Ötvenedik évfolyam. 22. szám. *Budapest, 1906. junius 3.*

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.

Kétly Károly: A villamosság az orvosgyakorlatban. 587. lap.

Navratil Dezső: Közlemény a kir. m. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) A bárzsingvarratokra tett pajzsmirigyszeletek hegképző hatásáról. 589. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 591. lap.

Morelli Gusztáv: Szobahőmérséken látható páratartalom a kilégzett levegőben. 594. lap.

Tárcza. A XII. szünidei orvosi cursus megnyitása. 595. lap. — **Günther József**: Egészségügyi szolgálat az óczeánon. 595. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Hans Driesch:* Der Vitalismus als Geschichte und als Lehre. — *Max Verworn*: Naturwissenschaft und Weltanschauung. — *Grawitz* und *Grüneberg*: Die Zellen des menschlichen Blutes im ultravioletten Lichte. — *Lapszemle. Belorvostan. Eichhorst:* A köptetésről. — *Spengler:* Az örökölött lues a tüdővész kezelésében. — *Mathes:* A bélerek infarctusa. — *Általános kór- és gyógytan. Jagic:* Vérkészitmények fixálása acetonnal. — *Orth*: A tuberculosis kórtana. — *Sebészet. Kreuzer*: A kerek gyomorfekély és következményes megbetegedései sebészeti gyógykezelésével elért eredmények. — *Kappeler*: Az appendicitis sebészeti kezelésével elért eredmények. — *Hoffmann*: Az érrendszerben létrejövő elváltozások a féregnyujtványgyuladásban. — *Sprengel*: Az appendicitis-műtét javalatai: — *Hagenbach*: Az appendicitis műtevésének javalatai. — *Idegkórtan. Brissaud* és *Moutier*: Akaratlagos vállbénulások és a munkásbalesettörvény. — *Eulenburg:* A Basedow-kór gyógyitása. — *Gyógyszertan. Wörner:* Ovogal. — *Venereás bántalmak. Metschnikoff*: A syphilis prophylaxisáról. — *Risso* és *Cipollina*: A syphilis serumtherapiája. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Kölbl*: Califig. — *Topp*: A Riedel-féle yohimbin. — *Nigoul*: Stypticin. — *Hamm*: Gégegümőkór. — *Colley*: Paronychia. — *Richarz*: Peru-balzsam okozta mérgezés. 597—601. lap.

Vegyes hirek. Kinevezés. — Új törvényszéki orvosok. — Fürdő orvosok. — Új kórházak Szegeden. — Megjelent. — Meghaltak. — Fürdők forgalma — Kisebb hirek külföldről. — Adamkievicz tanár pöre. — Miben halnak meg az orvosok leginkább? — Az ólomfehér gyártásának betiltása Franczia-országban. — A csiga mint élelmiszer. — Az elcsavarható fejű ember. — Pályázatok. — Hirdetések. 602. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. E. Hoffmann-La Roche & Cie czég Thigenol, Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Isoform prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A villamosság az orvosgyakorlatban.

A XII. szünidei orvosi cursus megnyitó előadása.

Kétly Károly dr., egyet. nyilv. rendes tanártól.

A villamosság mint hatalmas természeti tünet, villámlás és dörgés alakjában, egyidős földtekénkkel. A biblia tanusága szerint Ádámot és Évát a tiltott gyümölcs élvezete után, égiháború közben, villámló kardú angyal üzte ki a paradicsomból. De azután évezredek zajlottak le a nélkül, hogy az embereknek egyéb ismeretük lett volna a villamosságról. Később a régi görögök gyermekszobáiban találkozunk a villamosság egy megnyilatkozásával, a midőn a borostyánkövön — elektron — dörzsölés útján olyan tulajdonságot fedeztek fel, hogy az a közeli könnyü testeket magához vonzotta, majd reájöttek, hogy ugyanily eljárás mellett más testek is hasonló tulajdonságot öltenek, melyet azután a borostyánkő után *elektromosnak* neveztek. De e játékszámba vehető észleleteken túl nem jutottak, és ismét évszázadok teltek el, míg végül a XVIII. században behatóbban kezdtek e hatalmas erővel foglalkozni.

A villamos tünet magyarázására igen finom, *imponderabilis* anyagot, fluidumot tételeztek fel a testekben és ez okból az *elektromos áram* elnevezést használták, mely még ma is alkalmazásban van, noha ama felfogás tévességéről csakhamar meggyőződtek Manapság a villamosság, valamint az optikai és hőtünetek lényegét a testek és az aether legkisebb részeinek sajátszerü mozgási viszonyaiban keressük.

A XVIII. század végén szerkesztett villamozógép, majd az érintkezési villamosság felfedezése és később a *Volta*-oszlop összeállítása után mindenképen igyekeztek e hatalmas természeti erőt gyógyitási czélokra felhasználni, de igen kevés eredménynyel, mivel a technikai nehézségekkel nem birtak megküzdeni. Csak *Faraday* korszakalkotó felfedezése, az *inductiós* tünetekről, adta meg a lehetőséget orvosi czélokra alkalmas készülékek szerkesztésére; de a szorosan vett tudományos módszer *Duchenne de Boulogne* nevéhez füződik, ki a mult század negyvenes évei végén tette közzé „*a villamáram localisatiojának módjairól*“ szóló munkáját, és ezzel az elektrotherapia alapját vetette meg. Általa ismertük meg egyes izmok müködését, a mozgató idegeknek izmaikhoz való viszonyát, idegsértések után az ideg és izom táplálkozási és ingerlékenységi elváltozásait stb.

Utána csakhamar *Remak* az állandó áram alkalmazását juttatta érvényre a therapiában. A villamáram e két nemének segitségével nemcsak fontos élettani problemák oldattak meg, hanem az ideg- és izomrendszer kór- és gyógytana is tetemes gazdagodásban részesült.

