni nem lehetett, sem a vizeletben petéket; a jobboldali alsó végtagon a tibia duzzanata is nyirokpangásra vezethető vissza, a mely alkalmasint a megelőző peliosis rheumatica által van feltételezve; ez lymphangoitis obliteranst eredményezett, s igy a medenczebeli nyirokerek tágulatát vonta maga után, melyek rendellenes összeköttetésbe jutottak a vesemedenczével; e mellett szól az a körülmény is, hogy a chyluria fekvő helyzetben elöáll, mig álló helyzetben megszünik. Hogy ebben az esetben nem a Senator-Goetze-féle adiposuria áll-e esetleg fenn, a mely lipaemiás állapotokban észlelhető, ez ellen az szól, hogy a vizelet üledékében tisztán mononucleáris sejtelemek voltak találhatók, a melyek tehát chylosus eredete mellett szólanak; azon ellenvetés, hogy a vizeletben czukor nem volt kimutatható, sem szól a chylosus eredet ellen, mivel a kétségtelenül beigazolt chyluriáknál sem volt czukor kimutatható; ugyanis alkalmasint fermenthatás befolyása alatt a czukor csakhamar elerjed.

Amputatio interscapulo-thoracica.

Hültl Hümér. Ezen műtétre leggyakrabban a felkarcsont, illetve a hónalj sarcomája adott okot. A bemutatott eset is ide tartozik. Egy 28 éves, különben egészséges tanító 1905. januárban a lapocz és gerinczoszlop között a 9. borda magasságában a jobb oldalon szemölcsszerű kinövést vett észre, melyet 1905 november 19.-én kiirtatott. 1906. januárban a hónaljmirigyekben recidiva. Márczius 19.-én kiirtás, mely

után 3 hétre kiújulás. Most a daganat igen hamar növekedett, úgy hogy a szóló hoz 1906. junius 20.-án a következő állapotban került a beteg. A jobb hónaljban gyermekfejnyi, dudoros daganat foglal helyet, mely a hónaljt annyira kitölti, hogy a beteg karját csakis abdukálva tudja tartani. A daganat működésben lévő izomhoz hasonló tapintatú, rögzített felkar mellett egyáltalán nem mozgatható, a felkar mozgásánál azonban alapja felett kissé elcsúsztatható. A daganat a törzszsel össze van nőve és ép azért a bőr megvastagodott, erősen sötét kékesen elszineződött, bibirceses és mély behúzódásokat mutat. A bevágások, valamint a daganat felszine is helylyel-közzel lencsényi egész fillérnyi terjedelemben excoriált.

A jobb végtag cyanotikus és dagadt. A daganat megoperálásakor tervbe jött 1. a daganatot a hónaljban kimetszeni, 2. a daganattal a kart kiizelni, 3. a daganattal az egész vállövet kiirtani.

Szóló az utóbbira határozta el magát, mert a cyanosisból a hónaljgyűjtőér thrombosisára következtethetett, mert ezen növekedő sarcománál ki akarta irtani a daganathoz haladó összes izmokat és mert egy régebben összeállított statistikája szerint a vállöv kiirtását tartotta veszélytelenebbnek.

A műtétet junius 22.-én, lényegtelen módositásoktól eltekintve, Berger szerint végezte. A műtét fél óráig tartott, a shock igen kicsiny volt és a mi meglepő, a beteg sem ekkor, sem ezután fájdalmakról nem panaszkodott, a mit szóló annak tud be, hogy a karfonatot igen magasan vágta át. A beteg a műtétet követő napon a kertben sétált és a kórházat 16 nap mulva hagyta el. A góreső fibrosarcoma polymorphocellulare mutatott ki és a daganat nagy rosszindulatúságára vall, hogy a vállizomzat csonkjain an eddig már harmadszor mutatkozott recidiva.

Hysteriás hasfalizomgörcsök.

Schwarz Artur: A beteg 1½ év óta szenved bajában Az objectiv és subjectiv tünetek kétségtelenné teszik, hogy hysteriás. Főpanasza, hogy paraesthesiái vannak; különösen egy érzést említ: úgy érzi mintha valami eleven dolog mozogna hasában. A vizsgálat alkalmával a hasfalizomzat folyton tartó fényszerű mozgásban van, mely a „hastáncz"-ra emlékeztet. A köldök ezen mozgás következtében folyton mintegy körben mozog. Hypnosist fog megpróbálni.

Donáth Gyula: Figyelmeztet egy tavaly bemutatott egyénre, ki az akaratlagos innervatio begyakorlását mutatta be az egyes hasizmokban, a diaphragma és rectus abdominalis egyes részeiben stb., a melyek élénken emlékeztetnek jelen esetre, a hol szintén a rectus abdominis chronicus görcseit látjuk. A különbség az, hogy ott egészséges, itt pedig kóros viszonyok közt látjuk ugyanazon idegpályák izgalmát.

Budapesti orvosi kör.

(Havi ülés 1906. október 22.-én.)

Elnök: **Papp Samu**. Jegyző: **Mohr Mihály**.

Orvosok és intézetek dajkaközvetítése.

Doktor Sándor (mint vendég Pécsről). A dajkavétel és dajkatartás az orvosok assistentiájával ma már olyan divattá fejlődött, hogy ideje gondolkodóba esnünk rajta. Nem szabad a dajkaság kérdését csak az elméleti szaktudomány szempontjából tekinteni, hanem sociális vonatkozásait is figyelmünkre kell méltatni. Hiszen ma már évente ezerszámra vannak azok a nyomorult, többnyire ú. n. „törvénytelen" csecsemők, a kiktől elrabolják igy az anyjukat, s a kik azután fizetett ápoló kezére, s még ma is nem ritkán mesterséges táplálásra vannak kárhoztatva. És az orvos első sorban felelős e kárhozatos divatért, mert ő mindig ott áll szaktekintélyével, s az ő szava dönti el a két gyermek sorsát. Senki sem védi ma a leendő dajka gyermekének érdekeit, ha az orvos nem. S ha azt hiszi is, hogy neki a kliense érdekeit kell védeni, nem szabad ebbeli törekvésében odáig mennie, hogy mások egészségét, sőt életét tegye koczkára a kliense kedveért. Sem az orvostudomány, sem az orvos nem lehet egyes osztályok pártfogója, nem lehet személyválogató. Intézetekre pedig épen a szegények érdekei vannak bizva, tehát épen nem volna szabad soha egyetlen dajkát sem kiadniok, legfeljebb egy feltétel alatt, t. i. ha gyermekestül hajlandók felfogadni a dajkát, hogy a magáét is szoptathassa a másikkal együtt mint tejtestvéreket. A régi világban ez nem volt épen szokatlan, s érdemes lesz újra divatba hozni, mert szemben a mai divattal, mely az alacsony emberi indulatokra van épitve s azokat fejleszti, ez teljesen erkölcsi alapon áll, s mind a két félre csak előnyös, csak nemesitő hatású.

Ezért lehet mondani, hogy 1. Orvosoknak és intézeteknek dajkát ajánlani vagy közvetiteni a nélkül, hogy a dajka gyermekének sorsát biztositanák, nem szabad. 2. Minthogy pedig ennek a csecsemőkorban az anyatejen kivül más módja nincs, ennélfogva a dajkaságnak is csak az a módja engedhető meg, melyet a tejtestvérség nevével jelöltünk. 3. Az állami gyermekmenedékhelyeket, melyeknek egyenes hivatása a gyermekvédelem, már ma kell a kormánynak fegyelmi vétség terhe alatt utasitania, hogy dajkát csak gyermekestül legyen szabad kiadniok, úgy hogy a másik mellett a magáét is szoptathassa. 4. Törvényt kell hozni az angyalcsinálás ellen olyan rendelkezéssel, hogy büntetés terhe alatt tiltva legyen csecsemőket ápolásba fogadni az állami menedékhelyek közbejötte nélkül. 5. Nem tartozik a kérdés formai oldalához, de tartalmához igen, hogy ha kell, törvény kényszerítse a munkaadót a szoptató munkásnők olyan kiméletére, mely anyai hivatásuk betöltését lehetővé teszi.

Temesváry Rezső: Óhajtandó volna, hogy a szószékről hangozzák el ilyen bőjti prédikáczió és ha a nők megfogadnák, meg volna oldva a kérdés. Az utolsó években javulnak a viszonyok, a nők szivesebben szoptatnak, még a zsidó nők is. Az ideges nők baját a szoptatás fokozhatja.

Az orvos feladata, a hol a nő nem tud szoptatni vagy nem akar szoptatni, gondoskodni dajkáról vagy mesterséges táplálásról. Halálos itélet nincs kimondva a dajkaságba kiadott gyermekre. A míg fizetnek érte, megél. A ki pedig dajkának megy, jobban tud gyermekéért is fizetni. A tejtestvérség kivihetetlen, két gyermeket csak a hetedik hónap után szoptathat a dajka.

Torday Ferencz: A gyermekgyógyászati tankönyvek és szaklapok a minimumra redukálják azon indicatiók számát, melyek a szoptatás ellen szólnak. A közönség is megbarátkozik a gondolattal. A dajka azonban sokszor nélkülözhetetlen. Az ő egyéniségének mindegy, a saját gyermekét szoptatja-e, vagy a másét. A kérdésnek az a súlypontja, hogy a dajka gyermeke ne szenvedjen kárt. Legideálisabb az a módszer, melyet Doktor Sándor ajánl, de kivitele nagyon nehéz. A budapesti gyermekmenhelyben egyes anyák két gyermeket szoptatnak és persze előnyt adnak a magukénak. Kivánatos, hogy a dajkaszolgálatba állott anya gyermeke állami gondozásban részesüljön. Már foglalkoznak is ezzel a kérdéssel.

Deutsch Ernő: Öt éve vezeti az ingyentej-intézményt. Évente 1000–1500 anya jelentkezik nála csecsemőjével mesterséges tápszerért. 75% ban sikerül rábeszélni az anyát, hogy szoptassa gyermekét. Hivatalos orvosok is utasitanak hozzá ilyen anyákat, pedig nem szenvednek agalaktiában, a melynek létezésében különben sem hisz, hanem csak a hypogalaktiában.

Szoritsuk meg minél jobban a szoptatás contraindicatioit és ha máskép nem megy, alaitement mixte-et végeztessünk.

A tejtestvérség nem vihető keresztül.

A tej vegyi összetételének fontossága is veszit, Franczia országban egyszerű nyers tejet adnak, csak a dosologiában van különbség. Különben ott minden anya hét hónapig köteles gyermekét szoptatni, csak aztán mehet el dajkának. Ebben a korban is alkalmas az újszülött szoptatására. Az idegességet a szoptatás gyakran meggyógyitja.

Szalárdi Mór: Egyetértünk abban, hogy a dajka szükséges rossz. Az orvosok közt, de a publikumban is kezd terjedni az a meggyőződés, hogy az anya maga szoptassa gyermekét. Az állami gyermekmenhely egy évben most alig ad ki 10—12 dajkát. A Russel-törvény Franczia országban csak olyan nőnek engedi meg, hogy dajkának menjen, a ki már kiszoptatta saját gyermekét. A csecsemő mesterséges táplálása meg van tiltva. Ritka, hogy egy anya teje elég legyen két gyermeknek.

Katona József szerint a tisztiorvosok legjobb tudásuk szerint adnak bizonyitványt.

Hainiss Géza szerint agalaktia van.

Lőw Sámuel szerint a dajkamizeriáért nem felelős az orvosi rend. Tanácsot adhat, de nem nevelheti a publikumot, mert különben ez elcsapja az orvost. Különben az anyák most inkább szoptatnak.

Fischl Ármin a dajkatartás ellen felhozza azt az esetet, melyben egy dajkát hat orvos vizsgált meg és a gyermek, egy orvos gyermeke, mégis luetikus lett.

Doktor Sándor: Nem érzi magát meggyőzöttnek. A papoknak ma már nincs hatásuk, szerepük már most csak az orvosoknak lesz e téren. A dajka gyermekének elpusztulásáért az orvos felelős részben. Ha a dajka a nyomorúságában nem tudja szoptatni gyermekét, mert nincs mit ennie, akkor ebből nem az következik, hogy vegyük el tőle gyermekét, hanem hogy az állam gondoskodjék róla, hogy jobb módba jusson. A tejtestvérség keresztülvihető. A menhelyeken nincsenek természetes viszonyok között. Itt semmiféle érdekek nem fűződik a másik gyermekhez. Egész máskép van ez privát helyen. Ma fel van a talaj dulva, mindenki bizalmatlan. Próbáljunk meg bizni és a bizalomnak meglesz a jutalma.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhelynél jelenleg üresedésben van az intézeti **másodorvosi állás**, a mely évi 1200 koronányi (havi 100 koronás előzetes részletekben fizetett) tiszteletdijból, az intézetben lévő tágas, butorozott szobájú lakásból, annak fűtéséből, világitásából és első osztályú élelmezésből álló javadalmazással van egybekötve. Azonkivül pedig a hivatalos orvosi telepellenőrző vizsgálatok alkalmával külön még 18 koronányi átalányösszegű napidij is jár.

Felhivom tehát azon nőtlen orvosdoktor urakat, illetőleg orvostudornőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimzett, 1 koronás okmánybélyeggel ellátott és orvosi oklevelüknek, valamint esetleges eddigi orvosi működésükről szóló bizonyitványaiknak hitelesitett másolataival felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a pécsi menhelyintézetbe legkésőbben **1906. évi deczember hó 20.-áig** okvetlenül beküldeni sziveskedjenek.

Pécs, 1906. évi november hó 14.-én.

Gobbi Gyula dr.,
a pécsi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

6677/906. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásához tartozó **Nagykovácsi** nagyközségben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 4. §-ával, továbbá az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-ával megkivánt minősités igazolásául szolgáló okmányokat, továbbá a születési és eddigi működésüket feltüntető bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket f. **évi deczember hó 16.-án délelőtt 12 óráig** nyujtsák be hozzám. E határidőn túl érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

1. Törzsfizetés havi előleges részletekben 1400 kor.
2. Lakpénz 240 kor.
3. Látogatási dij nappal 60 fill., éjjel 1 kor. 20 fill.
4. Halottkémlés 80 fillér.
5. Vágóbiztosi teendőkért szabályrendeletileg megállapitott dijak szedhetők.
6. Sebészeti, műtő beavatkozások egyezség szerint.
7. Orvosi bizonyitványokért 4 kor.

A községi orvos kézi gyógytár tartására jogosult.

A községi orvosnak Nagykovácsi uradalomtól 200 kor., a budapesti betegsegélyző pénztártól 240 kor., a pilisszentiváni kőszénbányától ugyanannyi tiszteleti dija volt, a mely tiszteletdijakat a megválasztandó községi orvosnak is kilátásba helyeznek.

A megválasztott orvos állását 15 nap alatt tartozik elfoglalni.

A választást Nagykovácsi községházánál f. évi deczember hó 17.-én délelőtt 11 órakor fogom megejteni.

Pomáz, 1906. évi november hó 10.-én.

2—1 *Almásy*, főszolgabiró.

6536/906. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye oraviczai járásába kebelezett **Stájerlak** községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állasra** ezennel pályázatot nyitok s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. **évi november hó 28.** áig annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást f. évi november hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom Stájerlak községházánál megtartani.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból előleges havi részletekben fizetendő 1200 (egyezerkettőszáz) kor. törzsfizetés.
2. Negyedévi előzetes részletekben fizetendő 400 (négyszáz) kor. lakbér.
3. A halottkémi teendők teljesitéséért esetenként 40 fillér.
4. Betegek látogatásáért a szabályrendeletben megállapito t díjak.

A megválasztott községi orvos köteles lesz állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni, ezen időpontig pedig ezen állás helyettesités útján fog betöltetni.

Oraviczabánya, 1906. évi november hó 8.-án.

3—1 *A tb. főszolgabiró.*

17,368/906. sz.

Elhalálozás folytán megüresedett, 2000 korona fizetés, 350 korona lakbér és 600 korona úti átalánynyal javadalmazott **sztropkói járásorvosi állásra** ezennel 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, továbbá a tisztiorvosi vizsgálatról szóló bizonylatokkal felszerelt s a főispán úr ő Méltóságához czimzendő pályázati kérvényeiket hozzám f. **évi deczember hó 8.-ának d. u. 5 órájáig** adják be.

Sátoraljaujhely, 1906. évi november hó 6.-án.

Alispán megbizásából:
Bernáth, tb. főjegyző.

20,547/906. tan. sz.

Szabadka város külterületén és pedig Tompa, Tavankut és Nagyfény pusztákon rendszeresitett **3 külterületi tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy pályázati kérvényüket kellően igazolva legkésőbb **1906. évi deczember hó 15.-nek d. u. 5 órájáig** Bezerédy István főispán úrhoz Szabadkán nyujtsák be, mert a kellő minősitést nem igazoló, vagy elkésetten beérkezett pályázati kérvények figyelembe vételtni nem fognak.

A külterületi tisztiorvosok kötelesek a reájuk bizott külterületen lakni, kézi gyógytárt tartani és mindazon egészségügyi teendőket végezni, melyeket a 198/8927—905. sz. közgyülési határozat, a törvény vagy szabályrendelet részükre előir és a melyeknek teljesitésével a tiszti főorvos őket egészségügyi körzetükre nézve megbizza.

A külterületi orvosoknak külterületükön kivül magánpraxist folytatni sehol sem szabad. Saját kerületükben vagyonos betegektől a th. bizottság által meghatározott dijakat szedhetnek.

Kötelesek a külterületi orvosok a belügyministernek további intézkedéseig a külterületükben levő trachomabetegek gyógykezelését is az adandó utasitások szerint ellátni és ezért a pályázati kérvényben a t. orvosi minősitésen felül még a trachomások kezelésében elsajátitott jártasság igazolása is megkivánutatik.

A nyugdijjogosultsággal egybekötött külterületi t. orvosi állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, 800 kor. fuvarpénz, újonnan épitett, kényelmes szabad lakás, 24 köbm. puha tüzifa és 2 láncz föld haszonélvezete. Ezenfelül a trachomás betegek gyógykezeléséért a belügyminister 83,976/906. II. b. számu leirata értelmében évi 1200 korona tiszteletdij folyósittatik.

Szabadka, 1906. évi november hó 10.-én.

A polgármester.

3194/1906. sz.

Az üresedésben lévő **Almosd községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényüket hivatalomhoz f. **évi deczember hó 5.-éig** adják be.

Az állás javadalmazása:

1200 kor. fizetés és 200 kor. lakbér a kir. adóhivatalnál utalványozva.

Látogatási dijak az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér.

Igazolt szegény betegek ingyen gyógykezelendők.

Az orvos ez idő szerint a vágatási biztosi teendőket is végezni tartozik s ezért a következő dijakat élvezi: sertés után 80 fillér, szarvasmarha után 1 korona 60 fillér.

A községbe gyógyszertár lett engedélyezve, mely 1907. évi január hó 1.-én nyilik meg.

Székelyhid, 1906. évi november hó 6.-án.

3—2 *A főszolgabiró.*

4032/1906. sz.

A lemondás által üresedésbe jött **szentjobbi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. **évi deczember hó 10.-éig** adják be.

Az áll s javadalmazása 1000 korona készpénz a kir. adóhivatalnál utalványozva és szabad lakás.

Látogatási dijak nappal 1 kor., éjjel 2 kor., körutou kivül a kör községeiben 4 kor.

A körhöz a székhelyen kivül Ilkszentmiklós, Hegyközszentimre és Csohaj községek tartoznak.

Székelyhid, 1906. évi november hó 6.-án.

3—2 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apolási dij: I. oszt. évi **1600** k., II. oszt. évi **1000** k. Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, 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 betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendi apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál: **Dr. Wosinski István**, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, telefon helyben.

Fürdőorvosok rendelései és elismerő nyilatkozatai bizonyitják, hogy a

Tabl. Ferri Protoxal. Dr. Deér

sine et cum arseno

készitmény — megbizható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is **szerencsés gondolat.** Klinikusok, **nőorvosok** előszeretettel rendelik. 100 darab tabletta üvegben **2** korona. Kapható a gyógyszertárakban.

Téli fürdőkúra

a Szt.-Lukácsfürdőben

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

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára. Mérsékelt árak. Prospektus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre dijmentesen.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7 % Kal. Sulf. Guaj. és ⎓ 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t ta talmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál. Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész,
Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

Natterer's Migräne-Tabletten nach Dr. Fuchs.

meglepően jó eredménynyel alkalmazzák, *migrän, hemikrania, trigeminus-neuralgia, fejfájás, influenza* és mindennemü *ideges fejfájásnál.*

A legkellemesebb gyógyszer, mert jóizü.

Eredeti csomagolás: Kartonok 10 tablettával üvegben, kapható gyógyszertárakban.

Vörös etik.: (1/1 Dos.) Phenacetin 0·5, Coffein 0·06, Codein 0·02, Guarana 0·2, 3.20 korona.

Zöld etik. (1/2 Dos.) Phenacetin 0·25, Coffein 0·03, Codein 0·01, Guarana 0·1. 2.10 korona.

Kisérleti adag kivánatra mérsékelt áron. Irodalom szolgálatra.

Fabrik pharmac. Präparate
Wilh. Natterer, München 2.

Sanatorium Rekawinkel

Wien mellett nyugoti vasút.

Kedély- és idegbetegek részére.

7 pavillon saját kertekkel. 160,000 □-meter erdő és rétterület. Teljes elválasztás a megbetegedés minemüsége szerint. Individuális kezelés. Hydro-elektrotherapia. Alkalmazási- és fekvő-kúrák. Egész éven át nyitva.

Főorvos: **Univ.-Prof. Fritsch.** Tulajdonos: **Dr. Sigmund Weiss.**

NESTLÉ GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók, gyomorbajosok részére.

A legjobb alpesi tejet tartalmazza.

Gyermekápolásról ismertető iratokat ingyen küld: NESTLÉ
Bécs, I., Biberstrasse 11.

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.**

Kaliforniai füge-szörp

CALIFIG

(Név védjegyezve.)

A

California Fig Syrup Company

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizü hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG“-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a **„CALIFIG“** szivesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak: 1/1 üveg 3 K; 1/2 üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:
Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**
VI., Király-utcza 12.

PANHANS szálloda és gyógyintézet „Erzherzog Johann“ szállodával **Semmering, Wien** mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részre, **villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.

Közelebbit a prospektusokban.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasut mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágositással szívesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalikus — sós savanyuvíz. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.

Budapesti képviselő:
Náda s Márton.

Kútkezelőség: Brassó.

Vegyészeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse
Sollenau a. S. dbahn

ALBOFERIN

WIEN, I, Wollzeile 40.

egy könnyen oldható, szag- és ízmélküli tápláló és erősitő, 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.

Szabadalmazva. **Név törvényileg védve.**

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

Az eddigi guajakol-készitmények helyett, melyek közül egy résznek káros mellékhatásai vannak, mig a guajakol sulfosavas sók bizonytalan hatásuk miatt a therapiát rendkivül megnehezitik, a t. orvos uraknak melegen ajánljuk a **Histosan**-t.

Dr. Nevinny tanárnak az innsbrucki egyetemi gyógyszertani intézetben, valamint a berni egyetem fertőző betegségek kutatására szolgáló intézetében végzett vizsgálatok, nemkülönben számos kórházban és sanatoriumban szerzett tapasztalatok szerint a histosannak feltünően kedvező hatása van tuberkulosis és a légző szervek más fertőző bajai esetében. Histosan, mint fehérjeösszetétel — s ezt minden orvos a priori el fogja ismerni — fölülmul minden eddig ismert guajakol-készitményt és gyakorlati kisérletek minden esetben igazolni fogják, hogy az ezen bajoknál tekintetbe jövő eddig alkalmazott összes belső szereknek, hatás tekintetében jóval fölötte áll.

Rendelési alakok felnőttek részére:

Rp. **Sirup. Histosani**
lag. orig. I
S. naponta 3—4 kávéskanállal

Rp. **Tablettae Histosani**
scat. orig. I
S. naponta 4—6 tabletta.

Rp. **Histosan pulv. 0·5**
tal. dos. No. XX
S. 3—4-szer naponta 1 port.

ÁRAK:

1 eredeti doboz **Histosan-tejcsokoládé-tabletta** 4 korona (40 drbot tartalmaz).

1 eredeti üveg **Histosan-syrup** 4 korona.

Kimerítő irodalom és minta az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésére áll.

Fabrik chemischer & diätetischer Produkte

Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Budapest, VIII., Kerepesi-út 19.
Szentkirályi-u. sarkán.

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.

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON

1890 óta dr. A. Gude & Co által előállitva. LEIPZIG.

Dr. A. Gude feltalálótól. **Liquor Gude**

Irodalom és ingyen-mintaüvegeket küld kivánatra

Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. Leipzig.

Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utcza 31.

Elismert kiváló minőségű palaczktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kivül szállit

Székely-féle gyermektejet

1 üveg **0·2** liter ... ... ára **12** fillér.
1 „ **0·1** „ ... ... „ **8** „

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatejpótló tej csecsemők számára.

Székely-féle diaetetikus tej gyomorbetegeknek,
Székely-féle diaetetikus tej czukorbetegeknek.

120 fiók saját kezelésben. **Telefon 57—04.**

Richter Gedeon organotherapiai laboratoriuma, Sas-gyógytár, Budapest, Üllői-út 105.

BROMLECITHIN RICHTER

Szabadalmazva. Tartalmaz 30% bromot.

A BROMNAK a LECITHINNEL való szerves vegyülete.

Javalatok: Neurasthenia, anaemia, chlorosis, rachitis, scrophulosis, diabetes mellitus, gyengeségi állapotok. Minden lepényke tartalmaz 5 cgm. bromlecithint. Egy üveg tartalmaz 100 lepénykét. Ara egy üvegnek 5 korona. Napjában 3-szor 2—3 lepénykét.

NEOTTIN

(LECITHINALBUMIN) szabadalmazva.

Elsőrangú erős LECITHIN fehérjetartalommal biró tápszer. Gyorsan képes sulyt szaporitani testet erősiteni. Könnyen szivódik fel a gyomorban.

Tartalmaz: 47·25% fehérjét. **31·0 lecithint.** Ára 50 gm.-nak 3 korona 60 fillér, 25 gm.-nak 2 koróna.

50. évfolyam. 47. szám. *Budapest, 1906. november 25.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kopits Jenő: Dongalábkötés alkalmazására szolgáló új eszköz. 1059. lap.

Erdély Jenő: Közlemény a budapesti „Stefánia" gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. rk. tanár.) Hörgkörüli, sajtosan elfajult mirigy áttörése a légutakba két esetben. Bronchoskopia. Gyógyulás. 1062. lap.

Tárcza. Deutsch Ernő: A körülmetélésről. 1064. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. C. Garnier:* La femme criminelle. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Walther:* Secacornin-Roche. — *Belorvostan. Kokoris:* A gümőkóros eredésű rheumatismus. — *Levy:* A szív erejének mérése. — *Idegkórtan. Déjerine:* A Marie-féle aphasia-elmélet. — *Sebészet. Karrenstein:* Az appendicitisrecidivák. — *Rehn:* A thymusstenosis és thymushalál. — *Gyermekorvostan. Thiemich:* Tetania. — *Sittler:* A diphtheriaellenes gyógysavó befecskendezése utáni immunitás tartama. — *Lange:* Adatok a mongolismus kórbonczolástanához. — *Buschke O.* és *Fischer W:* Myocarditis luetica. — *Bőrkórtan. M. Joseph:* A psoriasis heliotherapiája. — *J. Heller:* Ritkább körömbetegségek. — *Beard* és *Barlow:* Erythema scarlatiniforme két esete. — *Húgyszervi betegségek. K. E. Levesson Gobber Gunn:* A tractus seminalis gümőkórja. — *Klose:* Az ureter vesicalis végén fejlődött cysta. — *G. Jochmann:* A húgyutakból kiinduló sepsis. — *Venereás bántalmak. Herxheimer* és *Hübner:* Venereás bubók Röntgen-kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Combemale:* Szer a központi idegrendszernek különböző bajaiban támadó reszketés ellen. — *Riess:* Histosan. — *Spirt:* Tüdővérzés. — *Nicolini:* Typhus. 1066—1070. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 1071. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1071. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1072—1077. lap.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Trigemin" prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dongalábkötés alkalmazására szolgáló új eszköz.[1]

Irta: *Kopits Jenő* dr., a Stefánia-gyermekkórház rendelő orvosa.

A dongaláb gyógyításában tagadhatatlanul egyik legfontosabb momentum a redresszálás eredményének, a láb korrigált állásának a rögzítése. A rögzítés kötés segélyével történik, még pedig az e czélra ideálisan jó s semmi által nem pótolható gypskötéssel. Szükség van a gypskötésre, bármely módon végeztük is a láb alakjának a helyreállítását, akár fokozatosan, akár egy ülésben, sőt még a dongaláb csontvázának a műtétei után sem mellőzhető.

A rögzítő kötés helyes vagy helytelen alkalmazásának határozottan döntő befolyása van a gyógykezelés végeredményére is: rosszul alkalmazott kötésben a redresszálás jó eredménye meghiúsul. A gypskötésnek a kivánt lábállást úgy kell rögzíteni, hogy a láb adott helyzetéből ne mozdulhasson ki, s bár e czélból a lábat szorosan körül kell fognia, mégsem szabad azt egyes körülirt helyeken nyomnia, mert különben a nyomás helyén decubitust okoz.

A jó gypskötés alkalmazása nem könnyű feladat s csak hosszas gyakorlattal sajátítható el. A nehézséget főleg az okozza, hogy a lábat a kötés feltevésekor nem lehet jól megtartani korrigált helyzetében, mert abból, hacsak előzetesen teljesen lazává nem tettük a lábtőcsontok egymás közti összeköttetéseit, mintegy rugószerűen törekszik visszapattanni deformált alakjába. Segítség is alig alkalmazhatóe czélból, mert a segéd kezei a bekötés közben rendesen útban vannak, csecsemőknél pedig a láb kicsinysége miatt egyáltalán nem is vehetők igénybe. *Dollinger* tanár a dongaláb bekötésére oly módszert fejlesztett ki, mely a segéd alkalmazását feleslegessé teszi. A kötés feltétele alatt ugyanis úgy csecsemőknél, mint felnőttnél maga tartja egyik kezével a lábat állandóan korrigált helyzetében, kezével kitérve folyton a másik kézzel vezetett pólya meneteinek. A segéd működése kizárólag a térd lefelé nyomására szorítkozik. A kötés feltételének e módja a legnagyobb ügyességet s gyakorlatot kivánja meg, a kinek ez még hiányzik, az egyáltalán nem boldogul vele.

Nem hiányzott a törekvés, hogy a kötés alkalmazásának a nehézségein könnyítsenek. A végből, hogy a láb a kötés feltétele alatt korrigált helyzetében maradjon, a talpra a lábközépcsontok distális végének megfelelően az öregujj tövétől kifelé ragasztótapaszcsikot alkalmaztak, melynek a láb külső szélén kifutó, szabad szárát húzva, igyekeztek a lábat pronatioban tartani. Mások azonban, inkább a kötés feltétele után, még mialatt a kötés puha, corrigálták a bekötött lábat s corrigált helyzetében rögzítették a kötés megkeményedéséig. Az utólagos corrigálás e módja többféleképen végezhető: akként, hogy a bekötött láb elülső részét kezünkkel körülfogva pronatioba állítjuk, mialatt másik kezünkkel a térdet nyomjuk lefelé, vagy a már *Metzger*, majd *Mosengeil*[1] által ajánlott módon, úgy hogy a térd erős behajlításával a kötés talpát az asztal lapjára helyezzük s a lábszár megfelelő beállításával korrigáljuk a láb állását. Ez utóbbi módszert ajánlja *Hoffa* is. Végül *Schulthess* hasonló módon a láb korrigálását a talp hosszának megfelelő, keskeny deszkalap segélyével végzi, melyet a láb talpára helyez és azzal együtt a kötés talpát melléhez szorítja, mialatt két kezével a térdet megfogva erős húzással igyekszik a lábat sarokállásba hozni.

A már bekötött dongaláb utólagos redresszálása azonban nagyon veszélyes lehet és azért sem egészen megfelelő, mert tulajdonképen sohasem tudjuk, hogy az utólagos redressement kellően befolyásolta-e a láb állását, vagy csak a kötés alakján változtatott, avagy pedig nagyobb sérülés révén következett be a láb correctioja. Főleg semmiesetre sem engedhető meg, hogy a láb correctioját egyedül csak az utólagos redressementre bizzuk; a redresszálás e módjának az alkalmazása csakis akkor jogosult,

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1906. november 8.-án tartott IX. rendes ülésén.

[1] *Mosengeil.* Fixationsmethode des Fusses in einer erzwungenen Stellung beim Erhärten des Gypsverbandes. Archiv für klin. Chir. 1874. 16. kötet.

ha már a kötés feltétele alatt redresszált állásban tartott láb utólagos javítását czélozzuk vele. Ha a még puha kötéssel együtt hozzuk erős pronatioba a lábat, a bajt rendesen az okozza, hogy a kötésnek a láb belső és hátulsó oldalára eső része erősen megnyúlik, míg azon része, mely a külső boka táján s a láb hátán fekszik, egy sorozat harántirányú ráncz révén megrövidül. A puha kötésen képződött egy-egy ilyen ráncz a kötés megkeményedése után mint éles sáncz nyomul a lábhoz s a lágyrészeket decubitusképződés veszélyének teszi ki, másrészt hasonlóképen a belső oldalon a befelé nyomuló belső boka szorul oda közvetlenül a kötéshez, végül pedig még mindezekhez az a nyomás is járul, melyet a bekötött láb elülső részének a körülfogása okoz. Ez utóbbi elmarad, ha a redresszálást akként végezzük, hogy a kötés talpát a leirt módon az asztal lapjához nyomjuk.

Ezek azonban csak kisebb bajok, melyekre a fájdalmak gyorsan figyelmeztetnek s a kötés kellő időben eltávolításával elháríthatók; vannak azonban leirva esetek, a midőn a kötés talpának az asztal lapjához nyomásával a bekötött dongaláb redresszálása kifogástalanul sikerült, legalább a kötés külső alakja azt mutatta, s csak hetek mulva, a kötés eltávolításakor derült ki, hogy a dongaláb változatlan maradt, azonban a lábszár csontjai a bokák felett a nyomás következtében eltörtek s a törés ferde beállításával sikerült a kötés valgus állását létrehozni. E felfedezéskor azonban már a csontok, természetesen a törési végek ferde helyzetében, összegyógyultak. Szerencsére az ily módon létrehozott csonttörés a ritkábban előforduló balesetek közé tartozik, gyakoribb complicatio azonban az angolkóros gyermekek lábszárcsontjainak az elgörbülése hasonló beavatkozás után. Mindezen esetekben a bajt a kötés leplezi s csak később derül ki a hiba a kötés eltávolításakor.

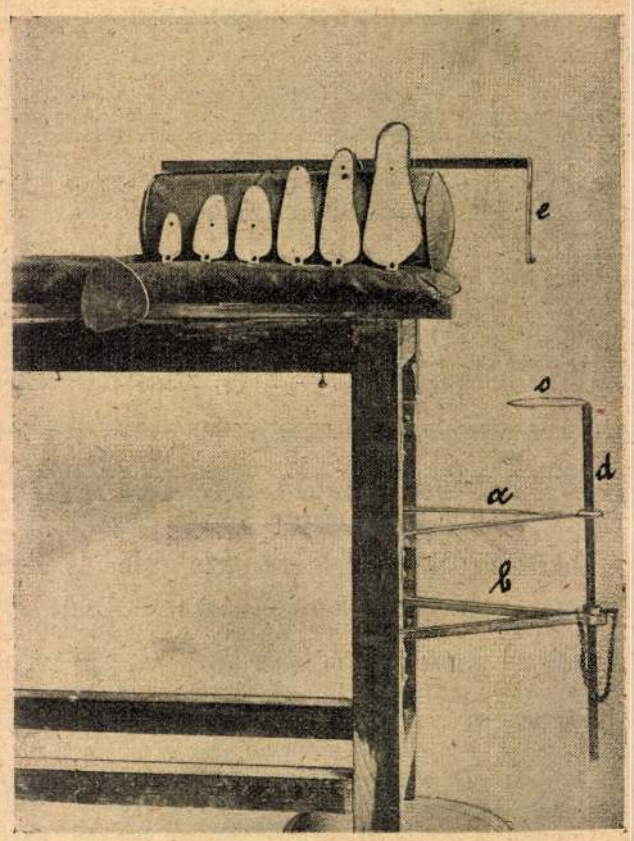
Az utólagos redresszálás e módja tehát végleg elvetendő s úgy a gyógykezelés végleges eredményének, mint a rögzítő kötés leghelyesebb alkalmazhatóságának a szempontjából úgy járunk el legczélravezetőbben, ha nem a gypskötéssel redresszálunk, hanem a merev lábat deformált alakjából a bekötés előtt redresszáljuk s megpuhítjuk annyira, hogy az kis erővel a korrigált vagy az azt megközelítő helyzetben megtartható legyen s ily helyzetben beállítva tartjuk a bekötés ideje alatt. Ekkor legalább tisztán áll előttünk az elért eredmény, tudjuk milyen lábállás az, melyet rögzítettünk s nem csak a kötés alakjából kell következtetnünk a láb állására.

Hogy a lábat a redresszált állásban kifogástalanul rögzítsük, nem elég azt csak a láb ujjaival pronatioban tartani a bekötés alatt, mert ilyenkor a sarok, daczára, hogy a láb eleje korrigálva van, megmarad supinált helyzetében. Ugy a sarok, mint a láb eleje, szóval az egész láb korrigálására kétségkivül azon mód a legalkalmasabb, melyet, mint már említettem is, *Metzger*, majd *Mosengeil* s újabban *Sprengel* is ajánlott. Ha ugyanis a redresszált láb talpát szilárdan álló sima lapra helyezzük, ott kezünkkel rögzítjük, úgy a lábszár előre s kifelé döntésével sikerül a lábat erős lábháti hajlításba s pronatioba beállítani, sőt lehetséges a láb elejének adductioját is leküzdeni akként, hogy a lábat belső szélével állítjuk a támaszkodási felületre s a lábszár segítségével lenyomjuk, a mi által a lábnak már előzetesen abdukált elülső részét sikerül e helyetében megtartani. Ilyenkor a lábszárral, mint hosszú emelőkarral, könnyű szerrel sikerül a láb redresszálása, míg a legnagyobb nehézséggel küzdünk, ha rögzített lábszár mellett, a rövid emelőkart képező lábbal fáradozunk a láb redresszálásán.

A láb correctioja e módon a következőképen megy végbe: a lábszár előredöntésével a síp és szárkapocs által képezett villát mintegy rászorítjuk az ugrócsont szélesebb elülső felületére s e módon megszüntetjük a lólábállást, míg a lábszár kifelé döntésével a lábszárcsontok bokaizületi végei közrefogva az ugrócsontot, annak elülső végét befelé kényszerítik, a mi által a Chopart-izületben a láb pronatioját hozzuk létre. Ha a fentebb mondott módon a láb belső szélére állítjuk a lábat, úgy a láb boltozata, minthogy a láb az öregujj lábközépcsontjának distális végére s a sarokcsontra támaszkodik, a felülről beható nyomás alatt lesüllyed, a láb eleje a sarokcsonthoz viszonyítva abductioba jut s a sarokcsont is pronatioba kerül.

Ha a láb ily módon beállítása alatt sikerül azt rögzíteni gypskötéssel, úgy könnyen érthetően a kötés megkeményedése után, a bekötés alatt ferdén álló lábszár függélyes vonalba állításával, manipulatiónk eredménye a láb nagyfokú pronatiojában nyilvánul. E czélra megkisérelték a kötést úgy feltenni, hogy a már korrigált lábat a leirt módon keskeny deszkalapra fektették, *Nobe*[1] pedig a Sprengel által már régebben ajánlott vastalpra, s azzal együtt bekötötték a corrigált helyzetben. A módszer azonban nem lett általános, azt hiszem azért, mert az így bennhagyott fa- vagy vastalp, mely a láb s a kötés között van, könnyen kimozdul, a mi miatt a kötés talpi része meggyengül; másrészt kimozdulva, az idegen talp a járást megnehezíti, sőt decubitust is okoz. Mindezek kétségkivül nagy hátrányai az ily eljárásnak.

Miután azonban magam is meggyőződtem, hogy a redresszált lábnak e módon rögzítése a bekötés tartama alatt rendkivül észszerű, érdemesnek tartottam e kérdéssel foglalkozni és czélomul tüztem ki oly mód kitalálását, mely lehetővé tegye, hogy a láb a gypskötés alkalmazása alatt egész megkeményedéséig a korrigált helyzetben legyen, a kötésben azonban a gypspólyán s gyapoton kivül semmi más idegen anyag ne maradjon.

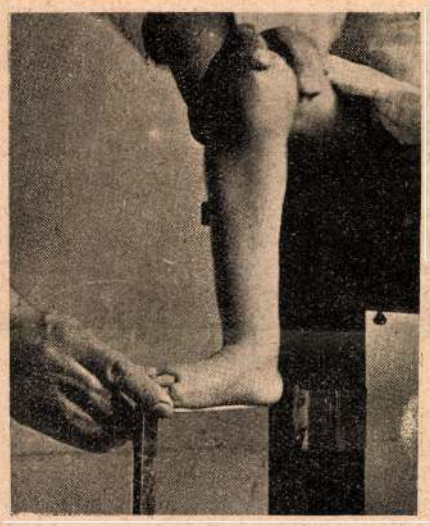


1. ábra.

E feladatom kivitelére eszközül a *Joachimsthal*-féle medenczetartót használtam fel, melyet a czélnak megfelelően átalakítottam. Az egész készülék (1. ábra), mint egy zászlótartó, a műtőasztal lábaira van felszerelve s nem áll másból, mint két tartóból *(a* és *b)* s a vastalpat *(c)* hordozó rúdból *(d)*. A tartók szögletben találkozó vasléczekből vannak készítve, a melyek szabad szárainak a vége mindkét oldalon derékszögben van lehajlítva s arra szolgál, hogy azokat az asztal két lábának a belső szélén elhelyezett hüvelyekbe dugva, ott megerősítsük. A vasléczek a szögletük csúcsán egy-egy négyszögletes lyukkal vannak ellátva, hogy azokon a vastalpat tartó négyszögletes rudat átdughassuk. E rúdon egész hosszában egyenletes távolságban elülről hátrafelé lyukak vannak fúrva, melyek az alsó vastagabb tartó szögletén sagittális irányban fúrt lyukkal találkoznak, a mi lehetségessé teszi, hogy az alsó tartón lánczczal megerősített szeg bedugásával a vastalp rúdja különböző magasságában beállítható s biztosan rögzíthető legyen. A felső tartó tulajdonképen csak a rúd oldalmozgásainak a megakadályozására szolgál, a miért is vékonyabb vasléczből van

[1] *Nobe:* Zur Korrektur des kongenitalen Klumpfusses. Zentralblatt für Chirurgie, 1905. 12. sz.

készítve. A tartók két szára közt elhelyezett szerkezettel ezenkivül gondoskodva van arról is, hogy a vastalpat hordó rúd az asztalhoz közelebb is beállítható legyen, a mi különösen csecsemőknél és kis gyermekeknél szükséges. (Minthogy a felvételek régebben készültek, e javítás az ábrákon nem látható.) A vastalp aczélrúdja a felső végén a rúdra derékszögben álló vékony pengeszerű lapos léczben végződik *(e)*, melynek végén a vastalp vastagságának megfelelő alacsony vascsap áll ki, a rúd ugyanezen végének a felső felületébe pedig mély csavarmenet van fúrva. A vastalp kemény aczéllapból készült, alakja a talp lenyomata körrajzának megfelelő, szélei teljesen simák, vastagsága 1½ mm. A lemez szélesebb elülső végén kis négyszögletes kiugrással van ellátva, melyen lyuk van fúrva a rúdba csavarható csavar befogadására. Ugyancsak ily lyuk látható magán a talpon, melybe a vastalp tartórúdja derékszögben elálló pengeszerű részének a végén levő vascsap illik. A vastalpat az elülső részén egy elég hosszú csavar segélyével erősítjük meg a rúdon, míg a fentebb leirt vascsap a lemez oldalfelé csúszásának a meggátlására szolgál. A rúd felső derékszögű része, valamint a csavarnak a lemezbe besülyesztett feje s a vascsap oly pontosan van a vastalppal összecsiszolva, hogy az egész összeállítva mintegy egy darabot alkot. Vastalpakat többféle nagyságban tartunk kéznél, hogy mindig a lábnak megfelelő lemezt használhassunk. Mindegyik vastalpon a csavar és a vascsap helye akként van elhelyezve, hogy ugyanazon talp



2. ábra.

alsó felével felfelé fordítva is teljesen illik a talptartó rúdra, a mi által ugyanazon vastalp a jobb és bal lábra egyaránt használható.

Miután a dongalábat akár manuálisan, akár más módon redresszáltuk vagy legalább annak deformált alakját javítottuk, a leirt eszköz segélyével a következőképen kötjük be. A talpnak megfelelő vastalpat kiválasztjuk, még pedig mindig valamivel kisebbet, mint a talp körrajza. Ez egyrészt azért is szükséges, mert egy lábon sem ér a támaszkodási felület a talp széléig, másrészt pedig, mert csak akkor fogja a gypskötés jól körül a lábat, ha a vastalp a talp síkjában mintegy elvész. Ellenkező esetben a vastalp szélénél a kötés éles vonalban kiáll, áthidalva a vastalp s a talp széle közti hézagot, s ha a vastalpat később a kötésből eltávolítjuk s a felülről ható nyomás következtében szétterült láb a nyomás megszünése után ismét összeugrik, keskenyebbé lesz, úgy a kötésben a talp szélén ür támad, a kötés bő lesz s nem tartja meg a lábat a kivánt helyzetben.

Az asztalon fekvő vagy ülő beteget annyira kihúzzuk az asztal szélére, hogy erősen behajlított térd mellett talpát a vaslapra helyezhessük. Ekkor állítjuk be a talptartó rudat, illetve a vastalpat a kellő magasságra, azaz úgy, hogy a talpat a vaslapra feltéve, a beteg erősen behajlított térde valamivel magasabban álljon, mint az asztal lapja (2. ábra). Ezután a már leirt módon végezzük a már előzetesen redresszált láb beállítását, azaz a lábszárat előre és kifelé döntjük annyira, hogy a láb a lábszárhoz viszonyítva a mennyire csak lehetséges lábháti hajlításba s pronatioba jöjjön. Természetesen ez kisebb vagy nagyobb fokban sikerül a szerint, hogy mennyire sikerült a láb előzetes redresszálása, csupán csak a bekötés alatti redresszálásban nem lehet túlságosan biznunk. A beállításnál ügyelnünk kell, hogy a talp mindenütt szorosan a vastalpon feküdjék; ha a lábszár dön-

3. ábra.

tésével a talp elemelődik, a redresszálás kisebb fokával kell beérnünk, a további correctiót a következő kötésre hagyva. A talprahelyezésnél, illetve a beállításnál eleinte egyik kezünkkel a lábat az öregujj tövében megtámasztjuk, mialatt másik kezünk a térdet fogva a lábszárnak a kellő állást megadja (2. ábra), később azon-

4. ábra.

ban a helyes állás eltalálásánál csupán a térd enyhe lenyomásával sikerül a talpat a keskeny vaslapon megtartani (3. ábra). Ekkor a térdet segédünknek átadva, hozzálátunk a gypskötés feltevéséhez (4. ábra).

A kötés feltevése semmi különös technikát nem igényel,

sőt annak e módon alkalmazása a lehető legegyszerűbb. A lábat s a lábszárat a vastalppal együtt vékony vattapólyával fedjük s e fölé teszszük a gypskötést. A gypspólyákkal lehetőleg mindig úgy a lábon, mint a lábszáron körkörös pólyameneteket alkalmazunk, nyolczas tourokat s pólyafordításokat nem végezünk. Néhány réteg pólya feltétele után a szokásos kellő vastagságú gypstalpat a talpra, illetve a vastalp alsó felére teszszük fel. Mint általában mindig, úgy itt is szükséges, ha jó és szép kötést akarunk készíteni, a láb nagyságához mért szélességű pólyákat vennünk. A

5. ábra.

kötés megkeményedése után, a mi jó gyps alkalmazásakor körülbelül a kötés elkészültével be is következik, a bekötött lábat a hozzákötött vastalppal s a talptartó rúddal együtt függélyes irányban felfelé húzva a tartókból kiemeljük. Ezután a vastalpat távolítjuk el akként, hogy egyik kezünkkel a kötést, a másikkal a talptartó rudat marokra fogva, a vastalpat a kötésből annak elülső részén egyszerűen kihúzzuk (5. ábra). A vékony vastalp kihúzása a láb állásán semmit sem változtat, a kötés külső alakja ugyanazon helyzetet mutatja, melyben a láb a bekötés alatt volt. Az igy készített kötések pompásan simulnak a lábhoz s alakjuk is

6. ábra.

nagyon tetszetős (6. ábra). Szükség szerint az e módon készült kötést is, mint szoktuk, elől a középvonalban felvágjuk s megtágítjuk, különösen sohasem mulasztjuk ezt el az első kötésnél, a midőn a redresszálás mint traumatikus behatás következtében, esetleg a láb megduzzadása várható. Későbbi kötéseknél, minthogy a kötést jól redresszált lábra alkalmaztuk s a gypskötéssel semmi utólagos redresszálást nem végeztünk, erre ritkábban lesz szükség.

Meg kell jegyeznem, hogy a mellékelt képek nem egészséges modell lábáról, hanem egy nagyon is súlyos világrahozott dongalábról készültek, a mely esetben első izben a kötést narcosisban végzett manuális redresszálás után alkalmaztam a vastalpon s a photographiák felvétele alkalmával harmadizben változtattam meg a kötést, minden alkalommal fokozva a láb correctioját.

A dongaláb bekötése az eszköz segélyével a lehető legegyszerűbb s leggyorsabb. Mióta a kötést a leirt módon alkalmazom, decubitust nem láttam, jóllehet gyermekkórházi rendelésemen a bekötést nagyon gyakran kezdők is végezték. A bekötés e módjának a hatása a dongaláb gyógyításának a végleges eredményein is észrevehető, mert bátran állíthatom, hogy a kötés e módon alkalmazása óta eredményeim lényegesen javultak.

A készülékben sokoldalú nagyon hasznos segédeszközt nyertünk, mely nem kizárólag dongalábak bekötésére, hanem mindazon kötések feltevésére alkalmas, a melyekkel a bokaizületet akarjuk rögzíteni, így kiválóan megfelelő a lábtő s a bokaizület gümős gyuladásánál alkalmazni szokott tehermentesítő járókötések feltételére. Az eszköz egyúttal mint kitünő medenczetartó is szolgál.[1]

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekórházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. rk. tanár.)

Hörgkörüli, sajtosan elfajult mirigy áttörése a légutakba két esetben. Bronchoskopia. Gyógyulás.

Közli: *Erdély Jenő* dr., kórházi segédorvos.

A hörgkörüli mirigyek túltengését a boncolóasztalon aránylag gyakran észleljük, noha sokszor az élőben semmi jellegzetes tünet által nem árulta el magát ezen elváltozás. Ráutalhatunk mindenekelőtt arra, hogy például a mély gátorbeli és a tüdőkörüli nyirokmirigyek duzzanata jelentékeny fokú lehet és mégsem okozza az ismert tüneteket. Ellenkezően a légcsőkörüli, a a felületes gátorbeli és a szegycsontmögötti nyirokmirigyek, ha túltengenek, sokkal előbb idézik elő a szokott tüneteket. Másrészt meg ezen tünetek oly változékonyak, hogy sokszor meg kell elégednünk a valószinüségi kórismével.

Statistikai adatokkal kimutatták, hogy nemcsak a hörgkörüli, hanem a többi intrathoracikus nyirokmirigyek duzzanata is eléggé gyakori a gyermekkorban. Ezen duzzanatok később visszafejlődhetnek ugyan, de viszont jó táptalajul szolgálnak a gümőkór okozóinak is. Ismeretes, hogy míg gyermekeknél a nyirokmirigyek gümős elváltozásaival elég gyakran találkozunk, addig felnőtteknél ezen mirigyek elsődlegesen ritkán támadtatnak meg a gümőkór által.

A sokféle kimenetel között, mely a hörgkörüli nyirokmirigyek sajtos elfajulása gyanánt előáll, igen gyakori, hogy a gümőkóros folyamat ráterjed valamely szomszédos, üreggel biró szervre, falát elroncsolja és a mirigy ebbe beletör. Ilyen szervek a szomszédságban a kis és nagy vérerek, a szívburokür, a mellhártyaür, a nyelőcső és a légutak. Ha valamelyik nagy vérérbe tör át, életveszélyes vérzést hoz létre, ha kis érbe jut, heveny általános gümőkór fejlődik ki. A mellhártya- vagy szívburok ürébe törve ezeket fertözi, a nyelőcsőbe jutva, esetleg baj nélkül kiürül, de előidézheti a gyomorbélrendszer fajlagos megbetegedését is. Legszerencsésebb kimenetel, ha a mellkas falán át kifelé talál utat magának, a milyen esetet *Biedert* is említ.