A villamáram élettani hatása oly feltünően és sokféle irányban nyilvánul meg, hogy tanulmányozása úgy élettani, mint kórtani és diagnostikai ismereteink gyarapitására szolgált. A galvanáram az idegben, melyen áthalad, „*elektrotonus*“-t hoz létre, vagyis megváltoztatja annak ingerlékenységi és vezetőképességét. Az elektrotonus alatt beálló elváltozások oly állandók, hogy azokat szabályszerüségük folytán törvényes formába öntötték. E czélra a mozgató idegek ingerlése vétetett igénybe, a melyekhez tartozó izmok rángásai pontos jelzői lettek az idegben lefolyó változásoknak. E téren legbehatóbban *Pflüger* dolgozott s nevére keresztelték el a „*rángási törvényeket*“. Az állatok lemeztelenitett idegeire és izmaira közvetlenül alkalmazott villamáram hatása alatt beálló rángási viszonyok az élő emberen is, az áram percután alkalmazása mellett, többé kevésbé hasonló módon mutatkoznak. A rángási

törvény quantitativ vagy qualitativ megváltozásából az izmok vagy idegek betegségének természetére, fokára és helyére lehet következtetni. A míg az állandó áram csupán ingadozásai, főleg zárás és nyitás útján hoz létre izomrángást, addig az átterjedő áram, direkt vagy indirekt alkalmazva, az illető izmot állandó összehúzódásra birja.

Az izmok minden összehúzódása hőemelkedéssel jár. Hosszú ideig nem tudták a hőemelkedés okát megfejteni, eleinte a hőforrást a vérodafolyás többletében keresték, míg *Becquerel, Ziemssen, Helmholtz* és *Heidenhain* érdekes kisérletei kimutatták, hogy azon inger, mely a mozgató ideg útján az izomhoz jut, azt nem csupán contractiora készteti, hanem egyúttal élenyülési folyamatot is indít meg; az élenyülés termékei — nagyobb szénsavkiválasztás, a kreatin és kreatinin-sav megszaporodása, egy szabad sav termelése, valamint az éleny nagyobb mennyiségü elégése és az izomfehérje elhasználása — ezt eléggé bizonyítják. A müködő izom hőemelkedése ezen élenyülési folyamatban találja forrását; az ugyanakkor beálló vérkeringésgyorsulás csak annyiban járul hozzá, a mennyiben a fokozott oxydatiohoz megkivántató elégési anyagot szolgáltatja. A tapasztalás és a kisérletek egyaránt bizonyítják, hogy az izom fejlődésére, épségének megtartására és táplálkozására feltétlenül szükséges, hogy müködésben legyen, időnként összehúzódjék. Az összehúzódás indítja meg az anyagcserét, mely forrása a melegnek és munkabirásnak. Hisz tudjuk, hogy megfelelő gyakorlat útján mily tökélyre lehet izmainkat fejleszteni, míg a nyugvó izom, mely összehúzódásában bármi okból teljesen akadályozva van, elsoványodik, majd egyszerü atrophia vagy elfajulás alá esik. Mily fontos ilyenkor az akarat befolyásától megfosztott izmokat mesterséges inger útján, melyet legkiválóbban a villamosság képvisel, összehúzódásra birni, hogy épségüket lehetőleg megóvjuk vagy legalább romlásukat késleltessük. Bénult izmok ingerlékenysége a villamárammal szemben megváltozhatik, ugyanis tudjuk, hogy központi okból bénult izmok hosszú ideig, évekig megtartják elektromusculáris contractilitásukat mindkét áramnem iránt s csak évek után csökken az; míg környéki bénulás alatt álló izmok, ha az idegvezetés teljesen megszünt, már 10—14 nap alatt elvesztik összehúzódási képességüket a Faraday-áramnem iránt, ellenben galvanáram zárására vagy nyitására, bár tunyábban, reagálnak. Később azonban a környékileg bénult s így táplálkozási idegeitől is megfosztott izom elfajulás alá esvén, a galvanáram iránt nem csupán quantitativ, hanem qualitativ eltérést is mutat, a mennyiben az ismert *Pflüger*-féle rángási törvényt nem tartja be, hanem rendetlen módon húzódik össze a zárások és nyitások alatt. Ugyanis erősebb lehet a rángás vagy előbb áll be az anodnyitásnál, mint a kathodnyitásnál stb. Ezen rendellenesség az elfajulási reactio nevét viseli, mely tünet fontos diagnostikai jel a bénulás természetének megitélésére. Tudva ezeket, peripheriás izombénulásnál az állandó árammal fogunk dolgozni az izomösszehúzódások előidézésére, minthogy Faraday-áramra azok nem reagálnának. A központi okból bénult izmokat mindkét áramnemmel kezelhetjük.

Nem érdektelen környéki bénulásoknál a Faraday-áram iránti összehúzódás kimaradásának okát keresni. Ha az ép izmot akár közvetve, vagyis mozgató idegének izgatása útján, akár közvetlenül, a midőn magára az izomtestre helyezzük az elektrodot, összehúzódásra birjuk, ez mindkét esetben az izomban lefutó mozgató idegrostok izgatására áll be. Ha azonban a mozgató ideg elfajulás miatt vagy egyéb okból vezető- és functioképességét elveszíti, akkor, de csakis akkor mutatkozik tisztán az izomállomány direct izgatásának hatása. Galvanáram zárására tunyán húzódik össze az ilyen izom, melyet hosszabb ideig kell az áram hatásának kitenni; csak pillanatig tartó galvanáramra nem reagál. Igy érthető most, hogy környéki tökéletes bénulás alatt álló izmok, melyeknek mozgató idegei teljesen degeneráltak, miért nem húzódnak össze Faraday-áramra, mely áram, mint tudjuk, folytonos gyors zárás és nyitás alatt áll.

A búvárok közt sok ideig ellentétes felfogás uralkodott arról, vajjon élő emberen alkalmazható erejü villamárammal a mélyebb szervek, főleg az agy- és gerinczvelő, direct érinthetők-e? E kérdést meggyőző kisérletekkel *Erb* igenlőleg döntötte el, és pedig kiválóan a galvánáram részére, míg a Faraday-áram oly erőben, hogy az az agyig vagy gerinczvelőig hatoljon, fájdalmassága miatt nem annyira alkalmas. A kisérleteknél *Erb* akként járt el, hogy emberi hullák koponyáján tallérnagyságú léket nyitott s az agyvelőből annyit távolított el, hogy annak helyét egy békaidegczomb-készitmény kitölthesse. A léket átlátszó üveglemezzel befödte. Ekkor a épbőrü koponyán keresztül, hossz- és haránt irányban váltakozva, 10—14 M. A. galvanárammal zárást és nyitást végzett, mire a békaczomb mindannyiszor rángással felelt. Ugyancsak reagált a békaczomb, ha Faraday-áramot bocsátott át a koponyán, csakhogy ez utóbbit oly erősen kellett alkalmazni, a mily erőben élő ember alig türi. Hasonló eredményre jutott a gerinczvelőnél is. Igy be lett bizonyítva, hogy a központi idegrendszer galvanárammal directe befolyásolható. Hisz már előbb tapasztalták, hogy a koponyára alkalmazott galvanáram zárásnál és nyitásnál szédülést okoz, már pedig ez agytünet. Igy magyarázható a galvanáram hatása az érzékszervekre is: a látóideg, a hallóideg, az ízérzés mind specialis müködésre kel, ha galvanáram által izgattatik.

A galvanáram *elektrolysises* képességgel is bir, folyadékokat, melyek oldott alkatrészeket, főleg sókat oldva tartalmaznak, két componensre bont, ezeket *ionoknak* nevezik. Azok, melyek a kathod körül gyülnek meg, *kathionok*, s az anod körüliek az *anionok*.

Ezen alapon némelyek azon nézetben vannak, hogy a villamáram gyógyhatása főleg vegyi úton érvényesül, a mennyiben az elektrolysis által szabaddá lett ionok az egyik sarktól a másikhoz vándorolva, anyagcsere útján fejtenek ki gyógyító hatást.

Kataphorás tulajdonsága abban állana, hogy a villamáram irányában a szövetek nedve is az anodtól a kathodhoz mozogna. Ezen felvétből kiindulva, a villamáram segitségével a szervezetbe orvosságokat (jodkalium, kéneső stb.) akartak bejuttatni, a mennyiben a positiv elektrod szivacs- vagy vattaburkát az orvossággal átitatták s a megindult villamáram azt magával ragadva, a szöveteken keresztül a nemleges sark felé sodorná. Később azonban pontos ellenőrző kisérletek kimutatták, hogy a positiv elektrodban elhelyezett orvosságok legfeljebb a börig jutottak, de mélyebbre nem.

A villamáram az érmozgató idegeket is befolyásolja. Az elektrodok alatt és körül a bör eleinte rendszerint halaványabb, majd élénkvörös színü leszen. Hőhatása ismeretes s ezen tulajdonságánál fogva mint galvanokauter alkalmaztatik. Újabban a villamfényfürdők is ezen alapulnak.

Ezek elmondása után belemehetünk azon kérdés tárgyalásába, vajjon bir-e az elektrotherapia tudományosan megokolt jogosultsággal és gyógyhatással?

A villamosság hatalmas physikai, vegyi és élettani hatása alapján nagy várakozással tekintettek therapiás befolyására is. A mult század derekán fellendült villamos gyógykezelés nemcsak az orvosok körében, hanem a nagyközönség között is túlságos vérmes reményeket támasztott, hisz nagy számban termettek az elektrotherapeuták és a villamgyógyászati müvek: *Benedikt, Brenner, Rosenthal, Erb*, nálunk *Fromhold*, stb. S mint minden új gyógymódnál a túlságos várakozást rendesen csalódás követi, úgy látjuk bizonyos fokban ezt a villamos gyógykezelésnél is. A míg a villamáram élettani hatása feltünő és örvendetes módon vitte előbbre és derítette fel ismereteinket az ideg- és izomélet és müködés terén, s biztos segítőeszköz lett a kórisme és jóslat körül, addig therapiás értékét többen teljesen kétségbe vonják, mások csupán psychés, ú. n. suggestiv hatást tulajdonitanak neki. Ez utóbbi felfogás egyik fő képviselője *Möbius*. Hivatkoznak arra a körülményre, hogy a villamáram alkalmazásának legkülönbözőbb, néha ellentétes módjai által ugyanazon therapiás eredmények érhetők el, sőt néha az elektrodok áramnélküli alkalmazása is eredményt mutat. Elfogulatlan elbirálás után azonban mégis azt kell mondanunk, hogy számbavéve a villamáramnak az izmokra, az érmozgatókra, az idegekre való hatását, az elektrotonus előidézését, továbbá azon több oldalról végzett nagyszámú klinikai kisérleteket, melyeket *Remak* radialis-bénulásban szenvedőknél, e sorok irója arczidegbénulásoknál végzett, végül *Friedländer* kisérleteit állatokon létrehozott mesterséges bénulásoknál, a midőn a suggestio felvéte tel-

jesen kizárható, s a melyek bizonyítják, hogy a bénulás gyógyulása villamozás esetén jóval rövidebb időt igényel, a villamáram feltétlenül specifikus gyógyhatással is bir.