Áttörés a légcsőbe vagy a hörgökbe *Baréty* szerint az esetek egyötödrészében következik be.

Lássuk közelebbről ama módozatokat, hogyan történik ezen áttörés és mely tünetekkel árulja el magát! A mirigyek tartalma az áttöréskor lehet elfolyósodott, genyesen szétesett, vagy összeálló, sajtos tömeget alkothat.

Az első esetben lehetséges, hogy tartalma egyszerre kiköpetik a nélkül, hogy valamely következményes betegség támadna utána. Bejuthat nagyobb légútba, kiterjedt beszürödést vonva maga után, mely halálos kimenetelre vezet. Ilyen esetet láttunk nemrég a „*Stefánia*“ gyermekkórház boncolóasztalán. Végül előfordul, hogy kis légútba tör át az elfolyósodott mirigy tartalma és lassan

[1] A készüléket Neumann H. műszerész (Budapest, VIII., Józsefkörút 33) készíti. Ára két különböző nagyságú szivalakú medenczetartóval s 6 darab különböző nagyságú vastalppal együtt 60 korona.

ürül ki. Könnyen belátható, hogy mindezen esetekben a kórisme az élőben nehéz.

Még sokkal ritkább a most leirt módozatoknál azon eset, midőn nagyobb sajtos tömegek egyszerre ürülvén ki, „*idegen test*“ gyanánt szerepelnek a légutakban. A tömör gócz, ha nem túlságosan nagy, kilökethetik a hangrésen át a szervezetből Csatlakoznunk kell *Schaldemose* nézetéhez, a ki valószinünek tartja, hogy sok ily eset műtét nélkül gyógyult, a nélkül, hogy felismertetett volna. *Jundell* esete tudtunkkal az egyetlen ezek közül, a mely kellő időben kórisméztetett és műtét nélkül gyógyult.

Ha a tömör gócz a légcsőben marad, ott fel és alá löki a légáram: flottál; vagy beékelődik a hangrésbe vagy valamelyik (rendesen jobboldali) nagy hörgágba. Mindegyik esetben a beékelődés helyétől feltételezett tüneteket hozza létre. Előfordul, hogy csak egy része tör át, mely a mirigynek az eredeti helyén levő részével továbbra is összefüggésben marad. A légcsőben maradt rész ventilszerüen lóbálódik és nagyságának megfelelően szükíti annak üregét.

Észleltek olyan eseteket is, hogy a mirigyben székelő gümös folyamat nemcsak a légcsőnek, hanem egyidejüleg valamely szomszédos vérérnek falára is ráterjed, és midőn áttörve a légutakba, a mirigy ide löketik, a roncsolás folytán ellentállóképességében alászállott érfal megreped és egyúttal vérköpés támad, mely az ér vastagsága szerint különböző fokú lehet, sőt elvérzéshez is vezethet.

Összesen mintegy húsz mirigyáttöréseset van az irodalomban közölve. E számban tehát nemcsak az élőben kórismézett esetek foglaltatnak, hanem azok is, melyeknél a bonczolat derítette ki a sajtos mirigyek áttörését mint a halál okát és a tünetek előidézőjét. Ilyen esetekről tesz említést *Edwards*, *Fuller*, *Kjerner*, *Wescott*, *Meynett*, *Bouchut*, *Parker*, *Stoll*, *Mya*, *Alexejeff*, *Grósz Gyula*. Míg *Widerhofer*, *Fronz*, *Ridd*, *Michael*, *Vogel* olyan eseteket láttak, hol ezenfelül a szomszédos elroncsolt érből vérzés történt a tályogürbe halálos lefolyással.

A „*Stefánia*“-gyermekkórházból *Berend* közölt egy esetet (1894), mely a bonczasztalon ismertetett fel. A 4 éves beteg addigi betegségéig állítólag egészséges volt. Terheltség kimutatható. A kórházba való felvételéig néhány napon át nehezen légzett. A felsőlégút-stenosis szüntetése czéljából intubatio, majd légcsőmetszés kiséreltetett meg, eredmény nélkül. A bonczolat a légcső oszlása felett áttörést mutat, ugyanitt sajtos gócz fekszik a légcső ürében. Gümőkóros elváltozások a tüdőben, a mellhártyán, a gégében.

Míg az idézett esetben heveny gégemegbetegedést, addig a legtöbben idegen testnek a légutakba jutását tételezték fel mint kórokozót. A jelzett esetek $^1/_2$—8 éves gyermekekre vonatkoztak. Öt esetben előzmények nélkül támadtak a fuladás tünetei, a többi ben egyéb kóros tünetek előzték meg a fuladási jelenségeket. Nyolcz esetben légcsőmetszés történt.

Az élőben felismertek közül a következők vannak az irodalomban méltatva:

Petersen esete úgy látszik az első közölt eset. A beteg hat éves leányka, kinél gümőkórra utaló kórelőzmény nincs. Kanyaró lezajlása után gyakori asthmatikus rohamok keletkeztek, melyek egyszer oly fokúvá váltak, hogy légcsőmetszés vált szükségessé. Ekkor sajtos darabok ürültek, melyekben gümőbacillust nem sikerült kimutatni. Gyógyulás.

Fronz két eseről tesz említést. Mindkettőben a klinikai kórisme idegen testet gyanított a légcsőben. Első esete 8 éves leány volt, kinél a másodizben keletkezett súlyos roham alkalmával légcsőmetszést végeztek. Csak másnap reggel ürülnek nyákos, csomós tömegek. A tüdők felett eltérés sem kopogtatással, sem hallgatódzással nem mutatható ki. Csekély láz. Három nappal utóbb újból sajtos tömegek ürülnek. A gyermek bajából gyógyult, de később tüdőgümőkór támadt nála.

Második esete $2^1/_2$ éves leányka volt, kit előzőleg ambulanter hörghurut ellen kezeltek. Terheltség nem volt kimutatható. A gyenge gyermek behozatalakor kis tompulat állapíttatott meg a szegycsont markolatának megfelelően. Az eszközölt légcsőmetszés közvetlenül nem idéz elő javulást a légzésben, csak a légcső izgatása után ürülnek sajtos törmelékek, mire a légzés felszabadul. Láztalan. Három nap mulva újra keletkező légszomj tünetei közben fuladásos halál. Bonczoláskor kiderült, hogy a légcső oszlásánál sajtos tömeg fekszik, mely a jobb hörg mellett levő üregből lép elő és lóbálódva a jobb hörg ürfogatát jórészt elzárja. A többi mirigy is beszürődött. A górcsövi vizsgálat mindkét esetben kimutatta a gümőbacillusokat.

Nachod hat éves fiúnál légcsőmetszést végzett idegen testre utaló tünetek miatt. Részben művileg, részben önként sajtos darabok ürittettek, melyek együttvéve mogyorónyi tömeget tettek ki. Gümőbacillus a sajtos törmelékben nem volt kimutatható. A beteg meggyógyult.

Schaldemose esete 4 éves fiúra vonatkozik, kinél súlyos légszomj miatt légcsőmetszés történt. Lassanként részben eszközökkel, részben önként elsajtosodott mirigytörmelékek távolodtak el, melyek gümőbacillust tartalmaztak. Gyógyulás.

Jundell betege 11 éves fiú volt. Terheltség nincs. Nemrég kanyaró folyt le. Fél év óta gyakori fuladásos rohamok jelentkeztek, melyek utóbb mind súlyosabbá lettek. Egy ily roham alkalmával a kezelő orvos tapasztalta, hogy a jobb mellkasfél légzéskor visszamarad, ugyanitt gyengébbek a légzési zörejek, tompulat nincs. A légszomj fokozódott mindaddig, míg a beteg mogyorónyi, büzös, tömör mirigycsomót nem ürített. Utána megnyugodott. Következő napokon mérsékelt láz, egyébként jó közérzet. Később a jobb tüdő felső lebenyében beszürődés keletkezett, mely néhány hónap mulva visszafejlődött. Gümőbacillusokat nem találtak a köpetben, a kiürített törmelékben azonban igen.

Két szerencsésen lefolyt esetünk a következő:

Első eset: *B. J.* 6 éves fiú. Gümőkóros terheltség nincs. Kiskorában kanyarót állott ki, jelen megbetegedéséig különben egészséges volt. A felvétel előtt néhány nappal kisfokú légszomj jelentkezett nála, míg három napja hirtelen rosszul lett, levegő után kapkodott, ajkai szederjessé váltak.

Felvételi állapot: Jól fejlett és táplált. Bőrszíne halvány, ajkai szederjesek. Orr, száj és torok szabad, elesettség. Légzés *nagy fokban* nehezített. Belégzéskor sípoló zörej, miközben a kulcscsont feletti és alatti, valamint a szegymarkolat feletti árkok, továbbá a gyomortáj erősen behúzódnak. Hang tiszta, köhögés nem ugató jellegü. Tüdők felett sem kopogtatásra, sem hallgatódzásra eltérés nem található. Szív, hasi szervek épek.

Felvétel után rögtön intubatio, de a légzés nem szabadul fel, mire a fuladás megszüntetése czéljából alsó légcsőmetszés végeztetik. *Az ejtett seben át bevezetett bronchoskoppal a légcső oszlása felett jobboldalt a légcső beboltosulása és ugyanott sajtos fehér törmelék ürülése látható.* Canule-lel egész éjen át jól alszik. Láztalan.

Másnap délelőtt fekvő canule daczára hirtelen nehéz légvét, cyanosis, mely szünik, ha *állandóan* bronchoskop van a légcsőben. *Este több izben törmelékes, sajtos tömeg ürül a seben keresztül, mely után a canule-ön át is jól légzik.* Két nappal később újból légszomj támad. *A bronchoskop behelyezése után, a légcsövet gyapottampon-nal súrolva sikerül borsónagyságú jellegző sajtos tömeget kihozni, mire a légzés felszabadul.*

A canule-t óvatosságból még két hétig bent hagytuk. Közben ellenőrzés czéljából a *Killian*-féle bronchoskopia inferior directa végeztetett, cocainérzéstelenítés mellett, mely a következő leletet adta: *A légcső alsó részében, a légcső oszlása felett, hol a jobb hörg beszájadzik, hátul és a középvonal felé, a hörg hátulsó felének megfelelő sarjadzó felület van.* A bal hörg szabad.

A beteg mindvégig láztalan volt. A tüdő felett távoztakor jobboldalt hátul néhány, a légcsőtől odavezetett száraz zörej hallható. Nem köhög, teljesen jó közérzet. Néhány kilogrammot hízott. Egy év mulva bemutatják. Ez alkalommal sem találtunk a fiúcskánál semminemü kóros elváltozást.

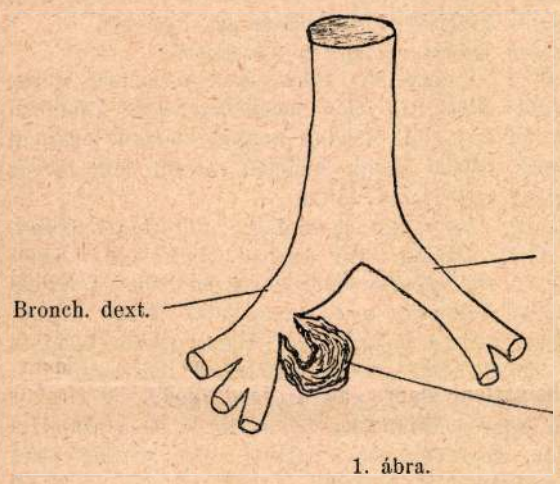
Második eset: *B. I.* 2 éves fiú. Terheltség nem mutatható ki. Fél év előtt hirtelen nehézlégzés jelentkezett nála, mely gőzök belégeztetése után csakhamar elmult, de ezen idő óta állandóan köhécsel. Felvétele előtt egy nappal újból hirtelen nehézlégzés lepte meg.

A jól táplált, angolkóros csontrendszerü fiúgyermeknél mérsékelt légszomjat, a szegycsont markolata feletti és a szívgödri táj mérsékelten fokozódott behúzódását látjuk belégzés alkalmával. A nyakon babnyi-mogyórónyi mirigyek. Síráshangja tiszta, köhögés *érczes* jellegü. Jobb mellkasfél légzésnél kissé visszamarad. A szegy-

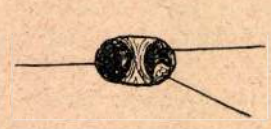
csont markolatától jobbra, körülirtan körülbelül öt koronányi területen tompultabb kopogtatási hang. Az egész jobb tüdőfél, különösen a felső lebeny felett gyengültebb a légzés. Sírásnál mérsékelt szederjesség a látható nyálkahártyákon. *Kórisme: gyanú megnagyobbodott hörgkörüli mirigy áttörésére.*

Felső légcsőmetszés ellenére a légzés nem szabadul fel. Bronchoskopiánál kiderül, hogy *a jobb főhörg ürterét kisbabnyi, sárgásfehér tömeg zárja el, melynek eltávolítása után a hörg ürege szabadon látszik s a légzés felszabadul.* Az eltávolítás fogóval történt a bronchoskop űrén át. Több részletben körülbelül három darab majdnem borsónyi mirigyrészletet sikerült eltávolítani.

A műtét után a légzés a canule-ön át nyugodtan történik. Midőn tíz nappal a műtét után a canule külső nyilását gaze-csíkkal bedugjuk, hogy a beteg a szájon át való légzéshez ismét hozzászokjék, a légszomj a felizgatott gyermeknél újból beáll. Ezért néhány nap mulva újabb bronchoskopia eszközöltetik narcosis mellett. Lelet ezúttal a következő: *A hörgök oszlási helye feltünő széles, de elég halvány. A bal hörg ürtere a szokottnál szükebb, de elég mélyen beléje látni. A jobb hörg szükült, harántrés alakú. A szükület közvetlenül az elágazás alatt fekszik, szélei vérzékenyek, sarjakkal fedvék. Ezen hely mögött egy körülbelül 2 cm. hosszú, a hörg mediális falán fekvő rés tünik elő, melynek fenekén babnyi fehér tömeg ül* (1. ábra.). Fogóval a bronchoskopon át egy



1. ábra.



2. ábra.

jó borsónyi és egy lencsényi sajtos tömeget sikerül kihozni, miután *az áttörés nyilásán át a bronchoskop a mirigy ürébe vezettetett, mely körülbelül jóformán kis mogyorónyi.*

Két nappal utóbb a gyermek bedugott canule-ön át is jól légzik. Tüdők felett bő, nedves hólyagú szörtyzörejek hallhatók elterjedten. Két hét mulva újabb bronchoskopia. Lelet (lásd 2. ábra): a jobb hörg bemenetében a fent jelzett helyen sarjadzások, melyek közül egy kis borsónyi flottál. A sarjak lehetőleg eltávolíttattak. A fentemlített, a szegymarkolattól jobbra fekvő tompult kopogtatási hang feltisztult.

A negyedik bronchoscopiánál, mely tíz nappal ezután végeztetett, a következő volt a lelet: *A sarjak kisebbek. A hörg ürtere tágabb, háromszögalakú nyilással.*

Miután a bronchoskopikus lelet valószinüvé tette, hogy több mirigyrészlet a tályogban már nincs, a canule-t eltávolítottuk, mely után a seb néhány nap mulva záródott. Erős izgatottságnál a beteg arcza kissé szederjessé válik, s ugyanekkor a légcsőmetszés utáni, még nem teljesen consolidálódott hegnek behúzódását is észleljük. Baloldalt hátul-felül a lapoczkák közti táj felső részén gyemektenyérnyi területen a hörgihöz közelálló légzés hallható, azonban tompulati eltérés nélkül. Egyébütt a hallgatódzási lelet nem tér el a rendestől. Az egész lefolyás alatt a gyermeknek csak néha volt mérsékelt s nem tartós láza. Testsúlyban gyarapodott. Tuberculosisbacillust a szövetrészletekben nem találtunk.

A légcsőmetszést mindkét esetben *Winternitz* dr. főorvos, egyetemi magántanár, a bronchoskopikus vizsgálatokat ő és *Paunz M.* dr. végezte.

Az imént leirt két esettel együtt az irodalomban eddig nyolcz oly eset tétetett közzé, hol a mirigyáttörés a légcsőbe *in vivo* kórismeztetett. A *gyógyulással* végződők száma eseteinkkel *6-ra* emelkedett.

A többi leirt esettel szemben különösen ki kell emelnünk a *Killian*-féle bronchoskopia igénybevételét eseteinkben, mely által a kórismézést sokkal biztosabb alapra lehetet fektetni Ezen eljárás segélyével sikerül az áttört mirigyeket *magának az áttörésnek helyén* meglátnunk és ily módon azokat eredményesen ki is hozhattuk. Másrészt általa útbaigazítást nyerhetünk arra nézve is, *mennyire haladt előre a gyógyulás* és mikor lehet a canulet *végleg* eltávolítani.

Felhasznált irodalom: *Berend:* Gyógyászat, 1894. évfolyam. — *Fronz:* Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1897. 44. kötet. — *Jundell:* Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1904. 60. kötet. — *Biedert-Fischl:* Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1902. — *Zuber:* Adénopathie trachéobronchique. (*Grancher-Comby*: Traité des Mal. de l'Enfance, 1904. III. kötet, 578. lap. — *C. Seitz*: Die klinische Diagnostik der Bronchialdrüsenerkrankung. Deutsche med. Wochenschrift, 1885. 145. lap.

TÁRCZA.

A körülmetélésről.

(Vége.)

XI.

A körülmetélés szertartása a zsidóknál. Rendesen a születés után a nyolczadik napon megy végbe a körülmetélés ünnepélye. Ha szürkületkor született a kilenczedik, ha péntek szürkületén a tizedik, ha szombatot követő ünnepnapra esik a szülés tizenegyedik, ha a szombat után újév két napja következik a tizenkettedik napon eszközlik a körülmetélést. Bár a szombat a nyugalom napja, a circumcisio keresztülvitele e napon is meg van engedve, kivéve, ha az ünnepély már egyszer el lett halasztva. A circumcisio ne végeztessék nem zsidón, debilitas congenitában leledzőn, sem vegyes házasságból származott gyermeken. Mind e rendelkezések a talmudból vannak merítve.

Hogy miért történik a körülmetélés a 8. napon, erre nézve sokfelé ágaznak a nézetek. A szülői szeretet napról-napra nő s így valószinüleg később alig metéltetnék körül a kisdedet. A nyolczadik napon heverte ki a gyermek a születés fáradalmait (*Aristoteles*). Ezen korban a fájdalomérzés csekély s nagy a gyógyulási hajlam. Sokan a zsidóknak a hetes szám iránti előszeretetét hangoztatják, ezért történik a közülmetélés a 8. napon.

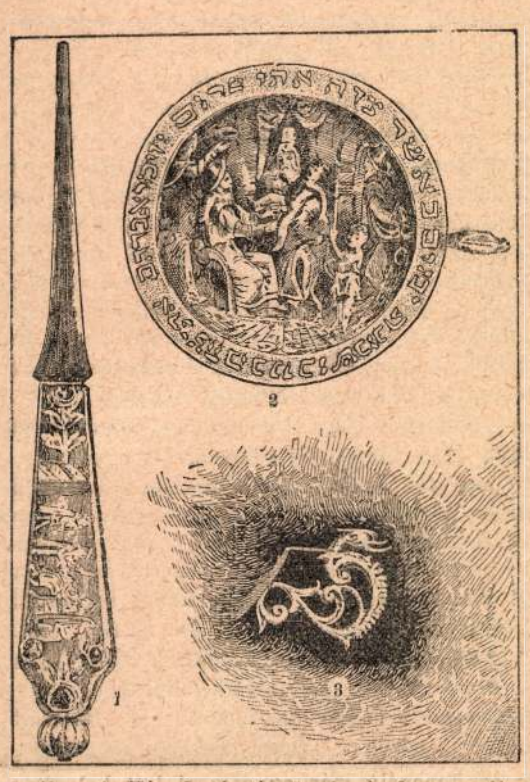
Hajdanában s a vidéken még manapság is a „gozer“ vagy „mohel“ (körülmetélő) „mitswa“-nak (megtiszteltetésnek) tartotta, ha operálhatott, manapság fizetés járja. A mütő előképzettségét illetőleg, minden zsidó, jóhírü férfiú végezheti a circumcisiót, a gyermek apját sem véve ki. *Antiochus* és *Pharao* üldözéseinek idejében a kisdedek anyja s a bábák is végeztek circumcisiót. Zsidó férfiú hijján más orvos is végezheti a beavatkozást.

Ábrahám, Jozsua, Ziporah köből készült metszőeszközöket használtak, a középkori hollandus, spanyol zsidók müvésziesen díszített, de nem egyöntetü alakú müszereket hoztak divatba (musée de Cluny héber osztályában láthatók), jelenleg egy vagy két élü késsel, szikével vagy ollóval végzik a mütétet.

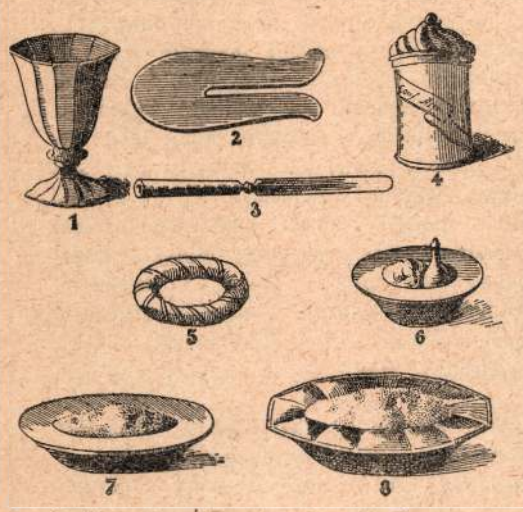
A körülmetélést megelőző napokon szappanos vagy tojásos vízben fürészti a bába az apróságot. Közvetlen az ünnepély előtt iskolásfiúk mesterükkel élükön jelennek meg az ünneplő családnál, néhány héber éneket adnak elő, majd édességekkel megajándékozva hagyják el a házat.

Egyes vidékeken az ünnepélyt megelőző estén a környék szegényeit vendégelik meg, ezen népszokást „Kerisma Lehnen“-nek nevezik. Templomban vagy szülői házban végzik a „brith“ vagy „brith milah“-nak nevezett ünnepélyt, a jelenlevők száma legalább 10 („minjam“), koruk 13 év felett legyen. Rendesen napfelkelte után végzik a mütétet, kivételesen reggeli után. A hétfőn s csütörtöki napon mondott „vechon radiamim“ ima körül-

metéléskor elmarad. A komaasszony az anyától átveszi a gyermeket, tovább adja a komának, ez ismét a kisdedet a műtét alatt segédkező egyénnek. De mielőtt a műtét megkezdődnék, *Éliás* prófétának fenntartott, párnával fedett székre helyezik a kisdedet. A körülmetélés alatt felpolczolt medenczével fekszik a gyermek. A mohel néhány dörgölőmozgással erigálja a penist, előrehúzva a fitymát, a glans elé egy közepén hasadékkal ellátott ezüstlemezt, pinczettát vagy ujját helyezi, mely felett elvágja a fitymát. A levágott részletet sok helyüt hamúval telt edénybe dobják. (1., 2., 3. ábra.)



2. ábra. 1. Kés, 2. tányér, 3. tányér foggantyúja.



3. ábra. 1. Áldomásserleg, 2. fityma-tartó, 3. kés, 4. fűszerdoboz, 5. szalag, 6. gyapot s olaj. 7. homok, 8. hintőpor.

4. ábra. 1. Fitymatartó, 2. szopóka, 3. kés, 4. mesi-sah-edény.

Ezután a dorsális oldalon a fityma nyálkahártyája, néha az összenövéseknek előzetesen kutaszszal valófeloldása után, a corona glandis-ig körömmel („periah"), kivételesen ollóval, lesz végig hasítva.

A műtét befejezése után a „metsitsa" (vérzéscsillapítás) következik, mely a sebfelületnek borral telt száj jal való háromszoros kiszívásából áll. A kiszívás után a véres bort ráköpik a sebre. Ez undok szokást a neologok javarésze elhagyta. Hollandiában üvegszívóval végzik.

A „metsitsa" után sárkányvérrel, vagy tojás-sárkányvér-keverékkel, vagy „mohel-mehl"-lel fedik a sebet. A „metsitsa"-t nem végzők bórsav, jodoform, dermatol, jodol, sozojodol stb. stb.-vel kezelik a sebet. Végül steril gazelebenykébe burkolják a penist.

Az egész műtevés alatt a műtő, apa s jelenlévők imákat mondanak. Mütevés után a kisded térdei közé összehajtott törülköző lesz helyezve s azután a lábak egymáshoz erősítve. E procedura után ismét kézről kézre adják a kisdedet, míg az anyjához kerül. Az ünnepélyt rendesen gazdag reggeli követi.

24 óra letelte után fürösztik a gyermeket s a bórsavba, vagy bór és olaj keverékéből álló folyadékba mártott kötőszert ismét alkalmazzák. 3—8 nap alatt teljes a gyógyulás.

XII.

Eros bírálatot provokál a körülmetélés leirt módja. Csodálatos, hogy a zsidó, ki a talmud tanításai szerint étkezés előtt, s ha testének valamely fedett részét érinti, mosakodni köteles, e kívánalomnak a circumcisio előtt alig tesz eleget és ha a környezet unszolására immel-ámmal mosakszik, mosakodás után göngyöli be a gyermeket, előszedi piszkos imádságos könyvét, nemkülönben szennyes „thales"-át (imádságos köpeny) s így illusorius az egész ú. n. mosakodás.

Ugyanígy vagyunk a műtét tárgyát tevő testrészszel, kivételes dolog, hogy előzetes mosás után történik a beavatkozás.

A műszerek sterilizálása ismeretlen fogalom, elvétve úgy a hogy reggelenként megtisztítják az instrumentariumot, hogy azután egy piszkos kendőbe takarva szennyes müszertáskába kerüljön. S hogy használat után a földre dobva, mily könnyen lehet tetanus okozója, az szembeszökő. A mint már említettem, a „periah"-t az epispasmus megakadályozására hozták be, a szentirás nem emlékszik meg e barbár beavatkozásról. Hogy az idegdús praeputium beszakítása mily fájdalmat okoz s hogy a körömkefét s ráspolyt nem ismerő, fertőző anyaggal fedett körmök az infectio mily melegágyai, azt modern orvosok előtt hangsúlyoznom szükségtelen.

Csodálatos, hogy találkozott egy franczia modern orvos *(Klein)*, ki számos munkálatában síkra száll a „metsitsa" érdekében s nemcsak helytelen alapra állva kardoskodik a rituális circumcisio ez utálatos s a szentirás által elő nem irt része ellen (csupán a „mischna"-ban találjuk felemlítve), hanem kartársait diagnostikus tévedéssel, illetőleg tudatlansággal vádolja, midőn kijelenti, hogy a közölt luetikus s gümős megbetegedések nem felelnek meg a valóságnak. A „Protokolle der 1-ten, 2-ten und 3-ten Rabbiner-Versammlung zu Braunschweig" 1844, 1845, 1847-ben elvetik ez utálatos s veszélyes eljárást. A müncheni *Pettenkofer* által ajanlott szívóüvegek kevésbé ártalmasak, de a gyakorlatban nem váltak be.

A „mohel-mehl"-nek mint hintőpornak alkalmazása szintén nem felel meg a modern követelményeknek.

Nézzük a *körülmetélés ellen felhozott tényeket. König* (Lehrbuch d. spec. Chir. 6. Aufl. II. B. S. 742.) 2 esetben halálos kimenetelü phlegmonosus erysipelast látott circumcisio után, úgy hogy következő kijelentésre ragadtatta magát: „Eine grosse Anzahl ähnlicher Unglücksfälle wird sorgfältig verschwiegen. Wir halten es für die Pflicht eines jeden Arztes, gegen die rituelle Beschneidung in jedem Falle Einspruch zu erheben." Hasonló 2 esetet ismertet *Bernstein*, *Kogan* s *Mayersohn*. *Arnhold* egy körülmetélés után keletkezett, halálra vezető gangraenát ir le, ugyanily esetet ir le *Bergson*. Phlegmonosus szövődményről tesz említést *Hársu* (Circumcizia la Evrei, 1901. Bucarest.), *Ebstein* s *Jacobi* diphtheriás lepedékkel fedett körülmetélési sebet észleltek; *Ludmann*, *Elsenberg*, *Lehmann* stb. a műtő (mohel) által inoculált gümőkórról szól. A *Stefánia*-gyermekkórházban magam is észleltem ily esetet. 1890—1891-ben *Oumansky* leirása szerint Ekaterinoslawban 20 gyermek lett tuberculosus mohel által fertőzve. *Neumann* („Wiener med. Presse" 190.). 13. szám), *Stummeisen* („Vratsche duaïa Gazeta." 1902. 28. sz.) ugyanilyen eseteket ir le.

Bókay János tanár úr kegyes jóvolta folytán, melyért e helyen is hálás köszönetet mondok, közölhetem a következő, a *Stefánia*-gyermekkórházban észlelt, unicumszámba menő esetet: *G. S.* falusi 5 hónapos izraelita csecsemőt 1904. január 29. én vették fel. A körülmetélt s körülmetélés után a „mohel" által kiszopott penisseb állitólag szépen gyógyult. Az egy hónapos

kisded lágyékhajlataiban mirigyek, a glanson confluáló, minden kezelésnek daczoló hólyagcsák jelentkeztek. Felvétel előtt három héttel a jobb lágyékhajlatban lévő mirigycsomag elgenyedt. A gyermek családjában tuberculosus terheltség nem mutatható ki.

Felvételkor a kisdeden következő elváltozások voltak észlelhetők: Fandomb s mindkét lágyékhajlat duzzadt, a bőr a duzzanat felett kékesvörösesen elszínesedett. A baloldali lágyékhajlatban tapintható mirigy tömött, körülbelül mogyorónyi nagyságú. A jobboldali inguinális duzzanat közepén 1·5 cm.-nyi nyilású, tölcsérszerüen a mélybe vezető, kevés sárgás genyet ürítő (a genyben *Koch*-féle bacillusok) járat mutatható ki. A penis tövén, a sulcus retroglandularisban és a glans penis-en éles határú, szennyes, szalonnás alapú, elég mély, circuláris elhelyeződésü fekélyek találhatók, úgy hogy tulajdonképen csupán a penis jobb felső negyedének bőre egészséges.

A jobb tüdő felső lebenyében körülirtan erős hörgi légzés, crepitatio, kopogtatási eltérés nélkül.

A gyermek állandóan subfebrilis. A penisfekélyek bórvaselinnal kezeltetnek. I. 17. A jobboldali lágyékmirigy excochleatioja végeztetett. A sebgyógyulás lassan halad. A tüdőbeli állapot állandó, míg II. 5.-én az egész testre kiterjedő görcsök kiséretében beállott a halál. *Bonczlelet:* Ulcus tuberculosum penis. Bubo consec. inguin. l. utr. Excochl. bubon in lat. dextr. Tuberculosis miliaris. Intumescentia maj. grad. et degen. caseosa gland. lymph. pelv. et gland. retrop. abdom.

A német zsidó hitszónokok boroszlói congressusán *Salomon* rabbi orvosfiának egy levelét tette közzé, melyben ez egy luetikus mohel által létrehozott syphilisepidemiát ismertet, hasonló észleleteket közölt Bécsből *Pitha* (30 eset) és *Rust* (Helkologie oder über Natur, Erkentniss und Heilung der Geschwüre, Wien, 1811). *Kidosof* mohel által luessel fertőzött három gyermek kórtörténetét közli, kik az infectiót anyjukra vitték át. *Jaffé* (Die rituelle Circumcision. 1886), *Fischer* Boroszlóban, *Vanier* (Causes morales de la circ. 1847), *Brecher* (Die Beschneidung, Wien, 1895), *Abolinsky* Krakóban kimerítő e tárgyra vonatkozó casuistikával szolgálnak. Más esetekben a beteg gyermek a műtőt fertőzte, ki ismét az infectio további forrása lett. Hogy a luetikus, tuberculotikus, diphtheriás (bacillus *Loeffler* egészségesek szájában!) mohel által a seb kiszopása révén, vagy piszkos műszerek által létrehozott fertőzések nem irhatók a tulajdonképeni műtét, hanem a jelenleg civilizált államokban eltiltott „*metsitsah*“ rovására, az megbeszélés tárgyát sem képezheti. Szintúgy a „*periah*“, a praeputium belső lemezének átszakítása körömmel sok oly kóros tünet létrehozója, melyet a circumcisio ellen hoztak fel. *Bergson* az orificium externum urethrae felsebzését, a seb fertőzését plica polonicával (mely a körmöket is megtámadja!) vagy tetanussal említi. *Baumgarten* (Centralbl. f. Chirurgie, 1896. 837. l.) luxatio penis létrejöttét tudja be a periah-nak. *Regnaul G.* (Bull. méd. 1904 836. lap) három fiatal tengerésznél a körülmetélés után néhány nappal epileptiform görcsöket észlelt, a görcsök nem ismétlődtek meg; hogy valóban a műtétnek tudandók-e be, azt *Regnaul* nem bizonyítja. Hogy ügyetlen műtő a glans penis t is sebezheti, az természetes; ily eseteket ismertet *Starcke*, *König*, *Karewski*, *Bergson*. Érdekes *Bergson* esete: Egy 38 éves férfiúnál az impotentia generandi oka egy az orificium ext. urethrae-t szükítő, a rituális circumcisio által létrehozott pseudemembrana volt, melynek eltávolítása után a férfiú nemzőképes lett.

A körülmetéltnek állítólag hajlama van a *paederastiára*, mert a fitymától megfosztott glans érzékenysége csökkent s ezért erősebb ingerek keresésére indítja birtokosát. Valószinü, hogy a paederastia régibb mint a circumcisio, bebizonyított tény, hogy nyugaton ép a zsidók közt a legritkább. Keleten valószinüleg a nők csunyasága (*Jobert*) viszi a férfiakat fiatal fiúgyermekek csábítására.

Még az *aesthetikát* is mozgosították a körülmetélés ellen, kiemelve, hogy a művészek *Jézust* mindig praeputiummal festették. Az e tárgy iránt érdeklődőket három dolgozatra utalom: *Guinard*, Le prèpuce dans l'art. (Chron. méd. 1904. p. 118—125), *Meige* (Arch. gén. d. méd. Mai 1901.) és *Jayle* et *Goetschalk*, Visite aux musées d'Italie; impressions médicales (Presse méd. 11. III. 1903.). *Guignard* a Louvreben elhelyezett 7 képről bizonyítja, hogy rajtuk a Jézus gyermek körül van metélve, a festők neve: *Tizian*, *Rafael*, *Bernardino Luini*, *Girolamo di Libri*, *Ambrogio il Bergognone*, *Carlo Crivelli*. Helyesen jegyzi meg továbbá, hogy nem a művészi szempont, hanem a modell vitte a festőket *Jézus* nem körülmetélten való ábrázolásra.

S ha a hellenismus idejében az ifjak epispasmust végeztek, ez sem történt az aesthetika kedvéért, hanem mert kortársaik őket „curtus“-nak csúfolták.

XIII.

A mohel kiképzése. Nem állhatunk *Bergson* és *Philippson* álláspontjára, hogy circumcisiót csupán orvos végezhessen (Magdeburg, Drezda, Boroszló elfogadták e követelményt), de a legnagyobb erélylyel kell tiltakoznunk, hogy a község saktere egyúttal „mohel“ is legyen. Helyesen jegyzi meg *Löwenstein:* „Unsere Heilgehülfen, zu deren Obliegenheiten das wahrlich nicht allzu subtile und schwierige Geschäft des Schröpfens gehört und die sich im höchsten Falle zur Praxis des Zahnausziehens erheben, sie haben ein gründliches, practisches und theoretisches Studium zu absolviren, und während wir sorglos und als etwas selbstverständliches Gesundheit und Leben unseres zarten achttägigen Knäbleins der rohen Hand eines jeder gründlichen Ausbildung entbehrenden Mohel überantwörten, vertrauen wir unsere Hühneraugen nur demjenigen an, der ein practisches und theoretisches Examen in der sogenannten niederen Heilkunst abgelegt hat.“ A „mohel“-nek teljesen egészséges (lues, tuberculosis, alkoholismus!), kellőképen orvosok által kiképezett s ellenőrzött egyénnek kell lennie. A „mohel“ pontosan ismerje a circumcisio contraindicatioit s a mütét megejtése előtt lehetőleg orvossal együtt konstatálja a beavatkozás keresztülvitelének lehetséges vagy lehetetlen voltát. A penis pontos normális anatomiáját ismerje, de tudomása legyen az esetleges abnormitásokról. [Kuriozumként hármat kivánok kiemelni: *Dardignac*. „Deux observ. de kystes mucoides sous-préputiaux“ (Arch. prev. d. chir. I—III. k. 627. l.), ugyane lapban 518. l. *Dannic* „Un cas de gland supplementaire“ és *Küttner* „Ueber angeborene Verdoppelung der Penis“ (Centralbl. f. Chir. 1896. 387. l.)]. Ismerje a sebészi asepsis alapelveit: kézmosás (szappanos víz, alkohol, körömkefe és ráspoly), a mütevés helyének s környezetének aseptikussá tétele (szappanos víz, aether, bóroldat). A mütét steril műszerekkel, később ismertetendő módosításokkal végzendő (sterilizálás a helyszinén orvosi felügyelet mellett!). Modern sebkezelés ismerete (utalás a carbol mérgező voltára, *Bogdanik* [Wiener med. Presse, 1895. 33. sz.] halálos carbolmérgezés esetét közli post circumcisionem). Az elsődleges és másodlagos vérzés s haemophilia fogalmának s csillapításának ismerete.

A mütét I. szaka: „Milah“, glans elé fitymára helyezett pincetta, mely előtt gombos szikével vágassék le a fityma. II. szak: „Periah“, a glans dorsális részén tompavégü ollóval messék át a hátramaradt fitymarészletet, ugyanígy ollóval válaszszák el az összetapadásokat. III. szak: „Mesisa“, eltiltandó. Helyette a seb öblítése 3%-os bórsavoldattal. Vérzés jelentkezésekor orvosi segély. IV. szak: Kötés, a seb hintőporral ellátva, steril gazevattával lesz befedve. V. szak! 24 óra multán a sebnek lege artis ellátása.

Az ily módon módosított mütétet nyugodt lélekkel vitethetjük keresztül. Ezek szem előtt tartása mellett teljesen szükségtelen, sőt szerény nézetem szerint elitélendő, ha orvosok ez ösrégi s határozottan hygienikus s prophylactikus értékü mütevéssel szemben állást foglalnak.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

C. Garnier: **La femme criminelle.** Paris, O. Doin. 1906. 468. l. Ára 4 franc.

Toulouse 15 kötetből álló könyvgyüjteményt alapított meg „Bibliotèque biologique et sociologique de la femme“ czimen, melyben egyes összefoglaló munkákkal megvilágítani akarja a női nem különféle irányú tulajdonságait. Ezek sorában a 12. kötet a női nem büntetteiről szól.

A szerző kifejti, hogy aránylag kevesebb nőt büntetnek meg, a minek főoka, hogy a nő kisebb mértékben vesz részt az életharczban. Ezt igazolja, hogy a városi lakosságban, melyben a nők is sokat dolgoznak gyárakban, több a női bünösök aránya, mint falun. Ennek megfelelően a női büntettek emelkednek, a mint a nők részt vesznek az élet harczában. Olvasunk más magyarázatokról is, melyek azonban helyt nem állanak. Érdekes, hogy a nők nagyobb vallásossága nincs befolyással, sőt az asszony büntettei közt is megtartja azt, mint számos közölt esetben kiderült. Érdekes az iskolába járó tanulók rendetlenkedéséről szóló összehasonlító belga statistika is; látjuk ebből, hogy sokkal több fiú veszekszik és több lop mint leány és viszont lustaság és piszkosság miatt több leány volt büntetve. De ezen statistikákban nem minden pont alkalmas következtetésre, pl. az egyik iskolában inkább kisérik figyelemmel a tisztaságot, mint a másikban. Arra is kell gondolni, hogy itt az egyes nemek egymástól el vannak különítve, a mi más képet ad, mintha együtt volnának. Az elmebaj okozta büntettek között több a női büntett, így 446 férfi közül 38, 219 nő közül 58 ütközött üldözési mánia következtében a büntető törvénybe. A börtön argot-nyelvének megalkotásában a nők találékonyabbak.

Nem létezik bünös női typus, sőt a női bünösökön sok a férfias vonás, pl. férfias szörzet, izomerő stb. Az általános criminologiáról szóló fejezet a női degeneratiós jelekkel fejeződik be.

A büntettek nemei közül az anyaság, a nemi ösztön bűnei, a lopás és a politikai bűnök olvashatók bő casuistikákkal külön fejezetekben. Végül a büntetések különbözőségével foglalkozik a szerző. A régiek mindig enyhébben büntették a nőt, és ez a felfogás több újabb keletü esküdtszék itéletéből is kicsillant.

Toulouse könyvgyüjteményét figyelmébe ajánljuk az érdeklődöknek. Mindazonáltal nem hallgatjuk el a megbeszélt munkának egy kómikus mondatát, mely Magyarország annyiszor panaszolt külföld előtti ismeretlenségére vet világot. A nő bátorságáról van szó a halál előtt. Ezzel kapcsolatban olvassuk: „A magyarok a lovakat úgy ölik meg, hogy a falba a szügy magasságában hosszú hegyes vasat tesznek. A mint az állat érzi a szúrást szügyén, a fal és a látható akadály ellenére addig megy előre a halálba, míg a vas hegye szívébe nem fúródik.“ Vajjon honnan vehette a szerző ezt az értesülést? *Kollarits Jenő.*

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A secacornin-Roche nevü secale-készítmény tulajdonképen nem más, mint a Svjáczban már régóta használatos ergotin-Keller, a mely Kobert szerint a legjobb anyarozs-kivonat, a mennyiben az alkaloidokat lehetőleg egész összességükben és bomlatlan állapotban tartalmazza, egyéb hatástalan, esetleg káros anyagok pedig nincsenek benne. Ezt a Keller-féle készítményt állítja elő most nagyban a Hoffmann-la Roche-czég, még pedig steril oldat alakjában, a mely úgy belső és rectalis használatra, mint bőr alá illetve intramuscularis befecskendezésre használható. 1 cm^3 4 gramm secale cornutumnak felel meg. A secacorninról nagyon dicsérően nyilatkozik *Walther* giesseni tanár, a ki főleg az intramuscularis befecskendezést ($^1/_2$ cm^3 secacornin merőlegesen a natesbe 2—3 centimeternyi távolságban a gáttól) ajánlja. (Medizinische Klinik, 1906. 43. szám.)

Belorvostan.

A gümőkóros eredésü rheumatismusról az utóbbi időben franczia szerzők meglehetősen sokat irtak, másutt azonban úgylátszik még nem eléggé méltatják ezt a kórképet. Nem végzünk tehát egészen felesleges munkát, a mikor röviden megismertetjük *Kokoris* atheni docens czikkét, a mely a „Wiener klinische Rundschau“ ez évi 46. számában jelent meg.

Az izületi gümőkórnak közönséges alakjain kivül vannak olyanok is, a melyekben a gümőbacillus által létesített izületi elváltozás nem specifikus, hanem olyan, mint a más okok folytán támadt közönséges izületlob. A „rheumatismus tuberculosus“ néha másodlagosan jelentkezik olyanoknál, a kik valamely más szervnek (tüdő, bél, csont, nyirokmirigy) gümőkórjában szenvednek. Más esetekben azonban nem mutatható ki a test más részében gümőkóros megbetegedés. Az izületi baj tehát egyedüli manifestatioja ilyenkor a gümőkórnak és néha egy idő mulva teljesen megszünik, máskor meg idült állapotba megy át. A gümőkóros rheumatismus olykor a specifikus gümőkóros elváltozásoknak az előhirnöke; ezek az elváltozások vagy azon izületen támadnak, a mely előzőleg ilyen „rheumatismus“-ban szenvedett, vagy valamely más szervben. A klinikai kép hasonlít a heveny izületi csúzéhoz; változó intensitású duzzadás, fájdalom stb. egy vagy gyakrabban több, előszeretettel nagyobb izületben. A betegség, a mely rendszerint makacsabb mint a közönséges izületi csúz, szintén javulással és rosszabbodással váltakozó szakaszokban folyik le, hajlandósággal bir az egyik izületről a másikra átugrásra, néha endocarditissel és más savós hártyák lobjával (pleuritis, peritonitis, meningitis) szövődik; végül vagy nyom nélkül eltünik, vagy pedig idültté válik, ankylosisra, nemkülönben deformáló folyamatokra vezetve.

A klinikai tünetek tekintetében tehát nem igen különbözik a tuberculosus rheumatismus a közönségestől. Vannak azonban körülmények, a melyek az esetek többségében mégis rávezetnek a helyes diagnosisra. Ilyenek a családi terheltség, az előrement betegségek, a beteg általános állapota, a salicylkészítmények hatástalansága. Néha azonban csak akkor válik biztossá a diagnosis, a mikor már valami más szervben fejlődik specifikus gümőkóros elváltozás.

A tuberculosus izületbaj néha egyszerü arthralgia képében jelentkezik: erős fájdalmak támadnak majd az egyik, majd a másik izületben, minden objectiv tünet (pirosság, duzzanat stb.) nélkül. Ez az alak úgylátszik a gyermekkorban gyakoribb, s vagy nyom nélkül eltünik, vagy helyi lobos jelenségekkel járó heveny alakba, vagy pedig typusos izületi gümőkórba (tumor albus) megy át. Néha az idült izületlob, sőt az arthritis deformans képét is utánozhatja a tuberculosus rheumatismus, a melynek valóban gümőkóros természetét már több esetben sikerült bebizonyitani az izületi izzadmánynak tengerimalaczokba oltásával. Esetleg a tuberculin is igénybe volna vehető a baj természetének felismerésére.

Poncet állitja, hogy a gümőkórnak egyrészt typusos, specifikus anatomiai elváltozásokkal járó, másrészt egyszerüen lobos alakján kivül van még egy harmadik alakja is, a melyben a gümőbacillus septicaemiaszerü állapotot létesit minden anatomiai laesio nélkül. Ismertet egy esetet, melyben kezdetben a typhuséihoz hasonló általános jelenségek mutatkoztak, minden localisatio nélkül, majd heveny izületi csúz tünetei támadtak, végül pedig határozottan gümőkóros folyamatok: Pott-kór, csonttuberculosis és tüdőgümőkór fejlödtek.

A szív erejének mérésére *Katzenstein* mintegy két évvel ezelőtt eljárást ajánlott, a melyet annak idejében lapunkban is ismertettünk volt. Lényege röviden az, hogy a fekvő helyzetben levő egyén vérnyomásának és érverésszámának meghatározása után mindkét femoralist a Poupart-szalagon középujjunkkal leszorítjuk, a periferiásan fekvő ujjunkkal ellenőrizve, vajjon teljes-e a leszorítás; a vérnyomást és az érverésszámot ekkor újból meghatározzuk. *Levy* nagyobbszámú egyénen próbálta ki ezt az eljárást és tapasztalatairól a „Zeitschrift für klinische Medizin“ 60. kötetének 1. és 2. füzetében számolt be. Egészséges szivü egyénekben a leszorítás alatt többnyire fokozott volt a vérnyomás, de ez egy idő multán megszünt; az érverések száma nem változott avagy csökkent; ingerlékeny egyéneknél azonban nem volt meg mindig a vérnyomás fokozódása. A bal szivgyomor hypertrophiája, úgyszintén jól kompenzált idült nephritis eseteiben sokkal nagyobb volt a leszorítás után a vérnyomásfokozódás. A vérnyomás csökkenése kapcsolatban a pulsusszám szaporodásával a leszorítás után súlyos sorvasztó betegségekben, azután főleg fertőző bajokban és szivbajokban volt észlelhető és a szív erejének hanyatlására utalt. Heveny fertőző betegségekben a vizsgálat eredményéből többnyire jól lehetett következtetni a szív állapotára. Tapasztalatai alapján a szerző általában elég jó eljárásnak tartja a Katzenstein-félét a szív erejének megállapítására.

Idegkórtan.

A Marie-féle aphasia-elmélet, melyet e lap 23. számában ismertettünk, *Déjerine* ben talált ellenzőre. *Marie* tudvalevőleg

az érzőaphasia lényegét intelligentiazavarnak tartja és a mozgató aphasiát intelligentiazavar és anarthria egyesülésének véli. *Déjerine* legelőbb is *Marie* azon kijelentését czáfolja meg, a mely szerint a klinikusok eddig az aphasiás szellemi képességét rendesnek tartották. Ez az állítás nem áll meg, mert már *Trousseau* volt az első, a ki az ellenkezőt hangoztatta és utána is sokan így vélekedtek. Részletesen foglalkozott ezzel a kérdéssel a törvényszéki orvostan is és arra az eredményre jutott, hogy az elmeképesség ebben a bajban igen különféle, néha teljesen rendes, máskor zavart. *Déjerine* maga is azt irta, hogy minden beszédcentrumzavar következtében aphasiás embernek csökkent az intelligentiája és ez kifejezettebb az érző, mint a mozgató aphasiában. Ennek az oka Déjerine szerint a beszédképek hiánya. A dolog nagyon érthető, ha átgondoljuk annak az életét, a ki senkivel sem tud érintkezni szellemileg. Ehhez vehetjük, hogy az aphasiás többnyire öreg, sokszor arteriosclerosisban szenved, és így agyveleje vérrel nem eléggé táplált. *Marie* felvételével sok mindent nem lehet megmagyarázni. Már *Baillarger* 1865-ben felismerte, hogy a butaságtól különbözik az az állapot, a melyben a beteg a szót nem érti meg, hogy a szó meg nem értése nem intelligentiazavar. Még kevésbé magyarázható intelligentiazavarból a paraphasiák és jargonaphasiák. Ha az érzőaphasia nem a szóképek centrumának megbetegedése, hanem intelligentiazavar, akkor nem érthető, hogy miért csatlakozik csak a jobboldali hemiplegiához (jobbkezeseken). Továbbá a dementiás beteg intelligentiája zavart és mégis megérti a kérdést, ha nem is felel rá helyesen.

Nem áll meg *Marie* felfogása a *motorius aphasiáról* sem, különösen nem áll az, hogy nem volna lokalizálható a Broca-féle centrumban. *Marie* ezt a nézetét arra alapítja, hogy előfordul a jobbkezes emberen *Boca* féle aphasia, a nélkül, hogy a bal 3. homloklebeny beteg volna. Viszont volt eset, a melyben ez az agyvelőrész roncsolt volt és a jobbkezes beteg nem volt aphasiás. Ezzel szemben *Déjerine* arra hivatkozik, hogy ez kivétel és talán úgy is érthető, hogy vannak „ambidexter“ emberek. Az is lehet, hogy valaki jobbkezes és beszélő képessége *kivételesen* mégis a jobb oldalon van lokalizálva. De nemcsak a Broca-féle kéregre kell gondolnunk, mert hiszen ugyanaz az eredmény, ha a Broca-féle kéreg alatti részek sérülése azt elzárja a többi agyvelővel való kapcsolattól, mint azt már *Charcot* 1882-ben tanította. A kettő között mégis fennálló különbség még tanulmány tárgya és így bizonyítékkép egy irányban sem használható. Más kérdés az is, hogy az eredeti Broca-féle területnél nem nagyobb-e a mozgató aphasia lokalizálása. *Déjerine* tanítványának, *F. Bernheim*nek eseteiből arra a következtetésre jut, hogy ez talán a 2. homloklebenyre is kiterjed, de semmi esetre sem az operculumra, sem a temporalis lebenyre. Nem elég ugyanis ilyenkor a makroskopos vizsgálat, a mikor a sérülés egy része rejtett maradhat. *Marie* még ezután közlendő bizonyítékokra is hivatkozik, ezek természetesen még nem bírálhatók meg. *Marie* nincs tekintettel arra, hogy a mozgató aphasiában levő esetleges érzőzavarok különböznek az érzőaphasia hasonló jelenségeitől, tehát ezért sem lehet a mozgató aphasia az érzőaphasia intelligentiazavarának kapcsolata beszédzavarral. Így az alexia, mely néha a mozgató aphasia kezdetén megvan, sohasem állandó és abból származik, hogy a beteg magában a szót elmondani nem tudja. A szóértészavar sem nagyobbfokú a motorius aphasiában és csak annyiban nehezített, a menynyiben hiányzanak a motorius szóképek. Az érzőaphasiás rajzolja az elébe tett irást, a motorius aphasiás betü szerint másolja, ha ilyen tekintetben egyáltalán van valami zavar.