Hisz alig képzelhető, hogy a hatalmas physikai, vegyi és élettani hatással biró villamáram bizonyos körülmények között gyógyító erővel ne birjon. Hogy ez miként történik, erre még most, a míg az idegelemek, molekulák lényegéről oly hiányos ismereteink vannak, felelni alig tudunk. *Sok valószinüség szól a mellett, hogy a villamáram physikai befolyást gyakorol a test molekuláris részeire, majd gyorsítván, majd lassabbítván azoknak mozgását. Változtatja azoknak irányát.* Ez által kóros állapotok visszafejlődését megindíthatja, siettetheti. Bénult izmok elfajulását, azoknak rendszeres összehúzódása által, akadályozhatja vagy késlelteti. Kifáradt idegekre éltetőleg, frissítőleg hat. Gyakorlatunkból ismerjük a villamáram hatását neuralgiáknál; a kínos trigeminus-zsába néha Faraday-áramnak főleg a *Fromhold* ajánlta dagadó és apadó módon használatára gyorsan enged, máskor ismét a galvanáram anodsarkának befolyása által csillapul. Choreás betegeknél többször láttam a gerinczvelőre alkalmazott leszálló irányú galvanáram csillapító hatását, a kezelés alatt az izomnyugtalanság engedett. Basedow kórban szenvedőknél a galvanáram hatása a tachycardiára több izben kedvező. Az ülés alatt az érlökések száma csökken. Hemikraniánál szintén sok szerző ajánlja a galvanáram alkalmazását, itt-ott némi eredménynyel. Ez utóbbi két betegségnél főleg *Eulenburg*, *Guttmann*, később *Benedikt* ajánlatára az ú. n. *sympathicus-galvanisatiót* használják. Ezen elnevezés annyira elterjedt s a legújabb therapiás művekben is emlegetett, hogy czélszerünek tartom vele gyakorlati szempontból foglalkozni. *Eulenburg* 1873-ban *Guttmann*-nal együtt egy nagy monographiát irt „Die Pathologie des Sympathicus“ czímen. E műben a Basedow-kórt, a hemikraniát, a haladó féloldali facialis-sorvadást stb. a sympathiás ideg megbetegedésének tekintik, s ez alapon ajánlják e bántalmak kezelésénél a nyaki sympathiás ideg ganglionjainak galvanisatioját. Tudvalevően a nyakon az együtt érző ideg 3 pár ganglionnal bir, a legfelső — ganglion cervicale supremum nervi sympathici — a 2. nyakcsigolya elülső két oldalán fekszik, a középső, mely legkisebb és néha hiányzik is, valamivel alább van, a legalsó pedig, melyet ganglion stellatumnak is neveznek, a 7. nyakcsigolya magasságában Ezen ganglionokat az elektrodokkal akként akarják megközelíteni és a galvanárammal érinteni, hogy a gombalakú elektrodot a fültő mélyedésébe be- és hátrafelé nyomjuk, ekkor a legfelső ganglionra hatunk. A középsőre az elektrodot a fejbicczentőizom közepén alkalmazzuk, a legalsó gangliont pedig a jugulumba benyomott elektroddal akarjuk befolyásolni. A villamozással néha sikerül a sympathiás ideg ingerlésére beálló ismert tünetek egyikét vagy másikát előidézni, így a pupillatágulást. Azonban érthető, hogy ép bőrön át a mélyen fekvő ganglionokat egyenesen és külön befolyásolni nem lehet, azon helyeken épen úgy befolyásolható a vagus, esetleg a phrenicus, átterjedhet az áram a nyúltvelőre s így a szerzők által feltételezett symphaticus-galvanisatio nem fogadható el. A galvanizálás alatt mutatkozó pulsusritkulás származhat a vagushatásból is.

Az elsoroltak alapján kimondhatónak vélem, hogy épen oly téves azok álláspontja, kik a villamosságban universális therapiás agenst keresnek, mint azoké, kik attól minden gyógyító hatást megtagadnak. De ha el is ismerjük, hogy sok esetben psychés befolyás szerepel csupán, melynek értékét hosszantartó reménytelen idegbajokban eléggé meg kell becsülnünk, határozottan el kell fogadnunk a villamáram specifikus hatását is. Az igaz, hogy ezen hatás eddig csak eredményeiben bizonyítható, miként jét az ideg- és izomélet finom működési lefolyásának hiányos ismerete miatt nem ismerjük. De a mit nem tudunk ma, esetleg holnap vagy évek multán megismerjük. Ezért t. kollegáim ne helyezkedjünk a sivár skepticismus álláspontjára, hanem józan elbirálással használjuk ki e hatalmas természeti erőt szenvedő embertársaink javára. Ma csakugyan a tapasztalat és egyes esetekben a próbálgatás irányítja az orvost a villamosság alkalmazásánál, de remélhetőleg eljön az idő, a midőn az indicatiók és az alkalmazás biztosabb, tudományos alapból indulhatnak ki.

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

A bárzsingvarratokra tett pajzsmirigyszeletek hegképző hatásáról.

Irta: *Navratil Dezső* dr. műtőorvos.

I. Részleges bárzsingvarrat.

„Újabb bárzsingvarrat“ czímmel közleményem jelent meg a mult évben ugyanezen folyóiratban. Már akkor leirtam, hogy ha a bárzsingsebet dohányzacskóvarrattal összehúzzuk és e fölé egy a bárzsing izomzatában vezetett szücsvarratot alkalmazunk s e varratokra a helyéből mobilizált pajzsmirigyet egy-két öltéssel gyengén odaerősítjük, de úgy, hogy a pajzsmirigy felső polusán ereivel összefüggésben marad, akkor a bárzsingvarrat primára gyógyul s nem válik szét. Okát ennek a pajzsmirigy tapadó és hegesztő képességében kerestem. A pajzsmirigyet azonban csak többé-kevésbé szük korlátok közt mozgathatjuk bárzsingvarrataink alkalmazásakor, mivel ha a pajzsmirigyet alsó polusán mobilizáljuk, csak bizonyos határon belül alkalmazhatjuk bárzsingsebzésekre hegesztőül. Igaz ugyan, hogy ha ellenkezőleg járunk el és felső polusán mobilizáljuk a pajzsmirigyet s így ez az alsó polusához menő erekkel marad összeköttetésben, akkor a mélyebben fekvő bárzsingsebre is rátehetjük a pajzsmirigyet hegesztőül. De ez utóbbi eljárás a pajzsmirigy mobilizálását nehezebbé teszi, mivel a pajzsmirigy alsó polusához menő erek lefutásirányának ekénti megváltoztatása esetlegesen az erek megtöretését vonhatja maga után s így a pajzsmirigy nem táplálhatván, nem teljesíti azon feladatát, melyet tőle várunk. Tehát belátva mindkét eljárás nehézségeit, melyek különösen az utóbbira nézve állanak, elhatároztam, hogy kisérleteket teszek, *vajjon a pajzsmirigy szeletei ugyanolyan tulajdonsággal birnak-e, mint az ereivel összefüggésben levő pajzsmirigy maga.*

Mert, ha a pajzsmirigy egy szeletét át tudom vinni egy a bárzsingon bárhol levő sebre s ha ez a szelet ugyanolyan hatásúnak bizonyul, mint az ereivel összefüggésben levő pajzsmirigy, akkor e pajzsmirigyszeletek hegképző hatása a bárzsingvarratoknál, akár részlegesek, akár körkörösek azok, több biztonságot fog nyujtani arra, hogy e varratok tartani fognak. E végből három kutyán tettem kisérletetet részleges bárzsingvarrattal. E kisérletek a következők:

I. 1904. október 14.-én behatolva baloldalt a sterno-cleido-mast. előtt, felkerestem a bárzsingot, ezt környezetéből mobilizáltam s előhúzása után rajta egy kb. 1 cm. hosszú *hosszanti* metszést ejtettem. A bárzsingsebet dohányzacskóvarrattal zártam, mely dohányzacskóvarrat a mucosán nem ment keresztül. Majd e felett a muscularist szücsvarrattal egyesítettem. Ezután a baloldali pajzsmirigy alsó polusához menő ereket lekötöttem, a pajzsmirigy közepe táján alkalmazott selyemfonálkacsesal a pajzsmirigyet lekötöttem és a pajzsmirigy alsó harmadát levágtam E levágott pajzsmirigyszelet a pajzsmirigygyel összefüggésben nem maradt. A levágott pajzsmirigyszeletet rátettem a bárzsingvarratra s két vékony selyemfonál kacsesal gyengén odarögzítettem. Felette a nyakizmokat csomós varrattal egyesítettem s a nyaksebet teljesen zártam. A kutya a műtét után jól van; a műtét napján semmit sem eszik. A műtét utáni napon délután tejet kap tojással. E táplálékot a kutya magától megiszsza. Kötésváltás. A seb szép, váladék nincs. Október 26.-tól október 23.-ig a kutya jól van; naponként kapja az említett táplálékot, a melyet jóizüen fogyaszt el. Naponként kötésváltás; a seb alsó és felső polusából egy izomfonál távozott el. Október 28.-án a kutya teljesen meggyógyult, ekkor napjában fél liter tejet iszik. November 20.-tól félig szilárd, sőt 28.-tól szilárd táplálékot is kapott. A kutya szemmelláthatólag hízik. Deczember 1.-én közbejött körülmények miatt kénytelen vagyok a kutyát megölni. Boncolásakor teljes gyógyulást találunk, csak a heg közepén a dohányzacskóvarrat selyemszálának vége néz ki kb. 2 mm.-re a bárzsingba. Kiváncsi lévén, vajjon mi lett a bárzsingvarratra tett pajzsmirigyszelettel, e végből a műtéti heg mentén nagy gondosan kipraeperálom a bárzsingvarrat táját s egy kb. borsónyi nagyságú hegszövetszerü képletet találok, melynek közepén a bárzsingizom-dohányzacskóvar-

rat egyik vége van. E fonalat pince be fogva ki akarom a hegszövetből húzni, de ez nem sikerül. Húzás közben a bárzsing belső felületén levő selyemfonál vége nem mozdul. E heget szövettani vizsgálat czéljára kivágom. Már előző munkámban említettem egy esetet, a mikor saját szememmel napról napra ellenőrizhettem, hogy a pajzsmirigy miként húzta magába sarjai segélyével a kissé hosszan levágott dohányzacskóvarratot. Fentiekből kitünik, hogy nemcsak az ereivel összefüggő pajzsmirigynek, hanem a pajzsmirigy szeletének is van hegesztő hatása, mit a kemény borsónyi heg bizonyít. A készítményt a mellékelt rajz mutatja.

1. ábra.

II. Október 20.-án egy másik kutyán végeztem műtétet. Behatolva a bal sterno-cleido-mastoideus előtt, felkeresem a bárzsingot, majd ezt kipraeperálva, előhúzom s rajta *ferde* irányban haladó, egy cm. hosszú sebzést ejtek. A bárzsingsebet a dohányzacskóvarrrattal és az e fölé vitt bárzsing muscularisának szücsvarratával zárom. Ezután a kimetszett pajzsmirigyszeletet a bárzsingsebre rögzítem. A sebet teljesen zárom, csak alsó polusába helyezek vékony jodoformgaze-csikot A műtét után a kutya jól van. A műtét utáni napon délután tejet kap tojással, melyet vígan elfogyaszt. Október 22.-én kisfokú utóvérzés mutatkozik. Október 23.-án az utóvérzés helyén kevés genyes váladék, mely azonban csak a bőr alól jön. Egy-két felületes izomfonál távozik. A kutyát a mütét utáni naptól kezdve mindennap kötözzük. Október 28.-ig kevés váladék jön a sebből, a kutya jól van, jó étvágygyal eszik. November 8.-tól fél liter tejet fogyaszt naponként, jól van. November 25.-től félig szilárd táplálékot kap. Kis sarjadzó sebe, melyet lapiskenőcscsel kezeltünk, begyógyult. Deczember 1.-én a kutyát leöljük. Boncolásakor szintén teljes gyógyulást találunk, csak a bárzsingból a fonál mentén a hegbe terjedőleg van egy 1—2 mm.-nyi kis menet. Érdekes, hogy ezen kutyánál is a heg közepén a dohányzacskóvarrat fonalának egyik vége látható körülbelül 2 mm.-nyi hosszúságban a hegbe rögzítve. E készítmény rajzát nem mutatom be, mivel a bárzsingsebzés igen magasan történt s a képen sehogy sem demonstrálható. Egyébként szintén körülbelül borsónyi heget találtunk, a melyet a bőrheg mentén behatolva szintén kivágtunk szövettani vizsgálat czéljaira.