Marie kórboncztani leletei nem bizonyítók, mert csak makroskopos megtekintés segítségével, szövettani vizsgálat nélkül készültek. Hibás az a felfogás, hogy a beszédhiba az anarthriával egyenlő, mert az aphasiás helyesen ejti ki azt a szót, a melyet kiejteni egyáltalán tud, míg az anarthriás a szótagokat nehezen rójja össze, minthogy az anarthriában a beszédszerveihez menő mozgató rostok betegek. (La presse médicale, 1906. 55. és 57. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az appendicitisrecidivákról ir *Karrenstein*. Vizsgálatai egy hadtest azon katonáira vonatkoznak, kik az 1880—1904. évben vakbélgyuladással kezeltettek. 500 egyén közül 233-tól tudott felvilágosítást kapni, melyek alapján megállapította, hogy 101 esetben, vagyis az esetek 43·4%-ában következett be recidiva; hozzászámítva ezekhez azt a 11 esetet, melyekben már a katonaság alatt észlelt roham is recidiva volt, a recidivák száma 50·2%-ot tesz ki. Ez a szám magasabb az irodalomban rendszerint talált recidivaaránynál, mely 15—37% közt ingadozik a szerző által közölt irodalmi adatok szerint, csak *Haberer* szerint tesz ki 38·8 és *Sievers* szerint 52·9%-ot. (Nem lehetetlen tehát, bár a szerző tiltakozik e felfogás ellen, hogy a beadott válaszok aggravatiót tartalmaztak; másfelől épen a legsúlyosabb recidivák, melyek halállal végződtek, a mint az a vizsgálati módszer természetéből folyik, kimaradtak a statistikából. Ref.) A 11 beteg közül, a kiken műtét történt, recidivára valló panasza volt négynek, ezek közül háromnál az appendix nem lőn eltávolítva, a negyediknél az appendix eltávolítása megtörtént. A 7 nem recidiváló eset közül 3-szor nem lett resekálva a féregnyúlvány.

A recidivák száma

1	volt	38	esetben	37·6%
2	„	11	„	10·9%
3	„	7	„	6·9%
4	„	2	„	2%
5 és több	„	36	„	35·6%
nem ismeretes	„	7	„	6·9%

tehát úgy látszik, hogy az első recidivával a dolog végleg el lehet intézve, azonban ha már 2-szer recidivált az appendicitis, akkor folytonos recidivára hajlamos. Azt a kérdést, hogy a bántalom súlyossága minő befolyással van a recidivára, mivel egységes csoportokba nem lehet az appendicitiseket sorolni, csak indirect módon tudta megközelíteni. Azért figyelembe vette

1. a kezelés tartamát:

a 10 napig	kezelt	betegek	közül	recidiva	támadt	56·6%-ban
11—20	„	„	„	„	„	„	39·7%-ban
21—30	„	„	„	„	„	„	45 3%-ban
31—40	„	„	„	„	„	„	37·9%-ban
41—50	„	„	„	„	„	„	38·1%-ban
51 és több	„	„	„	„	„	„	51 5%-ban

tehát a legrövidebb és leghosszabb ideig tartó appendicitisek mutatták a leggyakoribb recidivát;

2. a láz magasságát, nevezetesen a maximális temperaturát.

Láztalan	recidivált		47·4%-ban
38°-ig	lázas	„	31·5%-ban
38·1—39°-ig	„	„	55·2% ban
39·1—40°-ig	„	„	34·7%-ban
40·1 és több °-ig	„	„	20·0% ban

megjegyzendő azonban, hogy 40·1° és magasabb temperatura mindössze 5 egyénnél észleltetett;

3. a pulsusszám szerint: a 100-on felül és alul levő pulsusszám, a mi *Krecke* szerint az appendicitis simplex és destructiva közti diagnosisra engedne következtetést, a recidivák arányát nem befolyásolta.

A recidiva idejének kérdésére nézve a következő táblázat nyujt felvilágosítást:

az	1.	évben	recidivált 56·4%
	2.	„	„ 21·8%
	3.	„	„ 5·9%
	4.	„	„ 5·9%
	5.	„	„ 2%
	6.	„	„ 1%
	7.	„	„ 3%
	8.	„	„ 1%
	10.	„	„ 1%
	12.	„	„ 1%
	16.	„	„ 1%

Ez megegyezik az irodalom nyujtotta többi adatokkal, melyek szerint az esetek túlnyomó többségében a recidiva az első évben (60% *Herzog*, 75·4% *Kümmel*, 79·1% *Stricker)*, sőt az első félévben (45·1% *Stricker)* s azután a második évben (15·3% *Herzog*, 21% *Kümmel*, 11—15% *Stricker)* következik be. Általában azt lehet mondani, hogy a recidiva az esetek

2/3-ában az első, 1/5-ében a második évben következik be s csak 2/15 valószinüség van arra, hogy a 2. éven túl is recidiva álljon be. A recidiva lefolyása 58·4%-ban könnyebb, 27·7%-ban súlyosabb volt, mint az első roham; 13·9%-ban épen oly súlyos mint ez. A 101 recidiváló beteg közül 13 (12·9%) operáltatta magát, és pedig 5-nél intervalloperatio volt, 8-nál acut complicatiók miatt történt a mütét. A recidivák mortalitása *Lengefeldt* szerint 6·4%-ot *Herzog* szerint 7·7%-ot, *Dörfler* szerint 15·4%-ot tesz ki. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, XVI. 3.) *Pólya.*

A thymusstenosisról és thymushalálról értekezik *Rehn* tanár, a frankfurti kórház sebésze. A következő conclusiókra jut: 1. Nagy hyperplasiás thymus a gátorüregben levő képletekre nyomást gyakorolhat; e nyomás első sorban a légutakra, ritkábban a szivre és a vérerekre gyakorol kedvezőtlen befolyást; 2. a tracheobronchostenosis thymica úgy klinice, mint autopsiával megerősített megbetegedés, a mely nem tévesztendő össze a glottisgörcscsel, és gyakoribb, mint azt eddig általában tartották; 3. a kórkép a stenosis foka szerint különböző; a jugulum kisfokú besüppedésétől, a látszólag ártatlan stridortól számos átmenet van a veszedelmes dispnoës rohamokhoz, a lassú suffocatiós haláltól a légutak compressioja folytán beálló hirtelen halálhoz; 4. a stenosis néha lassan, máskor hirtelen jelentkezik; 5. spontan is gyógyulhat, de az első váratlan megjelenésekor is már halálra vezethet; 6. a familiáris előfordulás nem tagadható; 7. még a legártatlanabb formái is a prognosis szempontjából komolyan mérlegelendők, mert hirtelen, előre nem látható fordulat halálra vezethet; 8. azonnal mütét végzendő, ha suffocatiós rohamok támadnak; a tapasztalat dönt, hogy prophylactice operáljunk-e; 9. a mütét a thymustól feltételezett akadály megszüntetésében álljon; ha az ektopexia nem elégséges, úgy a mirigy a tok megnyitása után eltávolítandó; extracapsuláris kihámozás nem végezhető; 10. az eddig végzett thymusmütétek jó eredménynyel jártak, relative egyszerüek, veszélytelenek, technikailag könnyüek voltak; 11. a mütét kivitelekor a narcosis felesleges. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1906. 80. kötet, 2. füzet.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekorvostan.

Tetania következtében elhalt gyermekek gland. parathyreoideáin végzett bonczolástani vizsgálatokat *Thiemich*. Mióta kisérleti és kórtani buvárlatokból kiderült, hogy a gland. parathyreoideák eltávolítása a kisérleti állaton heveny tetaniának megfelelő halálos görcsös állapotot eredményez, mindinkább előtérbe lép azon nézet, hogy ezen szervek müködési elégtelensége feltételezi a spontan, idiopathiás tetaniát is, úgy a felnőttnél, mint különösen a fiatal·gyermeknél. Nagyon bizonyító erejü lenne erre nézve ezen mirigyek boncztani vizsgálata, csakhogy felnőttnél ez idáig nem volt kivihető; már inkább eszközölhető gyermekeknél, kik eklampsia és laryngospasmus társulása következtében gyakrabban esnek a tetania áldozatává. Az első ilyen irányú vizsgálatokat *Thiemich* végezte. Tetaniában elhalt három gyermeknél vizsgálta meg boncz- és szövettanilag ezen mirigyeket. Ellenörzésül öt egészséges gyermek hulláját használta fel. A vizsgálatok eredménye az volt, hogy a tetaniás gyermeknél teljesen normális epitheltestek vannak. Ezen körülmény és több más tapasztalat is a mellett szól, hogy a gyermekkori spasmophilia kórlényegét más természetü folyamatban kell keresni, mint a gland. parathyreoidea müködési elégtelenségében. (Monatschr. für Kinderhk. 1906. julius.) *Flesch Ármin* dr.

A diphtheriaellenes gyógysavónak befecskendezése utáni immunitás tartamával foglalkozik *Sittler*. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze:

1. A prophylactikus immunizálás akkor nyujt biztos védelmet hosszú időre (3—5 hétre és többre), ha a védoltott gyermekek nem érintkeznek igen gyakran diphtheriás betegekkel és üdülőkkel; ez már azért is kivánatos, nehogy az immunizált személyek bacillushordozók legyenek és igy terjeszszék a kórt. Ha a védoltott gyermekek diphtheriások közt maradnak, az immunitás esetleg csak igen rövid ideig tart (10—14 napig).

2. Nem immunizált gyermekek hasonló feltételek mellett aránytalanul nagyobb arányban betegednek meg, mint immunizáltak.

3. Mindenféle hurutos állapot, sérülés a nyálkahártyákon még immunizált gyermekeknél is nagyon hajlamosit diphtheriára, esetleg az immunitás tartamát jelentékenyen megrövidítheti.

4. Az immunitás tartama 500 egységen felül nem emelkedik arányosan a befecskendezett egységek számával.

5. Gyógysavóval kezelt diphtheria kiállása után épen oly korán állhat be diphtheriás megbetegedés, mint csupán gyógysavó befecskendezése után

6. A scarlatiniform általános kiütések, még ha láztalanul és a garatüri szervek erősebb bántalmazása nélkül is folynak le, a legtöbb esetben valódi vörhenymegbetegedések.

7. Az anaphylaxia (túlérzékenység) tüneménye miatt lehetőleg ne eszközöljünk egy és ugyanazon egyénnél túlgyakran védoltásokat. (Jahrb. für Kinderhk. 1906. szeptember.)

Flesch Ármin dr.

A mongolismus kórbonczolástanához szolgáltat adatokat *Lange*. Ismeretes, hogy erre vonatkozó tapasztalataink mennyire hiányosak és ellentmondók úgy az agy, mint a pajzsmirigy s a csontrendszer állapotát illetőleg. Egy diphtheria következtében elhalt, mongolismusban szenvedett gyermek bonczolása alkalmával nyert adatait a következőkben foglalja össze:

1. Legfeltünőbb elváltozásokat talált az agyon, a mennyiben jelentékeny fejlődésbeli akadályozottságra mutattak. Nem lehetett eldönteni, hogy az agy ezen elváltozásai mikor kezdődtek és miáltal feltételeztettek, minthogy semmi támpont sem volt a koponyaalapi csontok korai csontosodásának és synostosisának felvételére.

2. A pajzsmirigyen csak mérsékelt fokú colloid elfajulás s a közti kötőszövet kisfokú burjánzása volt észlelhető, ezenkivül semmi olyan, a mi a mongolismus oki magyarázatául szolgálhatott volna.

3. A csontporczhatár eltolódása oly kisfokú volt, hogy angolkór felvételére nem jogosított. (Monatschrift f. Kinderheilk. 1906., augusztus.) *Flesch Ármin* dr.

Myocarditis lueticáról számol be *Buschke O.* és *Fischer W.* a „Deutsche med. Wochenschr.“ hasábjain. (1906. 19. sz.) Egy lues congenitában szenvedő csecsemő szivén már makroskopikusan szürkésfehér, áttetsző daganatok voltak láthatók. A górcső alatt az izomsejtek szétesése volt kimutatható. Spirochaetákat nagy számban találtak. *Deutsch Ernő* dr.

Bőrkórtan.

A psoriasis heliotherapiájáról ir *M. Joseph* (Berlin). Guhr nemrégiben a napfürdők használatát melegen ajánlotta a psoriasis ellenében. A napfénykezelésben oly hatalmas gyógytényezőt vélt megállapithatni, hogy azt még prophylacticumnak is ajánlotta psoriasis-esetekben, a melyet a beteggel évenként egyszer-kétszer kell végeztetni. A szerző ezen állitással ellentétben a napfénynek egyenesen káros hatását észlelte, mely abban nyilvánul, hogy latens psoriasis esetében a hosszantartó napfürdők újabb kivirágzásokat válthatnak ki. A szerző egy esete ezt kisérleti pontossággal bizonyitja. A 35 éves nőbeteg, a kinek eddig csakis a két könyökén volt némi psoriasisa, 5 héten át a napnak legnagyobb részét a napon töltötte. Felső ruházata (blouse) világos, erősen áttört szövetü volt. Az áttörés helyén bőre csakhamar pirosodni és hámlani kezdett, mely állapot később még inkább fokozódott. Mire a szerző elé került a beteg, a mellen, nyakon és háton már elég jól felismerhető psoriasisos plaque-ok voltak megállapithatók. Érdekes jelenség és a napfénynek provocativ hatására vall, hogy az egyes psoriasisos kivirágzások a ruházat hézagainak feleltek meg, a miről *Joseph* maga is meggyőződött. A psoriasisos kiütés a rendes kezelésre lassanként ismét eltünt. Kétségtelen ezek után, hogy a napfénykúrát csak igen óvatosan szabad a psoriasis ellenében használni. (Dermatol. Centralblatt, 1906. 12. f.) *Guszman*

A ritkább körömbetegségek casuistikájához nyujt újabb adatokat *J. Heller* (Berlin). Ezúttal is két érdekes körömesetet ir le. Az első a körömnek lupus erythematodeses elváltozására

vonatkozik, a miről eddig még alig tudtunk valamit. A 17 éves fiatal nő arczán typusos korongalakú lupus erythematodeses plaque ült. Ilyen fajta elváltozás székelt a bal II., III., IV. ujj körömperczén is. A legerősebben megtámadott volt ezek közül a negyedik ujj. A köröm lunulája táján erős kiemelkedés volt, mely a körömszegély magasságáig ért. A beszűrődés előtt a körömlemez egy kis területen mélyen be volt húzódva, mely alatt a körömágy sötétvörösesen tünt fel. Nyilvánvaló a szerző szerint, hogy a körömágyban székelő sötétvörös foltok, melyek különben a többi beteg ujjon is találhatók voltak, elemi lupus erythematodeses góczoknak feleltek meg. A második érdekes eset egy 11 éves leánykáról szól, a kinek agyvelőrázkodás folytán csaknem valamennyi körme leesett. A bal V. ujj kivételével valamennyi ujjának körme hiányzik. Gyuladásnak semmi nyoma. A szabadon fekvő körömágy több helyen rendellenes szarúsodást mutat. A körmök leesését hosszanti berepedések előzték meg, mely folyamat az agyrázkódás után néhány héttel jelentkezett. A szerző ezt az anonychiát határozottan az eséstől származó agyvelőrázkódással hozza oki összefüggésbe. Trauma vagy lues ki volt zárható. Az anonychia két évi észlelési idő alatt nem változott. (Dermatol. Zeitschrift, 1906. 9. f.)

Erythema scarlatiniforme két esetét ismerteti *Beard* és *Barlow*, a melyeket scarlatina-diagnosissal szállítottak a kórházba. Ennek kapcsán felemlítik, hogy a hasonlóság a scarlatina és az erythema scarlatiniforme között csakugyan olyan nagy lehet, hogy még a leggyakorlottabb észlelő is eleinte tévedhet. Megkülönböztetésük tekintetében legnagyobb fontosságú, hogy erythema scarlatiniforme eseteiben nagyon korán áll be a hámlás, néha már a kiütés tetőfokán. Továbbá a hámlás után jellegzően zsíros fényü erythemás foltok maradnak vissza. Végül pedig az erythema scarlatiniforme nagyon hajlamos a recidiválásra. A szerzők való színünek tartják, hogy az ismétlődő scarlatina-eseteknek egy nagy része tulajdonképen nem scarlatina, hanem ilyen erythema scarlatiniforme. (Lancet, 1906. márczius 31.)

Húgyszervi betegségek.

A tractus seminalis gümőkórjáról *K. E. Levesson Gobber Gunn* úgy vélekedik, hogy keletkezésében az önfertőzésnek is van némi szerepe. A bántalom rendesen elég korán csap át a mellékheréről az ondozsinórra, sőt a prostatára is, miközben a vas deferens teljesen kórmentes lehet. Ezért semmiképen sem elegendő, ha csupán a herét a mellékherével együtt vágjuk ki, hanem legjobb (a Zuckerkandl eljárása szerint) egyúttal az ondóhólyagot és a prostatát is eltávolítani, a mely műtét sokszor tartós gyógyulást eredményez és nagyon veszélyesnek sem mondható. (The Lancet, 1906. junius 9.) *Drucker Viktor* dr.

Az ureter vesicalis végén fejlődött cystának érdekes esetét közli *Klose* (Berlin), a melyet intravesicalis úton a műtőcystoskoppal sikerült meggyógyítania. A beteg lágyék- és vesetáji fájdalmakról, gyakori vizelési ingerről és mictiokor égető érzésről panaszkodott. Klose a tömlőnek elülső szélét a műtőcystoskopon át kiégette és a képződött pörköt nehány nap mulva egy megfelelő szondával átbökte; ily módon tehát a hólyag és a tömlő közt új utat létesített, a minek következtében a beteg szenvedéseitől megszabadult. (Archiv für klin. Chirurgie, 80. k. I. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A húgyutakból kiinduló sepsist, úgymint *a)* a staphylococcus pyogenes aureus által okozott katheter-lázat és *b)* a bakterium coli által előidézett általános fertőzést *G. Jochmann* úgy magyarázza, hogy a pöscsapolás, a szondázás, a tágítás után támadó és katheterláz néven ismert hőmérsékemelkedés nem a húgymérgekkel való intoxicationak, hanem a húgyutakon többnyire meglevő apró nyálkahártyasérüléseken át a vérpályába jutott bakterium-invasionak az eredménye. Ezen néha igen kicsiny laesiók nem mindig a műszer behatásának a következményei, hanem más okból is keletkezhetnek; néha az is elegendő, hogy a vizeletsugár nagyobb erővel hatol a stricturán keresztül. Állításának igazolása czéljából a szerző felemlíti azt az esetét, a mikor egy gonorrhoeás szüklületben szenvedő betege a szondázás következtében staphylococcus albus által okozott sepsisben elhalt, s ezenkivül még két kórtörténetet közöl, a hol ugyancsak kankós szüklület miatt a kathetert állandósítani kellett, a mely beavatkozás a nyálkahártya sérülésével járt és a hol a bakterium colit a vérben kimutatni sikerült. (Deutsches Archiv für klin. Medizin, 87. k. 5—6. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A venereás bubóknak Röntgen-kezelésével foglalkozott *Herxheimer* és *Hübner* (Frankfurt a/M.). Az egész radiotherapiának egyik legfontosabb haladása, hogy az x-sugaraknak a lymphoid szervekre való intensiv hatását megismertük. Ismeretes, hogy a lép és a nyirokcsomók különböző okon alapuló megduzzadásait Röntgen-kezeléssel hosszabb-rövidebb időre visszafejleszthetjük. Ilyen esetekben tehát a hatás nem állandó. Másképen áll a dolog a Ducrey-féle streptobacillus által létrejött venereás bubók eseteiben. A nyirokcsomók duzzadásának elmulasztása itt végleges, mert a kórokozóval elég hamar végez a szervezet és az egész folyamat különben is csak helybeli jelentőségü. A mirigyek egy része vagy elgenyed, vagy jelentékenyen megduzzad s úgynevezett strumosus bubová válik. A szerzők tapasztalata szerint ez utóbbi alakja a bubóknak a legalkalmasabb a *Röntgen*-kezelésre, mert átlag 4—5 megvilágításra a nyirokcsomók teljesen visszafejlődnek. Elgenyedő bubók, syphilises vagy tuberculotikus nyirokcsomók eseteiben a *Röntgen*-kezelés hiábavaló. A szerzők a megvilágításokhoz állandóan Müller-féle Röntgen-csöveket használtak 3—4 Ampère és 85 Volt áramerővel, illetőleg feszültséggel. A csövek középkemények és kemények voltak. Sajnos, hogy a szerzők a Röntgen-sugarak pontos dosisait nem mérték vagy legalább is nem közlik. A megvilágítás fél óráig tartott 10 cm. es lámpatávolságban. *Herxheimer* és *Hübner* így összesen 25 esetben világította meg a nyirokcsomókat. 8 esetben a bubók syphilises, gümös eredetüek voltak, illetőleg már teljesen elgenyedtek. A többi 12 eset egyszerüen megduzzadt, túltengett mirigyekre vonatkozott és ezeknek Röntgen-kezelése kitünően bevált. Egyik-másik esetben a tyúktojásnyi bubó nyolcz nap alatt, vagyis két megvilágítás hatására teljesen elmulott s így ez a kezelési mód bizonyos esetekben igen alkalmasnak látszik. Azt a méltán felhozható ellenvetést, hogy a nyirokcsomók duzzanata kellő ágynyugalomra és a szokásos egyéb eljárásokra ugyanúgy meggyógyult volna, a szerzők már eleve kizárják, mert szerintük a gyógyulás oly feltünő gyorsan folyik le, hogy a Röntgen-sugarak jótékony befolyását elvitatni nem lehet. (Medizinische Klinik, 1906. 38. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A központi idegrendszernek különböző bajaiban támadó reszketés ellen már nagyon sok szert ajánlottak. Leggyakrabban a bromot és főleg paralysis agitansban a hyoscint használják. *Combemale* kivált a multiplex sclerosis okozta reszketés ellen a veronalt használja jó eredménynyel. 1—2 héten át ad esténként $^1/_2$ grammot s ugyanilyen hosszú szünet után újból megkezdi a szer használatát. Ezen orvoslásmódra állítólag a nystagmus és a skandáló beszéd is javul. (Ref. Deutsche Medizinalzeitung, 1906. 14. szám.)

A histosan nevü guajacol-tartalmú fehérjekészitményt, a mely por- és szörpalakban jó a kereskedésbe, *Riess* nagyon jó eredménynyel használta heveny és idült bronchitis, valamint tüdőgümőkór eseteiben. Különösen kiemeli étvágyjavító hatását. (Wiener medizinische Presse, 1906. 32. szám.)

Tüdővérzés ellen *Spirt* gelatina befecskendezését a végbélbe ajánlja mint egyszerü, ártalmatlan és hatásos eljárást. 50 gm. gelatinát $1^1/_4$ liter meleg vízben felolvasztunk és azután ezt a mennyiséget 1 literre beföni engedjük; ebből $^1/_4$ litert fecskendezünk a végbélbe 3-szor naponként. (Spitalul 1906., 14. sz.)

Typhus eseteiben jó eredménynyel használja *Nicolini* a kénvirágot sósvizes klysmákkal kapcsolatban. Naponként 4-szer ad 30 centigramm mosott kénvirágot és esténként egy klysmát (7 gramm konyhasó, 6 gramm natrium bicarbonicum és 1000 gramm sterilizált viz). (Spitalul, 1906. 10. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 44. szám. *Rotter Henrik:* A hüvelyboltozat sérüléseiről coitus által. *Schweitzer Artur:* Újabb adatok az anaemia és chlorosis therapiájához. 45. szám. *Kaiser Károly:* A pellagra Magyarországon. *Schächter Miksa:* A mellüreg empyemájának műtéte gyermekeknél.

Orvosok lapja, 1906. 45. és 46. szám. *Pach Henrik:* Nemzetközi phosphortilalom és egészségügy. *Falta Marczel:* Gyakorlati útmutatás a trachoma gyógyításában.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 45. szám. *Varró János:* Sebészi eljárások a trachoma némely súlyos alakjánál. „Urologia" melléklet, 4. szám. *Detre László:* A phloridzinos vesepróba értékéről. *Emődi Aladár* és *Spitzer Gyula:* Adatok a húgycsőszűkületek elektrolytikus kezeléséhez. *Doktor Károly:* A vizelet vegyhatásáról, tekintettel a phospaturiára. *Remete Jenő:* Adat a transvesicalis prostatectomia casuistikájához. 46. szám. *Tauszk Ferencz:* Az asthma bronchiale gyógykezelése jodkészitményekkel, különös tekintettel a sajodinra. *Pach Henrik:* A malaria mint munkásbetegség. „Diaetás és physikai gyógymódok" melléklet 3. szám. *Reich Miklós:* Az idegnyújtásról, különös tekintettel a neuralgiákra.

Vegyes hirek.

Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezits-utcza 15. sz. alatt van.

Kinevezés. *Gräf János* dr.-t a belügyminister a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá nevezte ki. — *Dragits Imre* dr.-t Szegszárdon titszteletbeli megyei főorvossá, *Regdon Károly* dr.-t Szeged város tiszteletbeli főorvosává, *Windt Péter* dr.-t Brassómegye alvideki járásába járásorvossá, *Skrilecz Mihály* dr. muraszombati orvost pályaorvossá, *Kallós Pál* dr.-t pedig a biharmegyei elmekórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Megerősítés A vallás- és közoktatásügyi minister *Reinbold Béla* dr.-nak a kolozsvári egyetem orvostudományi karán az orvosi chemiából egyetemi magántanárrá képesitését jóváhagyólag tudomásul vette és őt ebben a minőségében megerősitette.

Választás. *Vajda Vilmos* dr.-t a székes fővárosban kerületi orvossá választották. — *Friedler Ernő* dr.-t Bazinban városi tisztiorvossá, *Steiner József* dr.-t Mehalán községi orvossá, *Aczél Sándor* dr.-t pedig Érendréden körorvossá választották.

Csiky János dr., a magyar királyi államvasutak nőorvosa, volt egyetemi I. tanársegéd lakását VIII., Üllői-út 52/B. szám alá helyezte át.

Az országos rákértekezlet e hó 15., 16. és 17.-én folyt le a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében a lapunkban már közölt programm betartásával. Ugy a fővárosi, mint a vidéki kartársak közül rendkivül sokan jelentek meg az értekezleten, hogy meghallgassák a kitüzött érdekes előadásokat, s esetleg résztvegyenek az előadásokkal kapcsolatban támadt vitákban. Reméljük, hogy az értekezlet szervezői nemcsak a pillanatnyi sikerben, hanem a távolabbi és tartósabb eredményekben is meg fogják találni buzgó fáradozásuknak gyümölcsét. Az értekezlet tárgyalásainak ismertetésére különben még visszatérünk, a legkimagaslóbb előadásoknak egyikét-másikát pedig eredeti közleményeink során egész terjedelemben is közöljük.