III. November 2.-án egy harmadik kutyán végeztem műtétet. Behatolás baloldalt a sterno-cleido mastoideus mentén az elülső szélen. E metszésből keressük fel a bárzsingot. A bárzsingon *vízszintes* irányban vezetett körülbelül egy cm. hosszú sebzést ejtünk s ezt a szokott dohányzacskó- és muscularis-varrattal zárjuk, mely fölé egy pajzsmirigyszeletet teszünk, melyet a baloldali pajzsmirigyből vágtunk ki. E szelet körülbelül kis mogyorónyi nagyságú volt. A sebet bevarrtuk, de alsó polusán kis jodoformgaze-zel draineztük. A műtét után a kutya jól van. A mütét utáni napon a rendes táplálékot kapja per os. Naponként kötözzük. November 5. és 6.-án mérsékelt utóvérzés a sebből. November 7.-én az alsó sebzugban kis sarjadzó seb, mely azonban szépen gyógyul. November 9.-én az alsó sebzugból ismét kevés utóvérzés. November 11.-én a seb teljesen gyógyult November 13.-ától kezdve fél liter tejet kap naponként, 28.-ától kezdve pedig félig szilárd táplálékot, melyet jó étvágygyal fogyaszt el. Deczember 1.-én a kutyát leöljük. Boncolásakor az előbbi két esetéhez hasonló állapotot találunk, a dohányzacskóvarrat egyik vége szintén a heg közepén körülbel egy mm.-re a bárzsing felől látható. A készítmény rajzát nem mutatom be, mivel nem eléggé szemléltető. A bőrseb mentén behatolva, szintén kipraeparáljuk a jókora borsónyi heget, melyet szövettani vizsgálat czéljából kivágunk.

Mind a három eset tehát meggyógyult. Hogy a thyreoideaszelet szerepet játszott, valószinü. Érdekes, hogy mind a három esetben ugyanazon helyen volt a hegben a dohányzacskóvarrat egyik vége. Hogy ez a gyógyulást és táplálkozást nem akadályozta, a mellett bizonyságot tesz az, hogy a kutya a műtét utáni naptól kezdve száján át magától táplálkozott. A táplálkozás semmi fájdalommal nem járt, mivel az állatok táplálékukat mindig mohón, jó étvágygyal fogyasztották el. S hogy a bárzsingvarrat sem vált szét, arról bizonyságot tesz az, hogy egyik esetben sem keletkezett sipoly, melyen nyál vagy táplálkozáskor tej jött volna ki. A II. és III. esetben vékony jodoformgaze-csikot vezettem a pajzsmirigyszeletig; ha tehát legcsekélyebb széjjelválás lett volna is, biztos, hogy vagy nyál, vagy tej került volna a sebbe. A mi a II. és III. esetben észlelt utóvérzést illeti, talán abban volt a hiba, hogy a pajzsmirigygyel nem bántam el elég óvatosan.

II. Körkörös bárzsingvarrat.

Azon eredmények, melyeket a részleges bárzsingvarratra tett pajzsmirigyszelettel elértem, bátorítottak fel arra, hogy körkörös varratnál is kisérletet tegyek a varratokra körüskörül elhelyezett pajzsmirigyszeletekkel.

Mielőtt azonban kisérleteimről beszámolnék, röviden ismertetni fogom a körkörös bárzsingvarrat irodalmát.

1891-ben Braun[1] 19 éves nőn kénsav ivása folytán beállott nyelési nehézségek miatt végzett körkörös bárzsingresectiót. A nyelési nehézségek egy éve állottak fenn. A bárzsingszondával három stricturát lehetett érezni, az elsőt 19, a másodikat 20 cm.-nyire a fogsortól; a harmadik közvetlenül a cardia előtt feküdt. Legerősebb volt a felső strictura a mely szondával alig volt átjárható, ezért 1½ cm.-nyit resekált a bárzsingból a strictura helyén. A resekált végeket catgut öltéssel egyesitette, úgy hogy a felső és alsó nyálkahártyasebszélek összeértek. A többi strictura szondával átjárható volt. Állandó szondát helyezett a körkörös varrat felett készített bárzsingsipolyon át a gyomorba. A szájüreget mull-lal kitamponálta s 14-ed napra a szondát eltávolította. A körkörös bárzsingvarrat nem ment szét. A varrat felett fekvő oesophagus-sebet, melyben a szonda feküdt, másodlagos varrattal egyesítette. Három héttel később a bárzsing könnyen volt szondázható s a beteg gyógyultan távozott azon meghagyással, hogy naponként szondázza a bárzsingját. Noha a beteg ezt nem tette, mégis 10 év mulva, a mikor a szerző újból látta, teljesen jól nyelt.

Krogius[2] (Helsingfors) 1898-ban egy 30 éves nőnél resekált 1 cm.-nyit az oesophagusból; a beteg sósavat ivott s ezen alapon állott fenn a cart. cricoidea magasságában a bárzsingszükület. E helyen egy csontdarab ékelődött be a bárzsingba, mely a szájon át eltávolítható nem volt. A szerző a csontdarabbal együtt a heges bárzsing-részletet is eltávolította s a resekált végeket tökéletesen egyesítette. A beteg 11 nap mulva sepsisben meghalt.

[1] Deutsch. Zeitschrift für Chirurgie, LXI. k. 511. l.

[2] Karl Neu. Über circuläre Resection der Speiseröhre. Inaug.-Diss. 1904.

Schandelin[1] 1899-ben 30 éves férfin sav okozta strictura miatt, mely 18 cm.-nyire feküdt a fogsortól, resekált egy elül 2, hátul 1 cm.-nyi bárzsingdarabot körkörösen. Először a nyálkahártyát, majd az izmot egyesítette külön-külön körkörösen selyemmel. E fölé még az oesophagus muscularisába fesztelenítő varratokat is helyezett. A műtét után 6 napon keresztül a végbélen át táplálta a beteget, a ki a 7. naptól kezdve per os híg táplálékot vett magához. Gyógyultan távozott.

Escher[2] (Triest) 40 éves nőn, kinek 15 esztendő előtt volt luese s 2½ év óta voltak nyelési nehézségei, a melyek antilueses kezelésre nem szüntek meg, végzett körkörös resectiót. A szűkület közvetlenül a gége alatt feküdt. Hogy a beteg a műtétet jól kiállja, a heg alatt közvetlenül oesophagostomiát végzett s miután a beteget e sipolyon át feltáplálta, egy hónappal később 1½ cm.-nyit resekált a bárzsingból a szűkület helyén s tíz csomós varrattal egyesítette a muscularist, a nélkül, hogy a nyálkahártyán a varrat átment volna. A nyálkahártyaszélek jól összefeküdtek. A sebet teljesen zárta. Táplálás per anum. Kevés geny jön az oesophagus mögötti térből. A műtét után harmadnap szondával táplálja a beteget. A műtét utáni 9. napon az oesophagus-varratokat eltávolította; az egyesülés teljesen létrejött. A nyaki sebzést másodlagosan egyesítette, a beteg gyógyultan távozott. A műtét után 5 hónappal ujjnyi vastag szonda vezethető a gyomorba, a nyelés teljesen szabad.