Az országos közegészségi egyesület küldöttsége a napokban a pénzügyi és kereskedelemügyi ministernél tisztelgett, memorandumot nyujtva át, melyben kérik a vasárnapi munkaszünetnek kiterjesztését azokra az üzletekre, a melyek szeszes italok kimérésével foglalkoznak. A ministerek megigérték, hogy a memorandumot tanulmány tárgyává teszik.

Kórházhiány Sopron vármegyében czimmel *Kokas Lajos* dr. járásorvos röpiratot adott ki, melyben először is statistikai adatokkal bizonyitja Magyarország kórház-szegénységét; majd Sopron vármegyére áttérve kimutatja, hogy ezen „kulturmegye" kórházak tekintetében az egész országban az utolsó helyet foglalja el, s hogy mily nagy szükség volna különösen a csornai járásban egy közkórház emelésére, a mely eszme valósitása a bemutatott tervezet és számitások szerint nem is okozna nagy nehézséget. A kis füzetben megnyilvánuló ügybuzgalom és a kórházak közegészségi fontosságának hangsúlyozása utánozandó példának állitható oda, mert mostoha közegészségügyi viszonyaink javitását a mi véleményünk szerint is legjobban sok kisebb jó kórház felállitásával érhetjük el.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIII. vándorgyülésének történeti vázlata és munkálatai *Porchnov József, Biró Lajos* és *Csiki Ernő* gondos szerkesztésében a napokban hagyták el a sajtót. A terjedelmes kötet a hivatalos részen kivül tartalmazza a megnyitó és bezáró közülés alkalmával tartott beszédeket és előadásokat, továbbá a tudományos estélyeken, valamint a három szakosztályban tartott előadásokat. Ez utóbbiak közül különösen az orvos-sebészeti szakosztályban tartottak emlitendők a mi szempontunkból, a mennyiben úgy számukkal, mit minőségükkel a legutóbbi vándorgyülésen nagyon előkelően szerepeltek. A könyvet Batizfalvy Sámuel, Borbás Vincze, Dulácska Géza és Staub Móricz fénynyomatú arczképe diszíti, mint a kik az intézmény felvirágoztatása körül nagy érdemeket szereztek.

„Népszerű egészségtan" czimmel új munkával gyarapodott egészségügyi irodalmunk. A kis munka, melyet *Barabás József* dr. irt, népszerűen, világosan, áttekinthetően irja le, hogyan kell élnünk, laknunk, ruházkodnunk és dolgoznunk, mi a teendő orvos hiányában, ha fertőző bajokkal vagy balesetekkel állunk szemben. Az összesen 11 fejezet mindegyikének végén rövid összefoglalását találjuk az illető fejezet lényegének, úgy hogy iskolai czélokra is használható a munka, a mely mint a Stampfel-féle „Tudományos zsebkönyvtár" 182. és 183. száma jelent meg. Ára 1 k. 20 f.

Meghaltak. *Wolff Bogdán* dr. nyugalmazott honvédfőtörzsorvos e hó 18.-án, 63 éves korában, Erzsébetvárosban. — *Tenchini* dr., az anatomia tanára Parmában.

Kisebb hirek külföldről. A bonni egyetem két ismert nevű tagja e félév végén nyugalomba vonul: *Saemisch* szemésztanár és *la Valette St. George*, az anatomia tanára. — *Neisser* tanár (Breslau) elutazott Bataviába, a syphilisre vonatkozó tanulmányai folytatása czéljából; jövő májusban szándékozik visszatérni. — *Danilewski* tanár, a szt.-pétervári katonaorvosi akademia főnöke nyugalomba vonul. — Emlitettük mult számunkban, hogy a Nobel-dijat az idén *Golgi* (Pavia) és *Ramón y Cajal* (Madrid) tanárok között fogják felosztani. A spanyol orvostanhallgatók ez alkalommal elhatározták, hogy gyüjtést inditanak meg egy Ramón y Cajal-alapra, melyből a hires spanyol histologusnak mellszobrot emelnek a madridi egyetem aulájában, s nevére alapitványt tesznek évenként kiadandó pályadijra. Megfolyamodják egyúttal a városi tanácsnál; hogy a Calle del Atocha-t, hol Cajal lakik, az ő neve szerint nevezzék el.

A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressus magyar bizottsága a napokban alakult meg következőképen: Elnök: *Liebermann Leó*; alelnökök: *Schuschny Henrik* és *Szuppán Vilmos*; titkárok: *Genersich Vilmos* és *Bexheft Armin*; pénztáros: *Szegedy-Maszák Elemér*.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület októberben 758 esetben nyujtott első segitséget; ezenkivül 575 szállitást végzett, 62 esetben mint mozgóőrség szerepelt, 34 esetben pedig vaklárma miatt vonult ki. Az október havi működési főösszeg tehát 1429.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét október hóban 150 esetben vették igénybe. A műtéti esetek száma 123 volt.

A kuruzslók ellen. Ausztriában a kuruzslókat eddig csak akkor büntették, ha reájuk lehetett bizonyitani, hogy „gyógyító" ténykedésüket *üzletszerűen* üzték. Augusztus 6.-án az osztrák belügyministerium rendeletet tett közzé, mely szerint minden egyes eset büntetendő, a mikor olyan, a ki nem orvos, beteget kezel.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Trigemin" czimű prospectusa van mellékelve.

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

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

ABBAZIA **Dr. SZIGETI MÁRTON** — a légzőszervek specialistája. —

Marilla sanatoriumban a **napi pensio:** lakás, kiszolgálás, világitás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **— 12.50-16** koronába **kerül. —** **Az igazgatóság.**

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-út villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota Prospectus.

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

Dr. Kopits Jenő, kórh. rend. orvos, **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.

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

Dr. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

Orvosi laboratorium: (Szövetség-utcza 14—16.) Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** Telefon-szám 90—46.

Simonyi Béla dr. Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Modern **Röntgen**-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek. Telefon 49—57. **Vibratiós massage.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1906. november 11.-én.) 1072. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1906. február 12.-én.) 1075. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1906. november 11.-én.)

Elnök: **Korányi Sándor.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

(Vége.)

A plasticus x-sugaras képekről.

Alexander Béla (Késmárk): Másodszor beszél az orvosegyesületben ezen tárgyról. Először rövid idővel a képek megtalálása után szólt, a mikor még nem volt lehetséges befejezett dolgot bemutatni (ugyanezen demostratiót tartotta Berlinben a II. Röntgen-congressus alkalmával, a mikor határozottan kijelentette, hogy az eljárást közölni fogja, ha a thema teljes feldolgozását bemutathatja). Jelenleg megint nincs azon helyzetben, hogy teljes munkát mutathasson be, mert sok időt, sok fáradságot és sok költséget igényel az főképen akkor, ha a kisérletező nincs azon helyzetben, hogy állandóan foglalkozhasson a kérdéssel. Az előadó a munka által feltételezett tényezők egyikének teljesen meg tud felelni, szívesen dolgozik, de a többi két tényezőnek nem felel meg — nem engedi hivatása és támogatás nélkül van.

Ezután áttér a plastikus x-sugaras képek tekintetében történt kisérletekre (Schellenberg, Albers-Schönberg, Levisohn, Kohn, Stein, Schilling) és felsorolja röviden, ki milyen téves eljárást használt. Majd Elischer és Kelen végkövetkeztetését emliti fel, mely szerint minden Röntgenkép árnyékkép, a mely a plastikára következtetést vonni nem enged. A plasticus x-sugaras képek gyönyörködtető plastikájuk szépsége mellett is szerintük fotografiai műtermékek, a melyek a valóságnak meg nem felelnek és tudományos értékük nincs. Többet mutatnak ugyan, mint a szokásos x-sugaras képek, de ez a többlet hamis, általában fotografiai fogásnak mondják az eljárást.

Az előadó nem bocsátkozik polemiába; határozottan kijelenti, hogy fotografálással nem foglalkozott soha és visszautasitja a fotografiai fogás kifejezést. Munkája komoly, de tény, hogy nagy volt az öröme, a mikor megtalálta a képkészités azon módját, melylyel az eredeti x-sugaras képben jelenlévő plastikát erélyesebben és feltünőbben tudta kimutatni és az eredeti lemezből mindazt kiszedni, a mit a szokásos eljárás mellett csak nyomokban vagy épenséggel nem lehet; ez teljesen igazolja a képek tudományos értékét is, kifejezésre juttatva a képek igaz voltát és annak bebizonyitását, hogy hamis adatokat nem tartalmaznak.

Igaz, hogy nincs azon helyzetben, hogy teljes dolgozatot mutasson be, de ha a körülmények, melyek között dolgozni kénytelen, talán kedvezőbbre fordulnak, ha a körülmények egyáltalában megengedik, el fog érkezni az idő, a mikor megteheti.

Ezután áttér annak bizonyitására, hogy az x-sugár eredetileg is plastice rajzol a lemezre; bemutatja ezt képeken és lemezeken; épen egy nehezen detaillirozható testrészlet, a carpus egyes részletei mutatják ezt. A scaphoideum körrajzának tüzetes megvizsgálása határozottan tájékoztat arról, hogyan rajzolnak az x-sugarak csontrészletet, mely egy másik csont előtt vagy a mögött fekszik. Az os hamatumnak a triquetrumhoz szolgáló izületi felületének rajzolása is gyakran plastikus, ép oly tüzetes a lunatum két szarvának rajzolása, a melyből következtetést lehet vonni csontállományukra. De a perspectiva sem hiányzik, tanúság arra a középujj-középcsont proc. styloid.-ának rajzolási viszonya, mely feltünően eltér a capitatum dorsalis és volaris részletétől.

A hol kiemelkedés van, ott az feltünik, a hol mélyedés van, ott az árnyékolás is megfelel annak; biztos és kétségbe nem vonható jele ennek megint a középujj metacarpale basalis részletének rajzolása.

Hogy az x-sugár plastice rajzol, azt bemutatja fémtárgyakon is, sőt kimutatja, hogy az x-sugarak teljesen visszaadják a domborművet.

Ezek után áttér eljárásának birálatára. Először bemutat tökéletes lemezegyesitést, melynek következtében a kép élénkebb, erélyesebb lesz, de igaz marad. Azután bemutatja képsorozatokon és egyes képeken is, hogy semmi hamis adat nem jut a képbe és hogy mennyire igaz, hogy a lemez-combinatio azon helyes út, mely kimutatja az eredeti lemez plastikus rajzát, hogy mennyire igazolva van, hogy a nyert lemez nemcsak hogy nem mutat hamis részleteket, ellenkezőleg élesebben, szebben mutat mindent, nem zavarja a szövet szerkezeti képét, nem homályositja el a szövetképeket, többet mutat mint az eredeti kép legjobb másolata, mert ez a valóban bámulatos finomságokat, melyeket a 3. lemez mutat, nem tudja visszaadni, akár a csontképeket nézzük, akár a lágyrészeknek részleteit tekintjük, a mi annyira megy, hogy az ép köröm képe hosszanti rostokat mutat, hogy feltünik, mennyire fedi a köröm képe a csont finom képét és hogyan világosodik fel a csontkép ott, a hol a bőrön kivül levő köröm végződik.

A mi a lágyrészleteket illeti, megemlitendő, hogy oly ép vérerek is láthatóvá válnak, melyek az eredeti lemez legtüzetesebb másolatán is csak nyomokban vagy épenséggel nem mutathatók ki.

Az előadó a mondottakat részint egyes képeken, részint képsorozatokon bizonyitja, melyek egy tárgyra vonatkoznak és a fokozott plastikus képnek az eredeti lemezről való, tehát az eredeti plastikus képből való fokozatos fejlődését világosan demonstrálják.

Végül előadását a következőkben foglalja össze:

1. Az x-sugarak plastice rajzolják a fémtárgyakat mint testeket, de az azok felületén lévő kiemelkedéseket és mélyedéseket szintén, tehát a felületükön lévő domborművi részletek is tisztán úgy rajzoltatnak, a mint jelen vannak. Aranylemezeken keresztül különféleképen rajzoltatik a gyöngy és gyémánt, az utóbbinak pyramisalakja kifejezésre jut az aranylemezen keresztül. Ólomgolyó is plastikusan rajzoltatik, szintúgy a fémdobozban elhelyezett kicsiny tárgyak.

2. A csontok a lágyrészletekben mint testek rajzoltatnak, tehát szintén plastice, a mit az eredeti lemez bizonyit.

Ezen tény az előadó eljárása által új bizonyitékot nyer.

3. Az előadó által használt és képeken és képsorozatokon bemutatott és tárgyalt eljárás mellett az eredeti lemezen jelenlevő, a lágy szövetekre is vonatkozó mindazon finom részletek láthatóvá lesznek, melyek a szokásos képkészitésnél vagy csak nyomokban, vagy épenséggel nem tüntethetők fel, a miből a képek tudományos értéke és igaz volta bebizonyosodik.

Ifj. Elischer Gyula. Az előadó mai előadásában nevemet annyiszor idézte, hogy indittatva érzem magamat, egészen röviden reflectálni, felhozva azon érveket, a melyek miatt az ő módszerével készült képek valódi plastikus képek nem lehetnek, a mely állitásomat a mai előadás után is kénytelen vagyok fenntartani.

A Röntgen-fény egy minden körülmények között egyenes irányban haladó fénysugár, mely semmi módon meg nem törhető, egyenes irányából el nem téritheto, nem reflectálható, lencsével nem gyüjthető. Különböző szöveteken áthaladva, csak minősége szerint többé-kevésbé intensiv árnyékot ad az érzékeny lemezen. Ebben a tekintetben teljesen megegyezik a napsugár vetett árnyékával, a melyből az árnyékot vető test térbeliségére következtetést vonni nem lehet. Ezen tulajdonságai miatt a Röntgen-sugár által létrehozott fotografia egy árnyékkép, mely minden tekintetben megfelel a középponti vetületnek, a mely plastikus sohasem lehet és plastikát nem is rejthet magában.

Ha az előadónak mégis sikerült különös eljárások segitségével a fennebb jelzett törvény szerint létrejött árnyékképből úgynevezett plastikus képeket létrehozni, úgy ezen plastikának a valódi viszonyokhoz köze nincs és a szerző által alkalmazott technikai műfogás és nem maga a Röntgen-sugár által hozatik létre. Hogy ezen plastika hamis, ennek bizonyitására a szerző által most bemuttatott és a „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ egyik füzetében közölt tarsusképét hozom fel, a melyről lehetetlen megmondani, hogy a láb ujjcsontjai közül melyik fekszik felül és melyik alul. A csontok a bőr felületén fekvőnek látszanak, árnyékot vetve a bőrre. Ezen árnyék csak műtermék lehet, mert bajosan képzelhető, hogy a lágyrészek között fekvő csont a bőr felső felületére vessen árnyékot.

A mi a csont-structurát illeti, az előadó védekezik a pathologiás viszonyok felvétele ellen. A képből pedig pathologiás viszonyokra kell következtetni, mert a tarsus egy szüette csonthoz hasonlit, a mely körülmény úgy jön létre, hogy több különböző lemeznek képét másolja egymásra, tehát *műtermék*.

Az előadó azon kérdésre, hogy Neuhaus kicsoda, azzal válaszolhat, hogy Neuhaus, a ki a plastikus képeket birálta, a „Photographische Rundschau“ tudományos részének szerkesztője és ezen szakmában európai hirű szaktekintély.

Kelen Béla: Az előadó neheztelését fejezi ki a felett, hogy eljárását az „Orvosi Hetilap“-ban megjelent czikkünkben „fotografiai fogásnak“ nevezzük. Szavai szószerint a következők: „Visszautasitom a fotografiai fogás kifejezést, mert én életemben fotografálással nem foglalkoztam“. Erre nézve bátor vagyok megjegyezni, hogy a „fogás“ szót nem „csalás“ értelemben használtuk, hanem pusztán egy oly műveletet értettünk alatta, a melynek segitségével valami váratlan dolgot czéltudatosan létre lehet hozni, akár csak a szülészetben pl. a Braxton-Hicks-féle fogással. A bemutató eljárása elejétől végig oly fotografiai fogások sorozatából áll, a melyek segitségével létrehozza képein azt a plastikát, a mely az eredeti felvételből hiányzik és a mely plastika a való viszonyoknak nem is felel meg.

A bemutatónak azon állitása, hogy a Röntgen-felvétel plastikát rejt magában, a valóságnak nem felel meg. A mikor az árnyékok sötétségbeli különbségeket mutatnak, az nem azt jelenti, hogy plastikusan rajzolnak, hanem hogy egyes helyeken könnyebben, másutt nehezebben hatolnak keresztül. A Röntgen-kép oly árnyékkép, mint a rendes fény, pl. a lámpa által vetett árnyék, csakhogy más dolog vet árnyékot a Röntgen-fényen és más a lámpa-fényen, de a physikai törvény, a mely az árnyék alakját meghatározza, mindkét esetben egy. Valami olyan mystikus dolog, a mit a bemutató emlit, és a mi okozná, hogy a Röntgen-fény egyenes irányból való ki nem terelhetősége ellenére is mégis valami eddig fel nem derített módon nem puszta árnyékot, hanem valami lappangó képet is rajzol, nem létezik. Hogy a Röntgen-fény plastikusan rajzol, azt a bemutató azzal bizonyitja, hogy valamely domborművü fémplakettnek a Röntgen-képe a plaketten létező relief-

nek rajzát észrevehetően feltünteti. Oly tény ez, a melyet nem akarok tagadásba venni, csakhogy ez nem a Röntgen-sugár plastikus rajzolását bizonyítja, hanem azt, hogy a domború, tehát vastagabb helyeken a Röntgen-sugár kisebb mértékben tud keresztülhatolni, mint a bemélyedt, tehát vékonyabb részeken.

Az előadó mint teljesen természetes következtetést hozza fel azt, hogy a távolabbi részletek elmosódottabb körvonalúak, mint a közelebb fekvők. Tagadom, hogy a szem a közelségre vagy távolságra a körvonal élességéből vagy életlenségéből következtetne. Teljesen a szemlélőnek egyéni izlésétől függ, hogy a bemutatott képen mit vesz közelebbnek és mit vesz távolabbnak. Mindenféle képnek a helyes plastikája geometriai szabályoktól függ, nem pedig az életlenségtől, ezen geometriai szabályok azonban ezen képeken nem uralkodnak és így plastikájuk hamis.

Az előadó a plastika előállítására a másolás alkalmával a lemezeket egymással kombinálja, azaz többféle felvételből származó lemezt másol egymás tetejébe és azt mondja, hogy ezáltal a plastikát erősíti. Bebizonyított tény az, hogy rendes Röntgen-képeken plastika nemcsak hogy nincs, de a geometria és physika értelmében nem is képzelhető, hogy legyen. Nem levő dolgot pedig erősíteni sem lehet és ha a bemutató azt állítja, hogy akkor, a mikor rendes Röntgen-képen az arteria radialis lefotografálva nincs és mégis ezen lemez kombinált másolása által a plastikus képen az a. radialis láthatóvá válik, nyilvánvaló, hogy akkor valami oly dolgot tart arteriának, a mi nem az.

A lemezek kombinálása pusztán a képben meglévő ellentéteket, árnyalatkülönbségeket emelheti vagy csökkentheti, de a finom részletek nem sokasodnak, hanem ellenkezőleg fogynak, a mint hogy azt minden fotografus tudja, hogy a negativról készített másolat és az erről készült úgynevezett duplikatum-negativ részletdússág tekintetében mindig az eredeti negativ mögött marad. Az ellentéteknek emelésére vagy csökkentésére pedig az egyszerű sublimáttal való megerősítés vagy gyengitő fürdővel való kezelés sokkal egyszerübb eljárás, mint a duplikatum-negativ-készítés.

Az előadó azt állitja, hogy bemutatott képein a lemezek kombinálása alkalmával az egyesítés tökéletes. A bemutatott képek után ezt tagadnom kell. Minden képnek egyik oldal felé eső minden körvonala világos, a másik oldali pedig sötét, épen ez a világos és árnyékos körvonal okozza a látszólagos plastikát és épen ezen körvonal az, a mely elárulja a tökéletlen egyesítést, az eltolást. Erre az önkényes eltolásra szükség van, nélküle a képek nem plastikusak. Az előadó képeinek másolásakor a két lemezt — lévén az egyik állására nézve tükörképe a másiknak — úgy kell egymásra fektetnünk, hogy az üvegoldalak érintsék egymást, vagyis az egybemásolandó két kép a másolásnál egymástól a két üveglemez együttes vastagságának megfelelő távolságban fekszik, a mi adott viszonyok között körülbelül öt millimetert tesz ki; ha tehát tökéletesen illesztenők is össze a két lemezt merőleges irányban, mégis mivel a másolásnál ferdén esőfényt használunk, tökéletes egyesítésről szó sem lehet, mert ha a körvonalak merőleges irányban fedik egymást, akkor oldalsó irányból nézve el vannak tolva egymás felett.

De a mikor az előadó az egybeillesztéssel és másolással ily módon már a képet létrehozta, akkor az még nem kész, helyesebben szólva két lemez kombinálásából az összes finomságokat csak üvegképen, nem papirképen tudja előállitani. Ennek az oka az, hogy brómezüst-papirt használ.

A míg t. i. üveglemezen körülbelül 80 különböző, a világostól a sötétig terjedő színárnyalatot tudunk visszaadni, addig a rendesen használt másolópapirok alig adnak vissza többet 10 árnyalatfokozatnál. Ennek tehát az a következése, hogy vagy a világos árnyalatú helyek részletdúsak, a sötétebbek ellenben részletnélküliek, feketék, ú. n. „elégettek", vagy pedig a sötétebb helyek helyesen részletezettek, de a világosak részlet nélküli fehér foltokat alkotnak. A harmadik és negyedik lemez előállításával már most azt célozza, hogy a másolási és előhivási idő helyes megválasztásával a lemez szinfokozat-skáláját összébb vonja, hogy így a papirképen is, ha a szinfokozatok nem is, de legalább a részletek meglegyenek. Ha a papirkép előállítására a pigment-eljárást alkalmazná, akkor ezen felesleges időrabló munkától megkiméllietné magát és szinfokozatban is dúsabb képeket készithetne, hisz tudjuk, hogy a pigmentképek még az üvegképnél is dúsabb szinskálával bírnak, a rajzolat finomságának visszaadásában pedig egyetlen másolási eljárás által még csak meg sem közelithetők. Azt mondja az előadó, hogy mi czikkünkben Elischer tagtárssal egyetemben azt állitottuk, hogy képein kiemelkedést látunk ott, a hol a természetben bemélyedés van és viszont. Hisz ha mi ezt mondottuk volna, akkor elismertük volna, hogy képeiről a való viszonyokra, ha negativ irányban is, következtetni lehet. De mi ezt tagadtuk és pusztán annyit mondtunk, hogy esetleg kiemelkedést látunk a bemélyedés helyén, s azért a képekből következtetést vonni nem lehet. Nem akarjuk állitani, hogy a bemutatott képek nem szépek, nem akarjuk állitani, hogy nem fáradságos munka eredményei, de animozitás nem vezet bennünket, ha állitjuk, hogy minden szépségük mellett is műtermékek, a melyeknek tudományos értékük nincs.

Schächter Miksa: Bocsánatot kell kérnem, hogy a napirenden levő kérdéshez hozzászólni bátorkodom. Nem lévén gyakorlati röntgenolog, abban a helyzetben vagyok csak, mint a jelenlevő tagok túlnyomó része. Nem csináltam még egy Röntgen-képet sem, sem plastikusat, sem plastika nélkülit. Ellenben láttunk már mindnyájan sok jót, még több rosszat, sok világosat, még több homályosat, igen sok közönséges fotografiát és ma néhány olyat, melyet akár plastikusnak nevezett volna el a szerzőjük, akár nem, mi mindnyájan, a kik láttuk, prima vista plastikusnak mondanánk.

És ha én mégis, annak ellenére, hogy a röntgenezéshez csak annyit értek, mint tisztelt kartársaim túlnyomó része, nem érem be azzal, hogy velük együtt a vitát hallgatom és legfeljebb tetszéssel és tapssal kisérem a vitatkozók egyikét-másikát, hanem felszólalni is bátorkodom, ehhez a jogczimet onnan veszem, hogy az irodalmi részével a Röntgen-tudománynak mégis, kénytelen-kelletlen ugyan, de jóval többet foglalkozom.

És a ki nemcsak ezzel a kis részével, de az orvosirodalommal mint olyannal általánosabban is kell hogy foglalkozzék, annak az a vita, mely a plastikus Röntgen-képek körül hónapok óta folyik a szakirodalomban és ma folytatásképen ez egyesületben is, egy más, magasabb szempontból, ha nem is nagyobb élvezetet, de sokkal érdekesebb tanulságot nyujt. Ezelőtt három héttel a londoni Royal College of Physiciansban Osler tanár, az oxfordi egyetemnek nagyhirű regius professora előadást tartott „az igazság felnövekedéséről". Az úgynevezett „Harveyan lecture" — Harveynak, a vérkeringés felfedezőjének emlékére tartott díszelőadás — keretében beszélt Osler arról, miként nő meg a kicsiny magból a nagy igazság, miként kell küzdeni, hogy meg ne fojtsák már zsenge korában, mily hatalmasak ellenfelei és minő ellenállhatlan erejű végül is, ha kellő ember kezébe kerül az igazság hatalma. Természetes, hogy a természettudományi, illetőleg orvostudományi igazságokat értette és az is természetes, hogy Harveynak munkájában, küzdelmeiben, győzelmében mutatta be ez általános tételek frappáns bizonyitékát. „Az igazság — mondja Osler — olyan, mint az organismus. A csirából fejlődik, nyomon követhetjük növekedését, sohasem ugrik ki, mint állitólag Minerva, teljes nagyságában. Túl kell esni a fogamzás és terhesség minden eshetőségén. A históriának egy része tulajdonképen elvetélt igazságok recordja, melyek vagy csak azért születtek, hogy mindjárt meg is haljanak, vagy időelőtti haláluk fonyadjanak."

És ha a nagy elméjű és kiváló svádáju angol orvostanárnak, kit nem hiába hozattak át Amerikából az oxfordi egyetemre az angolok, remek beszédét végigolvassuk, a mai vita physikáját is jobban megértjük. Mert régi tétel, hogy a fény az apró vizcsöppben is csak úgy törik meg, mint a tenger viztömegében és a mai vita cseppjében csak úgy látjuk a tudományos vita szinképét, mint a nagyobb tudományos viták tengernyi tömegében. Talán az elnyelési vonal halványabb, talán másutt van a szinképben, de megvan ez az elnyelési vonal a plastikus Röntgen-képek irodalmi és szóbeli vitájának szinképében egyaránt.