Kendal Franks[3] 1893-ban 46 éves nőt operált, a kinek három év óta voltak nyelési nehézségei. Papillomás burjánzások láthatók a garatban. Gyanu volt carcinomára. Az oesophagust megnyitva kitünik, hogy felül és alul vakzsákszerűleg végződik s a végek között vékony, 6 mm. hosszú csatorna van, a mely sima nyálkahártyával borított.

A szerző a bárzsingból a szűkület helyén 2 cm.-nyi darabot távolított el körkörös resectioval. Körkörös varrat. Az orron át a bárzsingba tápláló szondát vezetett, s a sebet teljesen zárta. A műtét után negyed napra a sebből geny ürül, a varrat részlegesen szétvált. 11 nap mulva a bárzsingszondát az orron át eltávolítja s a sipolyba helyezi. Műtét után 27-ed napra a beteg teljesen meggyógyult, a sipoly záródott. Vastag szonda is könnyen bevezethető a bárzsingon át.

Bier-hez[4] 1904-ben 25 éves férfibeteg jött a klinikára. Az illető 14 év előtt öngyilkossági szándékból sósavat ivott s utána hét esztendeig szondázta bárzsingját, de állapota any[5] nyira rosszabbodott, hogy a sav ivásától számított 12. évben kénytelen volt magát műtétnek alávetni, mely a bárzsingszükület körkörös resectiojában állott. A resekált bárzsing két végét körkörös varrattal egyesítették, de a varrat szétvált. Később a nyakról vett bőrlebenynyel plastikát is akartak végezni a hiányzó bárzsingrészlet pótlására, de ez nem sikerült, s ezért gastrotomiát végeztek. Bier a beteg ismételt kéréseinek engedve, a savivástól számított 14 év, s az első resectiotól számított két év után újra resekált 1½ cm.-nyit a teljesen elhegesedett bárzsingból. A bárzsingot körkörösen varrattal egyesítette. A műtét sikerült s a beteg meggyógyult, nyelési nehézségei megszüntek. A bárzsing vastag szondával könnyen volt szondázható.

Mivel munkámban csakis a bárzsingvarratokkal foglalkozom, nem említem azon szerzőket, a kik resecáltak ugyan az oesophagusból egy darabot, de a darab hosszúsága miatt a végeket nem egyesíthették. Hasonlóképen nem terjeszkedem ki Sauerbruch[5] czikkére sem, ki az oesophagust a cardián resekálta s így nem az oesophagust, hanem a gyomrot egyesítette az oesophagussal. Az általa ajánlott Murphy-gomb esetében jól bevált, de az oesophagus nyaki részének resectiojánál nem alkalmazható sok ok miatt. A sebszélek érintését jodtincturával nem tartom okvetlenül szükségesnek.

Ezek előrebocsátásával rátérek saját vizsgálataim ismertetésére.

[1] Ibidem.
[2] Zeitschrift für Heilkunde, XXII. kötet.
[3] Karl Neu. Über circuläre Resection der Speiseröhre. 1904. Inaug.-Dissert.
[4] Ibidem.
[5] Sauerbruch: Experimentelles zur Chirurgie des Brusttheils der Speiseröhre. Breslau, 1905.

I. 1905. január 17.-én kutyán műtétet végeztem, melynek lefolyása a következő volt. Baloldalt kb. 8 cm.-nyire bőrmetszést ejtettem a sterno-cleido-mastoideus mediális széle mentén. E metszésből a pajzsmirigy könnyen hozzáférhető. Felső és alsó polusához menő ereit lekötöm, a pajzsmirigyet kiirtom s a börsebben elrejtem, ezután a bárzsingot felkeresem s a környezetből kiszabadítom, a mi könnyen sikerül. Majd felfelé és lefelé mobilizálom. Az átvágandó hely felett és alatt kb. 1½ cm.-nyire egy egy hosszabbított Kocher féle ércsípőbe fogom a bárzsingot, hogy se nyálka, se hányadék ne kerüljön a sebbe. Hogy a bárzsingot ne zúzzam, az ércsípők mindegyik szárára egy darab drainesövet húztam.

Hogy magamat a körkörös bárzsingvarratba begyakoroljam, az eljárás könnyebbségére való tekintettel eleinte egyszerűen harántul vágtam át a bárzsingot és resectio nélkül egyesítettem a végeket körkörös varrattal. Hogy a nyaki sebet és az oesophagust a kiszáradástól megóvjam, állandóan langyos steril konyhasós vízzel locsoltattam a műtéti területet. Azután 2. számú selyemmel a

2. ábra.

muscularist szücsvarrattal egyesítettem, de csakis hátulsó részében. Hasonló vastagságú selyemmel egyesítettem a bárzsing nyálkahártyáját, körkörösen haladó csomózó-szücsvarattal. Majd a még elül hiányzó muscularis-varratot kiegészítettem. Igy az átvágott bárzsingot két rétegben, pontos körkörös varrattal egyesítettem. Hogy a varrás alatt ne szükítsem a bárzsing lumenét, a felső és alsó oesophaguscsonk külső és belső szélébe egy-egy selyemfonalat húztam, a melynek segélyével segédem állandó húzással meggátolta, hogy a bárzsing lumenét szükítsem. Ezután a pajzsmirigyet steril langyos konyhasós vízbe mártott gazeba tettem s három vékony szeletre szeltem. A szeleteket egy-egy selyemfonállal összeakasztottam, a bárzsingvarratra gyürűként ráhelyeztem és a muscularishoz 10 öltéssel, legfinomabb selyemmel odaerősítettem, a nélkül azonban, hogy a selyem a thyreoidalemezeket erősen összehúzta volna. A sebüreget alaposan kiöblítettem steril konyhasós vízzel. Az izmokat és a bőrt teljesen bevarrtam, a sebet a bárzsingig menő drainesövel draineztem. A kutya a műtét utáni 2. napon per os kávéskanálnyi puro-húsnedvet kap kis csésze vízben napjában háromszor. E táplálékot kapja január 28.-ig, január 28.-tól márczius 18.-ig pedig tejet kap, pro die 1 litert. A kutya meghízott. Sebe per primam egyesült. Leölésekor (márczius 18.-án) a bárzsingresectio helyén kisfokú szükület van. A kutyát

leöléseig nem szondáztam, mivel kisérleteim alapján bebizonyult, hogy kutyát állandóan szondázni kivihetetlen dolog.