Nem banális szellemeskedésből használom e hasonlatot, hanem azért, mert a valóságnak, a tényeknek leginkább megfelel. Tagadhatatlan tény ugyanis, hogy Alexander collegánk az Orvosegyesületben ez év márczius elején és a berlini Röntgen-congressuson ez év április havában oly Röntgenképeket mutatott be, minőket sem itt, sem Berlinben soha nem láttak. Tagadhatatlan tény, hogy e képek láttára az Orvosegyesület jelen volt tagjai ritka ovácziókban részesitették és mozgalmat inditottak érdekében. A németek pedig, mint utólag bevallják, el voltak ámulva, mint ők mondják, illetőleg irják: „wir waren verblüfft". És most következnek az elnyelési sötét sávok. 1. Idehaza is, Németországban is rossz néven vették, hogy nem mondta meg, mikép készíti plastikus képeit. 2. Németországban is, itthon is kitalálták, hogyan készülnek. 3. Németországban is, itthon is azt mondják, hogy nagyon szépek a képek, de nem lehet semmi hasznukat venni.

És ő ma ismét idejött, hogy még az előbbieknél is meglepőbb képekkel czáfoljon reá a kritikára.

És valóban találóbb czáfolatot a szemrehányások és kifogások ellen nem találhatott volna. Itt a magyarázat, miért nem publikálta urbi et orbi methodusát és miért mondotta itt is, a németeknek is, hogy még nem kész ez a methodus és reményli, hogy nemsokára tökéletesebb munkával fog előállhatni.

Helyesen cselekedett-e tehát, a mikor a még nem egészen tökéletes képeket igen, a még nem egészen tökéletes methodust pedig nem mutatta be?

A tudományban titkolódzásnak nincs helye, ezt irott törvény és szabály nélkül is érzi minden becsületes tudós, és ha Röntgen nem titkolta felfedezését, úgy nincs helye az ő inventiojából folyó részletek titkolásának sem. A mint tehát a mi Alexander collegánk oly Röntgenképeket tudott készíteni, melyek az eddigieknél különbek, világosabbak voltak, kötelessége volt azokat bemutatni. Ezt ő meg is tette. De miért nem mondotta meg egyúttal azt is, hogyan készítette? Mert munkája közben azt tapasztalta, hogy ez a methodus még nagyon is hiányos, hézagos, nehéz, sokszor kudarczot valló, mert ő maga is tuczatszámra rontotta a lemezt, a míg egy-egy jobb képet sikerült kihoznia, ezért ő ezt a tökéletlen módszert egyelőre ismertetni nem akarta, bizván abban, hogy nemsokára a sok hibaforrásnak egyikét-másikát sikerül kiküszöbölnie. Mert képzeljük csak el, hogy ő márcziusban nekünk, áprilisban a németeknek elmondotta volna, mikép dolgozik, nem az lett volna-e az eredmény, hogy már rövid idő mulva teljesen rossznak, hamisnak mondták volna a methodust, azért, mert a még kevésbé ügyes utánzók nem is 12, hanem 24—36 lemezt pusztitottak volna és talán így is alig értek volna el valamirevaló eredményt. Egy régi keleti közmondás úgy tartja, hogy „nem mindenkinek jó épülőfélben levő házat mutatni", mert sokan a vakolatlan, ajtó, ablaknélküli helyiségek rendeltetését nem ismerve, az egészet lebecsmérlik. Alexander vagy nem ismerte a keleti közmondást, vagy pedig bizott abban, hogy collegái, kiknek ő a félig kész munkát mutatja be, bizalommal lesznek irányában, nem türelmetlenkednek, míg számukra is alkalmasabb stadiumában a munka módját is demonstrálhatja.

Vagy tegyük fel, hogy nem így gondolkodott, hanem, hogy ő, az autodidakta, a ki a legprimitivebb eszközökkel dolgozik, azt vélte, hogy azok, kik szerencsésebb viszonyok között, nagyobb intézetek, bővebb eszközök birtokában vannak, maguk is eltalálhatják a módját. Hisz csakugyan kiderült, hogy a methodus lényege nem új, azok a hivatásos amateur-fotografusok már előbb is tudtak róla. Míg a kik nem tudtak róla, könnyű szerrel újból feltalálták. Egymásután jelentkeztek a vezető német szaklapok hasábjain: a Deutsche medizinische Wochenschrift-ben, a Münchener med. Wochenschrift-ben és a Berliner klinische Wochenschriftben, kik kitalálták, hogy egy kis fotografusfogással czélt lehet érni. A Columbus tojása — egy egész sereg Columbussal, kik kisebb-nagyobb körörömmel irják, hogy most már ők is tudják a tricket. Csak az volt a különös, hogy mindegyik másképtudta, s bebizonyosodott, hogy nemcsak si duo faciunt idem, hanem ha quinque faciunt idem, tamen non est idem.

A legjobban mégis a Gebbert, Reiniger és Schall elektromos czégnek egy mérnöke találta el, ki a képeket a berlini orvosegyesületben be is mutatta és ott nagy tetszést aratott. De a legjobb az, hogy míg Alexander még tökéletlennek, hiányosnak mondotta a methodusát, ez az ügyes fotografáló mérnök mindjárt szabadalmat kért a plastikus képekre és a szaklapokban cursusokat hirdet a plastikus képek előállításának tanítására. Alexander azt mondja, hogy methodusa még nem érett, a német pedig, nehogy megposhadjon, már éretlenül is eladja.

Azonban megakadt az üzlet. Mert látván Alexander, hogy ha még sok röntgenező és fotografáló elektrikus mérnök fogja újból feltalálni a methodusát, ennek hitelét teljesen compromittálják, maga is közölte eljárását. És most derült még csak ki igazán, mily okosan tette, hogy előbb nem tette. Mert abban a pillanatban, melyben mindenki tudhatta, már nem akartak róla többé tudni. Kideritették, hogy nem ér sokat, azután meg azt, hogy nem ér semmit. Egyik azt mondta, hogy azért nem ér semmit, azaz nincs praktikus értéke, mert „individuális", azaz hogy a hányan csinálják, annyiféleképen sikerül. A másik azt mondta, hogy azért nem ér semmit, mert sokat nem ér, azaz hogy nem lehet vele biztosan megállapitani az idegen testek helyzetét. A harmadik azt mondta, hogy azért nem ér semmit, mert tulságosan szép, csábit, annyira kidomboritja a csontot, hogy azt hiszszük, hogy csakugyan a bőrön fekszik a csont, holott tudvalevőleg mélyen az izmok között fekszik. A negyedik végre azt mondta, hogy ez nem plastikus kép, hanem legtalálóbban elnevezve — lombfürészmunka. Hogy miért épen lombfürészmunka, ezt feleslegesnek látja német collegánk megmagyarázni.

Egyszer ugyan már penitentiára itéltek, mert a hires angol bölcsésznek és irónak, Popenak egy igazmondását idéztem reá valakinek a fejére, de azért mégis csak újból őt kell idéznem azzal a sententiájával, hogy a „tudományos igazságokkal úgy vagyunk, mint az órákkal, mindenki azt hiszi, hogy senki másnak az órája nem jár jól, csak az övé". Az amateur-fotografálás nagy elterjedésének is ez az egyik psychologikus magyarázata. És minden röntgen-fotografus is megesküszik a maga Röntgen-képére a másikéval szemben. Ez psychologice megérthetővé és igy megbocsáthatóvá teszi a fent jelzett kifogásokat. Ha egyszer egy ilyen fotografus-művész valamely jól sikerült képének dicsőségétől megrészegszik, abból nem egyhamar józanodik ki.

De nézzük mi, nem fotografusok, az ellenvetéseket. Nagyon inviduális a plastikus kép. Ha úgy értik, hogy eddig jól csak szerzőjének sikerült, úgy ebben van valami igazság, de arról nem a plastikus képek tehetnek. És itt meg kell jegyeznem, hogy az ügynek és a mai egész vitának nagy kárára van, hogy a vitatkozó kollegák nem hozták el az ő képeiket, hogy módunk lett volna azokat összehasonlitani az Alexander által bemutatott képekkel és meggyőződnünk arról, hogy valóban egy és ugyanazon Röntgen-eredmény-e az, a miről ők oly eltérően vélekednek.

Annyi tehát igaz lehet, hogy Alexander képei nagyon „individuálisak". Ha pedig az individualitást úgy értik, hogy a jövőben is csak némelyiknek fog sikerülni, némelyiknek meg nem, úgy ebben is van igazság, de hisz ez közös sorsa volt eddig és lesz ezután is a nem plastikus Röntgen-képeknek is. Még ugyanaz a tárgy is ugyanannak a röntgenologuak sem sikerül mindig egyformán; majdnem minden felvétel individuális olyannyira, hogy egymásután készülve két azonos kép, akár két külön képnek is beilleuék. Igaz, hogy minél világosabb, érthetőbb lesz a Röntgen-kép, annál élesebb lesz az individualitása, mig azok az elmosódó, kisebb sötétebb foltot, nagyobb, kevésbé sötét foltban mutató röntgenogrammok igazán oly kevéssé individuálisak, hogy minden magyarázatra egyformán jól használhatók.

A másik kifogás, hogy nem lehet vele jól megállapitani a röntgenezett részek térbeli viszonyait, pl. a mi practice a legfontosabb: az idegen test helyzetét, mert mindez a kép készitésénél használt diapositiv és negativ lemezek egymásfeletti helyzetétől, illetőleg eltolásától függ és igy azt a sörétet vagy golyót, mely a csont előtt mutatkozik, tetszés szerint akár a csont mellé, akár mögé lehet projiciálni. Ezt igy olvasva, szinte elrémülünk a plastikus kép tévútra vezető lidérczfényétől. De nézzük csak közelebbről.

A közönséges, nem plastikus Röntgen-képnek is az a hibája, hogy a térben nem tájékoztat teljesen. A hasba lőtt golyót a képen látjuk, de az lehet a has bőre, vagy hátul a hát bőre alatt. Kombinált felvételekkel lehet valamikép az igazat megközeliteni, és tudvalevő, hogy már többé-kevésbé okosan kieszelt külön instrumentumokat is használnak e czélra. A plastikus kép tehát legalább is nem volna gyarlóbb a közönségesnél; de ez még nem volna érdem. Valóban azonban sokkal jobb, még azt is concedálva, a mit hibájául rónak fel, hogy a lemezek eltolásával változtatható a távlat; ennek ellenére, sőt épen ezért jobb. Mert ha tudjuk, hogy egymás felett eltolva a lemezeket, a képletek distantiája változik, úgy azt is könnyű megtudni, mennyit változik. Egyszerű számitással, sőt a nélkül, próbálgatással egész jól ki lehet deriteni az igazi helyzetet.

Itt még külön mérőeszköz sem kell, — a mérést talán maga az eltolás foka képviselheti. Mint a hogy az ágyúczéllövésnél szokták. Az első golyót vagy szóró schrapnelt a vélt czél elé, egyet mögéje lőnek; a két distantiából gyorsan leolvassa a nem is diplomás „Feuerwerker" a czélt és harmadszor pontosan belő. Ha — mint mondják — a plastikus Röntgen-képen domborulat van ott, hol a természetben mélyedés és megfordítva, és ezt olyan jól tudják, akkor mi sem természetesebb, mint hogy a domborulat helyére a mélyedést veszik fel. De hisz a közönséges Röntgen-képen se domborodás, se mélyedés nem mutatkozik, de ezért még senkinek sem jutott eszébe a közönséges sik Röntgenképet haszontalannak mondani.

A harmadik kifogást is méltatnunk kell. A plastikus Röntgenkép tulságos szépen domboritja ki a vonalakat, csábit és csal. Mindenki ismeri a közönséges Röntgen-képeket. Mindenki tudja, hogy még a legjobban sikerülteknél is mennyit kell rábizni a saját élénk phantasiára és a szakértő röntgenczőnek ugyancsak élénk rábeszélésére. Egész külön szemekkel kell ezen foltokat nézni és vizsgálni, s nagy gyakorlat mellett csakugyan eljutunk oda, hogy kevésbé vagyunk a suggestionak kitéve. És most itt vannak ezek a képek, melyeket Alexander bemutat. Itt nem kell képzelni, itt nemcsak szinte kézzelfogható a csontnak egész formája, csücske, vájulata, hanem látjuk az izmokat, az izompamatokot, még a nagyobb arteriákat is, itt mint valami üvegen keresztül látjuk a mögötte elvonuló izomkötegeket, és mert mi ezt igy látjuk, mert elbűvöl a kép szépsége, sokoldalúsága, azért ne higyjünk e képnek, mert ez ördögi csábitás. Tulságos szép. Tréfának még csak megjárja, ha óva intenek e képek csábitásától, de komolyan elnyomni ezt a csábitást ily figyelmeztetésekkel nem fog sikerülni. Ezek a képek ritka, ha úgy akarják elnevezni, empirikus ügyesség eredményei, de mind egy szóig igaz Virchow sententiája: „Die empirische Wahrheit wird dadurch nicht aufgehoben, dass ein theoretischer Irrthum ihr entgegensteht."

Nem akarom tovább igénybe venni a tisztelt orvosegyesület figyelmét és türelmet. Szándékosan kerültem fejtegetésemben minden, az előadó személyére vonatkozó való utalással kilobbantható, jóindulatú hangulatkeltést. Harmincz év óta lévén barátja, soha szembe nem dicsértem, ma sem teszem, csak hallgatóim értelméhez és nem kedélyéhez kivántam fordulni.

De midőn ma egy igaz munka érdekében szólaltam fel, mégis megvallom, nem tudtam magamat, önönmagamat a kedélyi motivumok alól kivonni. Folyton előttem áll Osler „az igazság felnövéséről" irott előadása. Hogy állitja oda Harvey felfedezését mint olyat, melynek lényegét ellenfelei még egy fél század után is tagadták, melynek praktikus hasznát azonban még jóbarátai, hivei sem ismerték el, sőt ő maga is csak sejtette, de nem tudta bizonyitani. Még Sydenham, a nagy Sydenham sem tudta semmi hasznát venni. És előttem áll mindaz a sok példa, a melyet Osler előadása alkalmából a British Medical Journal csak úgy röviden felsorol: hogy az aethernarcosisról, melynek most volt 60. évfordulója, a tekintélyesebb angol lapok egyike, az Edinburgh Med. Jornal azt irta: mielőtt egy év elmulik, már sokan ki fognak józanodni aetherizáló álmukból; hogy a phthisis diaetás gyógyitását „beafsteak and portwin" systemának csúfolták, hogy H. MacCormak felszólalását a friss levegő-kúra mellett „a londoni vezető-orvostársulat" intelligentiája ellen elkövetett insultusnak mondotta és a larygoskopiát számos tiszteletre méltó orvostekintély gyermekjátéknak declarálta. És Osler mégis azzal a vigasztalással zárja előadását, hogy manapság mégis csak másképvannak az elmék az új igazságok számára praeparálva.

Nem valószinű ez a vigasztalás, sőt ellenkezőleg sokkal valószinűbb és minden idők psychologiáját jobban magyarázta az én öreg hitsorsosom, ki Kovács tanárt, midőn egyszer megint demonstratiók folytak ellene javában, hálás szivvel meglátogatta és vigasztalni iparkodott: Machen Herr Professor sich nichts daraus, dies alles ist nur Concurrenz. Az új eszmék és új igazságok a régiek természetes concurrensei, ez utóbbiak mig birják, marják. De hát az igazság mégis csak felnő, megnő és azért én nem találom jogosultnak az én barátom pessimismusát, hanem a classikusra utalom: Tu ne cede malis — sed contra auditer ito. Ne engedjen a boszantásnak — de annál bátrabban törtessen előre. A mint én az ő ősz fejében forró agyát ismerem, az igazságnak és a mi hazai Röntgen-tudományunknak érdekében ezt ő meg is teszi; ha nem contra, úgy pro audentior ibit.

Holzwarth Jenő: Mikor a mult év tavaszán Alexander tagtárs plastikus Röntgen-képeit bemutatta, rögtön felmerült annak a kérdése is, vajjon mily mértékben értékesithető az eljárás idegen testek localisatiojára. Mert a mennyiben valóban a normális stereoskopos látásnak megfelelő plasticitás van e képekben, a lágyrészek között különféle mélységben elhelyeződött idegen testek lokalizálása e képeken lehetséges kell hogy legyen. Ez irányban végeztem is kisérleteket, de a mint meggyőződtem, ez eljárás az idegen testek mélységének meghatározására nem használható. És pedig azért nem, mert akár közvetlenül a lemez felett, akár attól távolabb fekszik a lágyrészek között az idegen test, az ú. n. plastikus képen az árnyékeltolódása teljesen egyforma, s csakis az idegen test árnyékprojectiojának nagysága és határainak

többé-kevésbé élessége enged az idegen test niveaubeli helyzetére következtetni. Ha az Alexander tagtárs által bemutatott képek plasticitása való, a normális stereoskopicitásnak megfelelő volna, akkor különféle magasságban a lemez felett fekvő, a lágyrészekben elhelyezett idegen testek eltolódási árnyékainak különféle szélességűnek kellene lenniök. Ez pedig nem áll a jelen eljárással készített képekre nézve, s igy plasticájuk nem valódi, a normális stereoskopos látásnak megfelelő, hanem tisztán látszólagos és nem az x-sugarak hatása folytán, hanem tisztán fotografiai illetve másolási műfogás által jön létre.

Gergő Imre: Rámutat az Elischer és Kelen, a plasztikus Röntgen-képekről irt czikk közös szerzőinek felszólalása közötti ellentétre; mert míg Elischer hozzászólásában támadja a képek plasticitását, Kelen felszólalásában elismeri azt és következetesen használja a plastikus kifejezést.

Kelen azon ellenvetését, hogy Alexander képei nem mutatják oly mértékben a mélységi viszonyokat, hogy a képen a lemezhez közelebb és távolabb fekvő csontok felismerhetők volnának, el nem fogadja, annál kevésbé, mert még az egyszerű, nem plastikus Röntgen-képen is a lemezhez közelebb fekvő csontrészletek élesebb és kisebb árnyékot vetnek, mint a nagyobb távolságban fekvők. Igy pl. bokafelvételnél könnyű annak a megitélése a malleolusok különböző élességű és nagyságú árnyékából, vajjon tibio-fibuláris vagy fibulo-tibialis irányból történt-e a felvétel. Még inkább áll ez a bemutatott plastikus képekről. Kelennek egy másik ellenvetését, hogy a képek eltolódás folytán nem tüntetnek fel reális viszonyokat, szintén csak fenntartással fogadja el. Alexander képei ugyanis teljesen éles és finom spongiosareczézetet tüntetnek fel és nagyitóval tekintve jól követhetjük, miként terjednek be ezen élesen elhatárolt spongiosalécezeskék a corticalisba, a mi oldalirányban való eltolódásnál létre nem jöhetne.

Véleménye szerint ezen plastikus Röntgen-képek tudományos értékkel birnak. Egyéb Röntgen-képeken eddig még nem látott mértékben tükröződnek vissza rajtuk a lágyrészek körvonalai, a bemutatott képfelvételeken pl. az arcus radialis, egyes inak, a tenyér egyes redői és az interphalangeális redők is élesen kivehetők. Pontosan megállapitható a csontoknak és izületeknek ezen redőkhöz való anatomiai viszonya és már csak ezen oknál fogva is úgy topografiai, mint sebészboncztani szempontból a bemutatott plastikus Röntgen-képek tudományos értékét elfogadja. Ezen kijelentésre úgy meggyőződése, mint egyéni igazságérzete készteti.

Jakab László méltányolja és elismeri az előadó érdemeit arra való törekvéseiben, hogy szebben ható, mondhatni művészibb benyomásu kópiákat készitsen és ezzel a további fejlesztésre impulsust adjon. Azonban nem osztja az előadónak azon véleményét, hogy ezen plastikusnak nevezett másolatok többet mutatnak, mint az első felvétel. Éles jó negativok, a milyeneket eddig is előállitottak, szintén megmutatták — ceteris paribus — a lágyrészeket, inakat stb. és ezeken is rajta volt a látszólagos plasticitás. Az előadó képein látható árnyékokat pedig nem a Röntgen-sugár rajzolja, mint a hogy az előadó állitotta, hanem azok bizonyos mértékig tetszés szerinti szélességben előállittattak a másolás alkalmával használt fényforrás segitségével. Ez árnyékok a képet szebbé, de sok helyen a csont-structurát zavartabbá teszik, úgy hogy sokkal inkább vezet tévedésre az ilyen kép, mint a jó első negativ. Idegen testek localisatiojára pedig ezen árnyékok nem használhatók és a belőlük levont itéletek, akár az előadóéi, akár Schächter tanáréi, teljesen indokolatlanok, mert hiszen az árnyékot nem a Röntgen-sugár rajzolja, hanem az későbbi mesterséges, szépitő járulék.

Zimmermann Károly: Azt hiszem a vita a körül forog, hogy a plasticitás megfelel-e a valóságnak, vagy nem? Én nem tartozom azon hozzászólókhoz, kik nem készitettek Röntgen-képet. Én készitettem ilyen képet és irrelevansnak tartom azt, a mit az előadó csinál, azzal szemben, a mit mi csinálunk. Mi két képet rakunk össze, ő négy képet rak össze. Ezért szebbek a képei. Plasticitás úgy áll elő, hogy egy világos és egy sötét kép tétetik egymás mellé átmenetben. Csinálunk egy képet, azután ennek forditottját és egymásra teszszük; ha nem csúsznak el egymás felett, nincs plasticitás, de ha elcsúsznak, akkor van. Ha négy képet tesz egymás fölé, szebb a kép.

Az előadó azonban még most sem magyarázta meg, hogy mi a differentia az ő eljárása és a mienk közt.

Idegen testeknél a képeken mélységi differentia nincs, mig igazi stereoskopos plasticitásnak mutatnia kell a mélységeket.

Személyes momentumokat elhagyok, csak Schächter megjegyzését, hogy itt „concurrentiáról" volna szó, utasitom vissza.

Moravcsik Ernő Emil: A lefolyt vita meggyőzött minket arról, hogy anatomiai viszonyoknak megfelelőleg mutatják a képek a lágy és szilárd szöveteket. Nekünk, kik nem foglalkoztunk e tárgygyal, nehéz itéletet mondani, de Alexander egész tömegét hozta ide a szebbnél szebb képeknek, az ellenkező álláspontou lévők pedig nem hoztak képeket. Ezért ellenmondásuk csak akadémiai értékű, mert eredményeiket nem mutatták be.

Alexander Béla: Képeim mindent megmutatnak, a mi az első lemezen látható, de sok olyat is előhoznak, a mi másképen nem látható. Ez tény, a mit eltagadni nem lehet és ennek tudományos értéke van. Szivesen láttam volna az elméleti kritika helyett, ha képeket mutattak volna be a hozzászólók. Nem tudom, hogy miből gondolja Zimmermann, hogy én négy képet teszek egymásra. Az eredeti x-sugár plastikusan rajzol olyan finomságokat, a melyeket másképen kihozni nem lehet.

A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

Szaküles 1906. február 12.-én.

(Folytatás).

Discussio Schein „A női nemi szervekből kiinduló haematogen úton terjedő bőrbajok localisatioja" cz. előadása felett.

Róna: Azt kérdi az előadótól, hogy az *impetigo herpetiformis in mare* esetekben hogyan képzeli a terhesekre és szülőnőkre applikált vérer-eloszlódási localisatio theoriájának fenntartását? Azért kérdi ezt, mert a localisatio törvényeiről eddig csak kevés a positiv tudásunk, és mert a *bakteriologia* és *immunitás* tana, mely e kérdéssel sokat foglalkozik, a vérben keringő infectiós vagy toxikus anyagoknak lokalizált felhalmozódásánál és hatáskifejtésénél a véreloszlódásnak igen alárendelt szerepet juttat, de annál többet bizonyos szervek vagy szövetek változott physikális és chemiai sajátságain alapuló csökkent ellenállási képességnek. Szeretne *Schein* által meggyőzetni, hogy véreloszlódási theoriája legalább bizonyos betegségeknél beválik.

Schein: Az impetigo herpetiformis in mare hasonlóan lokalizálódik mint az impetigo herpetiformis in femina. Ezt a localisatiót ugyanigy kell felfognunk mint a nőknél támadó impetigo herpetiformist, mert a vérerek összefüggése is hasonló. Az impetigo herpetiformis kiinduló pontját férfiaknál is a nemi szervekben kell keresnünk.

A mi *Róna* nézetét illeti, mintha ma már *általánosan* elfogadnák bizonyos bőrelváltozásoknak emboliás eredetét, úgy ezzel szemben felemliti, hogy *Kaposi* tankönyvének utolsó, 1899-ben megjelent kiadásában az impetigo herpetiformis neuroreflectorikus dermatosisnak van feltüntetve. Az igaz, hogy újabban mindinkább tért hódit az a felfogás, hogy az impetigo herpetiformis pyaemia. Igy az Archiv f. Derm. utolsó kötetében *Borzecki* is ezt a nézetet vallja.

Török Rónával szemben konstatálja, hogy a dermatologiai észlelés úgyszólván kiegészitője az általános pathologiai vizsgálatnak. Ennélfogva nem kell mindenben szolgamódra a laboratorium vizsgálataihoz ragaszkodni, és a dermatologiai vizsgálódás eredményeit a laboratoriumi eredményeknek egyszerűen alárendelni. A dermatologiai észlelés révén is fontos általános pathologiai szabályok ismeretéhez jutunk. *Schein* érdeme, hogy a bőr emboliás eredésű betegségeire vonatkozólag e vizsgálódásunk és a kérdések felvetésének egy eddig kellőleg nem méltányolt irányát előtérbe helyezte.

Schein: A vérerek összefüggése a férfiaknál ugyanolyan mint a nőknél, csak az a különbség létezik a két nem között, hogy az anastomosisok gyengébbek, szükebbek. Ha tehát kivételesen férfinál is láttak impetigo herpetiformist hasonló localisatioval mint nőnél, úgy joggal itt is supponálhatjuk, hogy az infectio a nemi szervekből indult ki és hogy a kórokozó innen ugyanolyan úton jutott a bőrbe mint a nőknél.

A bőremboliák keletkezését nem csupán a vérerek elosztódásával hozom összefüggésbe, hanem a kórokozó sajátságait, helyi ingereket, lokális különbségeket, különböző szöveteknek a kórokozóval szemben tanusitott különböző viselkedését stb. is fontosnak tartom. Az impetigo herpetiformisnál kivételesen abban a kedvező helyzetben vagyunk, hogy pusztán mechanikai viszonyok tekintetbe vételével a bőrelváltozások localisatioját megérthessük. De legtávolabbról sem állitom azt, hogy már most a vérerek elosztódásának tekintetbe vétele elegendő lesz arra, hogy mindenféle emboliás úton létrejövő más bőrbetegségnél a bőrelváltozások localisatioját megérthessük.

Abból, hogy eddig az emboliák keletkezésénél a vérerek elosztódását nem vették tekintetbe, nem az következik, hogy nem kell őket tekintetbe venni, hanem, hogy a jövőbe igenis tekintetbe veendők.

De nem is áll az, hogy a bőremboliáknál nem vették tekintetbe a vérerek elosztódását. Az emboliáknak és metastatikus góczoknak a végtagok feszítő oldalán való localisatioját *Bohn* az arteriák topografikus elosztódásából magyarázza. Az arteriák igen sűrű hálózatot alkotnak a könyökön, a térdkalácson és a kézháton. Azért itt nagyobb mennyiségben gyülik meg a toxikus vagy bakteritikus anyag. *Kaposi* szerint a peripheriás részek azért is betegednek meg könnyebben, mert itt lassubb a vérkeringés. Hozzájárulhat ehhez az a körülmény is, hogy a végtagok feszítő oldalán a papilláris erek is jobban ki vannak fejlődve. Látható tehát, hogy az erythema exsudativum multiforme és nodosum bőremboliáinál a vérerek elosztódását és a vérkeringés mechanikai viszonyait már eddig is tekintetbe vették.

Csillag Jakab előadást tart: **„A chemiai anyagok szerepe a heveny eczema aetiologiájában"** czimen.

(Az előadás megjelent in extenso az „Orvosi Hetilap"-nak 1906. 36. számában).

Az előadó összefoglalása a következő:

1. A heveny, az első rohammal szemünk elé kerülő eczemák kiváltó oka az összes esetek 5/6-od részében kiderithető és ez minden alkalommal a köztakaróra kivülről ható valamely, igen gyakran teljesen közömbösnek látszó vegyi anyag.

2. A ki nem derített esetekben a kiváltó ok szintén csak kivülről ható vegyi anyag lehet.

A banális, mindennapi heveny eczemákat ezen vegyi anyagok csak általános vagy speciális túlérzékenységű (idiosyncrasiás) köztakarón válthatják ki, tehát ezen túlérzékenység játszsza a heveny eczema aetiologiájában a legfőbb szerepet.

(Szakülés 1906. márczius 26.-án a szt.-István-kórház bőrbeteg-osztályán.)

Elnök: **Basch Imre.** Jegyző: **Csillag Jakab.**

Stein Adolf (mint vendég): **Röntgen sugarakkal kezelt favus-esetek.**

Méltóztatnak tudni, hogy a favus capillitii nálunk milyen gyakori betegség, kivált a szegény és a tisztasággal nem törődő néposztályban, hogy milyen nehéz a gyógykezelése hosszadalmas volta miatt, és hogy milyen gyakori a recidiva.

A Rókus-kórház Röntgen-laboratoriumában már régen Röntgen-sugarakkal kezelünk favus-betegeket változó eredménynyel. De kivált az utóbbi időben *Róna* és *Havas* tanár urak osztályáról több eset került kezelés alá, úgy hogy az utolsó hét hónap alatt számuk 17-re emelkedett.

A betegek legnagyobb része vidéki lévén, kórházi ápolásra szorult. Mint a gyógyszeres kezelés, úgy a Röntgen-besugárzás is dicsekedhetik rövidségével; de bár rövid időre meg is szünik a defluvium, azért a betegség továbbra is fennáll és újabb besugárzást igényel.

A 17 beteg közül a legidősebb 25 éves, a legfiatalabb 4 éves. Azért emelem ki a betegek extrem korát, mert azt tapasztaltam, hogy minél fiatalabb az egyén, annál hamarább szünik meg a hajhullás és áll be sok esetben a restitutio; másrészt úgy látszik, és ezt mások is tapasztalták, hogy a fiatal egyén szövete érzékenyebb a Röntgen-fénynyel szemben, mint a korosabbaké. Hogy a gyógykezelés alatt a kór lefolyása jobban áttekinthető legyen, a hajat rövidre nyiratjuk vagy még czélszerübben leborotváltatjuk és a pörköket, hogy a bőr a Röntgen-sugaraknak jobban hozzáférhető legyen, olajjal leáztatjuk.

Czélszerű továbbá az egész koponya bőrét, tekintet nélkül a plaqueok nagyságára és számára, besugározni. A beteg fejét nemcsak tisztán tartsuk és ápoljuk, hanem antiseptikus szerekkel is kezeljük, mert a Röntgen-fény a favust csak annyiban gyógyítja, a mennyiben defluviumot és lobot okoz. A gomba maga, mely a bőr felületén és a hajtűszők körül van, a Röntgen-fényre alig reagál.

Makacs és gyakran recidiváló esetekben a huzamosabb időn át végzett besugárzás a betegnek bajt nem okoz. A bemutatott esetek legnagyobb része, a melyek még nem gyógyultak teljesen, igen makacs és a kórházban való tartózkodásuk alatt recidivált. Némelyik 500 perczen felül sugároztatott be. A bőr más testrészen már súlyos elváltozásokat szenvedett volna. Itt az intensiv besugárzást a betegek hátrány nélkül tűrték, és hajuk is újra kinőtt.

Huber Alfréd: Röntgensugarakkal kezelt favusesetek, kapcsolatban a Sabouraud-Noiré-féle radiometer bemutatásával.

Bemutató nagyobbszámú favusesetet kezelt eddig Röntgen-sugarakkal, ezek sorából a következő két esetet mutatja be:

1. eset. P. S., 15 éves szabóinas Szalk-Szent-Mártonról. Már másfél év óta kezeltetett favusa ellen mint fekvő kórházi beteg Róna tanár bőrbeteg-osztályán eredménytelenül, a miért onnan 1904 szeptember 15.-én Röntgen-intézetembe küldetett. A diagnosis a hajzatos fejbőrnek majdnem egész felületét elfoglaló favus volt. A beteg 1904 szeptember 15.-étől 1905 szeptember 26.-áig, vagyis kerek egy évon át mint ambuláns beteg összesen 10-szer röntgeneztetett. A röntgenezést a Holzknecht-féle chromoradiometer ellenőrzésével mindenkor egy ülésben fejezték be. A reactiók többnyire másodfokúak voltak (dermatitis, defluvium, felületes excoriatio). A beteg 1905. szeptember 26.-a óta, vagyis épen fél év óta nem részesül semmiféle kezelésben, recidivamentes és igy valószinüséggel gyógyultnak tekinthető. Hajzatának nagy része ismét megnőtt.

A másik favusbeteg még kezelés alatt áll, a röntgenezése is csak nem rég kezdetett meg.

2. eset. B. B., 15 éves leány Zárfaluról (Mármarosmegye), a ki 1906 február 7.-én vétetett fel Róna tanár osztályára.

St. pr. Typikus favus két év óta, a mely elfoglalja az egész hajzatos fejbőrt. Kezelve eddig még nem lett. A hajzat — bár tetemesen megfakult — de még mindenütt megvan.

1906 február 12.-én. Ma az egész fejet öt különböző állásban és öt ülésben megröntgenezték a Sabouraud-Noiré-féle radiometer ellenőrzésével. Egy-egy ülés 10—15 perczig tartott; ólommal lefedve mindenkor csak az arcz és a nyaktól kezdve a törzs volt.

Márczius 9.-én. A depilatio a tarkón levő kis területet kivéve mindenütt totális A fej böre mindenütt egyenletesen, diffuse hyperaemiás és mérsékelten hámlik.

Márczius 22.-én. A tarkón megmaradt favustelepek és hajzat eltávolítása czéljából ma csakis a tarkót exponálták egy ülésben a Sabouraud-Noiré-féle radiometer ellenőrzése mellett. Letakarás mint fenn.

A favus Röntgen-kezelésére vonatkozó *eddigi* észleleteit a következőkben foglalja össze.

1. Favusnál a Röntgen-kezelés tisztitja meg leggyorsabban (körülbelül 8 nap alatt) a fejet a beteg hajzattól. Igen valószinű, hogy a Röntgen-sugarak a favust nemcsak ideig-óráig, de véglegesen meggyógyítják: mindezen okoknál fogva, az eddigi favus-ellenes therapia sorában a Röntgen-kezelés a legelső helyen áll.

2. A kezelés gyorsitása érdekében az ülésszakokban való kezelést szemben ez eddig divott hosszú sorozatos ülésekkel határozottan a legmelegebben ajánlja, annál is inkább, mivel a fejnek egymásután 6—7 állásból való besugárzása eddigi tapasztalatai szerint semmiféle káros hatással nem jár, feltéve — a mit egyébként elengedhetetlennek tart — hogy mindig mérőeszközzel dolgozunk.

3. A Röntgen-kezelés tartama alatt ajánlatos a beteg területeket a legszorgosabban desinficiálni és addig is, a mig a Röntgen-hatás nyilvánul (8 napon belül), zsírok alkalmazásával a scutulumokat eltávolitani.

4. Az általa ajánlott kezelési móddal a beteget legfeljebb csak egy hónapig kell a kórházban tartani: ezen idő alatt kitanítjuk őt arra, hogy az adjuvans szereket miként alkalmazza. A további röntgenezés már ambulanter történik ugyancsak ülésszakokban, a szükséges képest egy vagy több havi időközökben.

5. Fontosnak tartja, hogy a kórházból elbocsátott favusbeteg ne kerüljön vissza azon környezetbe, a hol a betegséget acquirálta, vagy ha már visszakerül, a legszorgosabb tisztasági rendszabályok betartása által védekezzék az esetleges reinfectio ellen.

6. A teljes gyógyulás ellenőrzése és esetleges reinfectionak idejekorán való felismerése érdekében szükségesnek tartja, hogy a beteg legalább egy éven át felügyelet alatt maradjon.

Végül bemutatja a Röntgen-sugarak adagolására szolgáló *Sabouraud-Noiré*-féle chromoradiometert.

Discussio Stein és Huber bemutatásai felett.

Beck azt hiszi *Stein*-nel szemben, hogy a favus kedvező befolyásoltatása a Röntgen-sugarak által ez utóbbiaknak baktericid hatására vezethető vissza.

Stein a baktericid hatást mellékesnek tartja, mivel külföldi szerzők vizsgálataiból kiderült, hogy a Röntgen-sugarak csak alig befolyásolják a bakteriumok életét.

Róna: A favustherapiának eddig legterhesebb feladata volt a beteg *szőröknek és a szőrtüszőkbe jutott gombáknak* eltávolitása, mert ez a legnagyobb torturával járt. Mindenki, a kinek alkalma volt a favus orvoslásával foglalkozni, tanuságot tehet erről, de arról is, hogy épen e kínzás miatt milyen lassú és tökéletlen eredményt értünk el eddig. Azon sok favuseset közül, melyet kezelnem alkalmam volt, alig néhány teljesen gyógyult esetre emlékezem. A legtöbbször kifogyott a betegek türelme, ideje és ápolási költsége. Ezért üdvözöltem már pár év előtt örömmel a Röntgen-kezelést a favus therapiájában, és ezért alkalmaztattam azt részint *Stein*, részint *Huber* kollegáim által. Azonban be kell vallanom, hogy sem a *kezelés miként jéről*, sem az *eredményekről* végleges nyilatkozatot még nem tudok adni. Ezért néhány kérdést óhajtottam a t. kartársakhoz a bemutatott esetek kapcsán intézni. A kérdések a következők:

1. Milyen tapasztalataik vannak a *recidivákat* illetőleg? Hány százalékban észlelték? Mi okozza azokat? Mindig a hiányos kezelés, vagy esetleg újabb fertőzés is? Az én tapasztalataim a kezelés hiányos volta mellett szólnak.

2. *Melyik besugárzási mód: az egy, vagy a számos ülésben eszközölt a czélszerübb?*

Technikai okokból ugyanis a mi betegeink eddig sok ülésben kezeltettek, és ez a kezelést nagyon elhúzódóvá és körülményessé tette.

3. *Nőknél is okvetlenül az egész hajzat depilálandó-e* még körülirt beteg gócz jelenlétében is?

4. Szükséges-e az eredmény gyorsabbá vagy véglegessé tételére *parasitikus* szerek alkalmazása a *Röntgen-kezelés mellett* is?

5. Ki észlelt *böratrophiát* a favusgyógyitás szempontjából alkalmazott röntgenezés után? Ennek bekövetkezte ugyanis különösen a *nőkre* nem közömbös.

Weisz kérdi, hogy mi bemutatónak tapasztalata a decapillatiót illetőleg az egészséges és beteg hajzatnál, mivel vannak szerzők, a kik azt állitják, hogy a beteg haj a Röntgen-sugarak iránt sokkal kevésbé érzékeny, mint az egészséges haj; ezt a körülményt *Schwarz* azon hypothesissel magyarázza, hogy valamely sejtcomplexum annál érzékenyebb a Röntgen-sugarak iránt, minél nagyobb a növési energiája; igy van ez az egészséges hajszálnál, a leukaemiánál, a gyorsan növő sarkomáknál.

Kérdi továbbá, hogy a favusesetek csakis Röntgen-fénynyel, avagy egyéb desinficiáló szerekkel is lettek-e kezelve, mivel eléggé egységes a nézet már a felől, hogy a Röntgen-sugaraknak bakteriumokat ölő tulajdonsága igen csekély és igy a gombaölő szereknek használata is elengedhetetlennek látszik.

Basch csak a már befejezett kezelésre vonatkozólag tesz megjegyzést: fontosnak tartja, hogy az egyszer már meggyógyult beteg, a reinfectio elkerülése szempontjából ne kerüljön vissza azon környezetbe, a honnan jött. Fontosnak tartja ezért, hogy a beteg otthona teljesen tisztán tartassék.

Huber a Röntgen-sugaraknak kedvező hatását a favus kezelésénél nem a baktericid hatásban keresi — mivel kétségtelen dolog, hogy a Röntgen-sugarak gombaölő hatása igen csekély —, hanem első sorban a Röntgen-fény okozta epilatioban véli megtalálhatónak. E feltevést már nem is lehet feltevésnek nevezni, mivel kétségtelen, hogy eddigi favusellenes gyógymódjainknak gerincét is az epilatio tette.

A recidivákat illetőleg a reinfectionak mindenesetre nagy szerepet tulajdonit és ezért fontosnak tartja, hogy a betegek a már befejezett kezelés után legalább még egy éven át megfigyelés alatt tartassanak és fejük tisztántartása tekintetében alaposan kioktattassanak.

A besugárzás technikáját illetőleg határozottan pártolja azon eljárást, a melyet ő követ és dolgozatában részletesen kifejtett; pártolja eljárását, mivel czélját — a teljes epilatiót — 8—14 nap alatt éri el s e mellett az illetőnek egészségét egyébként absolute nem veszélyezteti. Természetes, hogy ezen eljárást csak az folytassa, a ki a Röntgen-technikában teljesen járatos és a ki mérőeszközöket használ.

Még nincs véglegesen eldöntve azon kérdés, vajjon a hajzatos fejbőr *részleges* favusánál az egész, avagy csak a beteg hajzat röntgenezendő-e. *Huber* mindenesetre barbarismusnak tartja nőknél, hogy körülirt favusnál az *egész* hajzatot epiláljuk. Teljesen czélravezetőnek

tartja, ha körülirt megbetegedésnél a beteg terület határainál 2—3 cm.-rel szélesebb területet sugároz be, a már jelzett ellenőrzést és tisztogatást pedig szigorubban hajtja keresztül; férfiaknál mindenesetre radikálisabban lehet beavatkozni annál is inkább, mivel favusnál aránylag csak kevés besugárzást kell végezni és így — legalább itt — a Röntgen-kezelés végleges alopeciához nem vezet. Antiparasitikus szerek használatát mindenesetre szükségesnek tartja már azért is, mivel egyfelől a Röntgen-sugarak ilyen hatást alig gyakorolnak, másfelől pedig az effluvium nem következik be a kezelés után azonnal; iparkodjunk tehát, hogy az infectio tovaterjedését a lehetőségig korlátozzuk. Végül pedig még a legszorgosabb Röntgen-kezelés után is — ha ez még csak egyszer történt — megeshetik, hogy egy-egy beteg gócz még visszamarad és ezt ajánlatos a további kezelésig a lehetőség szerint ártalmatlanná tenni.

A bőratrophiákat illetőleg *Huber*-nek nincsenek a favusra vonatkozólag tapasztalatai, de azt hiszi, hogy ez az eshetőség épen a favusnál — a hol csak kevés és gyenge besugárzásokat végezünk — igen minimális lehet és mindenesetre enyhébb azon atrophiánál, a melyet maga a hosszasabban fennálló favus okoz. Eddig azt tapasztalta, hogy az a hajzat, a melylyel a favusbetegek a kezelést megkezdték, rendszerint meg is maradt, sőt talán még inkább gyarapodott. *Weisz* kérdéseire nézve megjegyzi, hogy a reactio gyorsaságának és promptságának jelentkezésére nézve első sorban a test topographiai viszonyai mérvadók. A végtagokon — tapasztalat szerint — sokkal nehezebben érhető el reactio, mint a fejen vagy az arczon. *Basch* megjegyzéseit a reinfectiót illetőleg nagyon megszívlelendőnek tartja, de azoknak fontosságát már ő is hangsúlyozta.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi áll. gyermekmenhely másodorvosi állására hirdetett pályázat határideje **deczember hó 20.-án** jár le. 4—1

20,547/906. tan. sz.

Szabadka városhoz tartozó **Ludas** pusztán rendszeresített **tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy pályázati kérvényüket kellően felszerelve legkésőbb **1906. évi deczember hó 15.-ének d. u. 5 órájáig** Bezerédy István főispán úrhoz Szabadkán nyujtsák be, mert a kellő minősitést nem igazoló vagy elkésetten beérkezett pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A külterületi tiszti orvosköteles a reája bizott külterületen lakni és mindazon egészségügyi teendőket végezni, melyeket a 198/8927—905. számú közgyülési határozat a törvény vagy szabályrendelet részére előir és a melyeknek teljesitésével a tiszti főorvos őt egészségügyi körzetére nézve megbizza. A külterületi orvosnak körletén kivül magánpraxist folytatni sehol sem szabad. Saját körleteikben levő trachoma-betegek gyógykezelését és az adandó utasitások szerint el látni és ezért a pályázati kérvényben a tisztiorvosi minősitésen felül még a trachomások kezelésében elsajátitott jártasság igazolása is megkivántatik.

A nyugdijjogosultsággal egybekötött külterületi t. orvosi állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, 800 kor. fuvarpénz, újonnan épitett kényelmes szabad lakás, 24 köbm. puha tüzifa és 2 láncz föld haszonélvezete. Ezenfelül a trachomás betegek gyógykezeléséért a belügyminister 83,976/906. II. b. számú leirata értelmében évi 1200 korona tiszteletdij folyósittatik.

Miután azonban a ludasi orvosi lak előreláthatólag csak a jövő év őszén fog teljesen elkészülhetni, a január hó 1-ére már kinevezendő tisztiorvos addig a város belterületén lakhatik, ezért azonban lakpénzre vagy bárminemű megtérítésre igényt nem tarthat.

Szabadka, 1906. évi november hó 20.-án.

A polgármester.

1568/906. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező Mária Valéria közkórházban 1907. évi január hó 1.-ével üresedésbe jövő és 1200 kor. évi fizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerő tartozik a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyujtás esetét kivéve — nem folytathat, nős orvos pályázati kérvénye figyelembe nem vehető.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi deczember hó 20.-áig** Bezerédy István főispán úrhoz Szabadkán annál is inkább nyujtsák be, mert elkésetten benyujtott pályázati kérvény figyelembe vétetni nem fog.

A mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősitett pályázó nem jelentkezik, egy évi gyakorlatra esetleg szigorló orvosnak pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1906. évi november hó 13.-án.

A polgármester.

19048/906. sz.

A trencséni vármegyei közkórháznál a m. kir. belügyminister úr folyó évi 61,758. számú rendeletével 1907. évi január 1.-étől rendszeresitett **kórházi 2. másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A 2. másodorvos állása végleges és nyugdijképes. Fizetése évi 2000 kor., 3 szoba, konyha, pincze és éléskamrából álló természetbeni lakás, fütés és világitás.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy kellően felszerelt s a főispán úrhoz czimzett pályázati kérvényüket a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon **1906. évi deczember hó 15.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvények tekintetbe vétetni nem fognak.

Trencsén, 1906. évi november hó 18.-án.

Alispán helyett:
Rudnay István, főjegyző.

2—1

4032/1906. sz.

A lemondás által üresedésbe jött **szentjobbi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi deczember hó 10.-éig** adják be.

Az állás javadalmazása 1000 korona készpénz a kir. adóhivatalnál utalványozva és szabad lakás.

Látogatási díjak nappal 1 kor., éjjel 2 kor., körutou kivül a kör községeiben 4 kor.

A körhöz a székhelyen kivül Ilkszentmiklós, Hegyközszentimre és Csohaj községek tartoznak.

Székelyhid, 1906. évi november hó 6.-án.

3—3 *A főszolgabiró.*

6677/906. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásához tartozó **Nagykovácsi** nagyközségben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 4. §-ával, továbbá az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-ával megkivánt minősités igazolásául szolgáló okmányokat, továbbá a születési és eddigi működésüket feltüntető bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **f. évi deczember hó 16.-án délelőtt 12 óráig** nyujtsák be hozzám. E határidőn túl érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

1. Törzsfizetés havi előleges részletekben 1400 kor.
2. Lakpénz 240 kor.
3. Látogatási díj nappal 60 fill., éjjel 1 kor. 20 fill.
4. Halottkémlés 80 fillér.
5. Vágóbiztosi teendőkért szabályrendeletileg megállapitott díjak szedhetők.
6. Sebészeti, műtő beavatkozások egyezség szerint.
7. Orvosi bizonyitványokért 4 kor.

A községi orvos kézi gyógytár tartására jogosult.

A községi orvosnak Nagykovácsi uradalomtól 200 kor., a budapesti betegsegélyző pénztártól 240 kor., a pilisszentiváni kőszénbányától ugyanannyi tiszteletdija volt, a mely tiszteletdijakat a megválasztandó községi orvosnak is kilátásba helyeznek.

A megválasztott orvos állását 15 nap alatt tartozik elfoglalni.

A választást Nagykovácsi községházánál f. évi deczember hó 17.-én délelőtt 11 órakor fogom megejteni.

Pomáz, 1906. évi november hó 10.-én.

2—2 *Almásy*, főszolgabiró.

6536/906. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye oraviczai járásába kebelezett **Stájerlak** községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi november hó 28.-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást f. évi november hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom Stájerlak községházánál megtartani.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból előleges havi részletekben fizetendő 1200 (egyezerkettőszáz) kor. törzsfizetés.
2. Negyedévi előzetes részletekben fizetendő 400 (négyszáz) kor. lakbér.
3. A halottkémi teendők teljesitéséért esetenként 40 fillér.
4. Betegek látogatásáért a szabályrendeletben megállapitott díjak.

A megválasztott községi orvos köteles lesz állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni, ezen időpontig pedig ezen állás helyettesités útján fog betöltetni.

Oraviczabánya, 1906. évi november hó 8.-án.

3—2 *A tb. főszolgabiró.*

3194/1906. sz.

Az üresedésben lévő **Almosd községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **f. évi deczember hó 5.-éig** adják be.

Az állás javadalmazása:

1200 kor. fizetés és 200 kor. lakbér a kir. adóhivatalnál utalványozva.

Látogatási díjak az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér.

Igazolt szegény betegek ingyen gyógykezelendők.

Az orvos ez idő szerint a vágatási biztosi teendőket is végezni tartozik s ezért a következő díjakat élvezi: sertés után 80 fillér, szarvasmarha után 1 korona 60 fillér.

A községbe gyógyszertár lett engedélyezve, mely 1907. évi január hó 1.-én nyilik meg.

Székelyhid, 1906. évi november hó 6.-án.

3—3 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Sanatorium Grimmenstein.

Gyógyintézet tüdőbetegek részére.

Edlitz-Grimmenstein az Aspangbahn állomása, Alsó-Ausztria, 2½ órányira Wien-től, posta, távirda. Telefon.

Adm. vezető: **Th. Bachrich.** Vezetőorvos: **Dr. O. Frankfurter.**

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

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

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

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**
„Fehérkereszt" gyógyszertára
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

ORVOSOK
nem nélkülözhetik az
Orvosi Évkönyvet,
melynek kérdőíveit mielőbb visszaküldeni kérjük.

PANHANS szálloda és gyógyintézet ‚Erzherzog Johann' szállodával **Semmering, Wien** mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f.
Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az **összes vízgyógyeljárás** részére, **villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár** stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál.
Közelebbit a prospektusokban.

Név védve. Extractum Chinae „Nanning" Név védve
(A jelenkor legjobb stomachicuma.)
Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.
Javallatok:
1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:
H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.
Minták és irodalom ingyen.

Kaliforniai füge-szörp
CALIFIG
(Név védjegyezve.)

A
California Fig Syrup Company
ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG"-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a **„CALIFIG"** szivesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak: 1/1 üveg 3 K; 1/2 üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.
Európai vezérképviselőség:
Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.
Főraktár Magyarország részére:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**
VI., Király-utcza 12.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfütés** egycsaládos házak, villák,
sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.
Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!
HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, **BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.**
Telefon 96—96. Telefon 96—96.

Schmidthauer-féle radioactiv **Igmándi** keserü-víz
kitünő eredménynyel pótolja a **karlsbadi** és **marienbadi** ivókurát otthon bármely évszakban.
Rendszeres adag, reggel fél pohárral.

Szemgyógyintézet Miskolcz, Széchenyi-utcza 5. sz.
Dr. VAJDA GÉZA szemorvos vezetése alatt.

Fersan
(Jolles)
Vas- és phosphortartalmú tápláló- és erősítő szer.
Körülbelül 90% vízben oldódó és felbontott fehérjeanyaggal
Jelentékeny haemoglobin és vörös vérsejt-szaporodást idéz elő. | Fokozza az étvágyat, növeli a testsúlyt és erősíti az idegeket.

Számos orvos urak kivánságának engedve, hogy készítményeink szegényebb betegek részére is rendelhetők legyenek, készítményeinket az eddigiek mellett egy
új, egyszerűbb és olcsóbb csomagolásban
is forgalomba hozzuk.

25 gm. pornak ára ily olcsóbb csomagolásban csak 1.— kor.
50 drb. pastilla a 0·5 „ „ „ „ „ 1.50 kor.
50 „ „ a 0·25 „ „ „ „ „ —.85 fill.

Minden gyógyszertárban kapható.
Irodalom és minták az orvos uraknak ingyen rendelkezésükre állanak.

Fersan-Werk: Wien, IX., Berggasse 17.
JOD-FERSAN-pastillák Jod-Fersan-csokoládé gyermekpastillák **FILÓ JÁNOS BUDAPEST.**