II. Január 23.-án egy másik kutyát operáltam. A mütét lefolyása megegyezett az előbbivel azzal a kis módositással, hogy a bárzsing nyálkahártyáját nem éles sebészi tüvel, hanem hengeres varrótüvel varrtam, mivel az előbbi műtétnél láttam, hogy a kis éles sebészi tü szúrcsatornája nagyobb, mint a fonál vastagsága. Ez esetben szintén egyesítettem az izmokat és a bört, a sebet a bárzsingig draineztem; a kutya ugyanazt a táplálékot kapta mint az előbbi és szintén primára gyógyult, meghizott; leölésekor ép oly szükülete volt mint az előbbi kutyának. A készitmény rajzát az előző oldalon mutatom be. Ez esetben is, mint az előbbiben, kimutatható, hogy a gyógyulás ideje alatt a bárzsing nyálkahártyája kb. 1 mm.-nyire körkörösen szétvált, de ez a gyógyulást semmikép sem befolyásolta, mivel a muscularisra tett pajzsmirigyszeletek a körkörös erős izomheg képződését elősegitették.

(Folytatása következik.)

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr, közkórházi rendelő orvos.

(Folytatás.)

Ezen pontok szem előtt tartásával tekintsünk most végig az epekőbetegség különböző formáin és szakaszain.

A cholecystitis acuta és a heveny cysticuselzáródás a legtöbb esetben enyhén folyik le és spontan visszafejlődésre alkalmas. Hogy az esetek hány százalékában fejlődik vissza, azt a kórházi praxisból, hova mindig csak a súlyos esetek jönnek, megitélni egyáltalán nem lehetséges, de még a háziorvosok sem észlelik az összes kólikákat, melyek akárhányszor „gyomorgörcs“ képe alatt folynak le s a beteg rájuk még annyi súlyt sem helyez, hogy velük orvoshoz forduljon. A cholecystitis acutának ezen enyhe alakjai, melyek csak nehány óráig, egyszer-máskor 1—2 napig tartanak, sebészi beavatkozást nem igényelnek, nehány nap alatt visszafejlődnek.

Ebben a legtöbb szerző megegyezik. Csak igen kevesen vannak olyanok, kik a roham alatt akarnak operálni, abból indulva ki, hogy a duzzadt, jól tapintható hólyag könnyebben megközelithető (igy régebben *Naunyn*, *Beck* és *Evans*), vagy hogy a kőnek a choledochusba való jutását megakadályozzák *(Riedel)*. A műtői technika mai állapotában az epehólyag teltségére a mütét alatt egyáltalán nincs szükségünk; ez előnyös volt a kétszakaszos cholecystostomiák idején, midőn a telt hólyag a peritoneumnak már kis nyilásán át is kibukott a hassebbe s oda ki lehetett varrni a nélkül, hogy a műtő a hashártya egyéb részeivel, vagy a hasür egyéb szerveivel érintkezésbe jutott volna. Ma nemcsak hogy nem húzódunk a hasüreg feltárásától az epekőmütétek kapcsán, de ezt egyenesen kötelességünknek tartjuk, hogy az epehuzam állapotáról kellő áttekintést nyerhessünk. Manapság az epehólyag telt állapotát, különösen heveny gyuladások folyamán, midőn az epehólyag virulens bakteriumokat nagyobb számban tartalmaz, inkább hátrányosnak tartjuk. Az ilyen epehólyag a hassebet és hashártyát a fertőzés veszedelmével fenyegeti, melyet el tudunk ugyan hárítani, melylyel meg birunk ugyan küzdeni, de melyet szivesen mégsem idézünk fel és melyet szükségtelenül felidéznünk nem is szabad. *Riedel*-nek is igaza van abban, hogy a köveknek a choledochusba való jutását jó megelőznünk; de nem szabad felednünk, hogy ép az acut roham alatt bir valószinüséggel az, hogy a kő, mely a cysticuson átjutott, a tágabb és erősebb izomzatú choledochuson is át fog jutni. De meg azt a pillanatot, a midőn a kő a choledochusba átlép, nem lehet meghatározni, s a ki acut roham alatt operál, annak el kell készülve lennie arra, hogy a keresett követ a choledochusban fogja megtalálni; a roham alatti choledochotomiák veszedelmei azonban oly nyilvánvalók, hogy azokat maga *Riedel* is contraindicáltaknak tartja. Tekintettel mindezekre, és főleg és első sorban azon általános tapasztalatra, hogy a legtöbb acut roham elmúlik s a lappangási szak az esetek túlnyomó többségében beáll, nagyon nagy túlzásnak kell tartanunk azt az álláspontot, mely minden epekőroham alatt operálni akar, még ha azt a megszorítást is fűzzük hozzá, hogy csak olyankor, ha nem távoznak kövek. A kő távozása, és még kevésbé a kő távozásának kimutatása vagy kimutatásának hiánya, mint az az általános kórtani részben mondottakból folyik, egyáltalán nem képezheti az alapját az epekőbetegség prognosisának és sebészi megitélésének. A kő eltávozása nélkül is meggyógyulhatnak az epekő okozta megbetegedések bizonyos formái, a kő kimutatásában pedig egy csomó, az epekő távozásától teljesen független momentum (a kő szétesése, eltöredezése a bélben, a bélsárgyüjtés és vizsgálás lelkiismeretes volta stb.) is szerepel.

Szóval acut cholecystitist, acut cysticus-elzáródást általában véve nem okos operálni. Operálni kell azonban a heveny cholecystitis súlyos formáinál, suppurativ, phlegmonosus, ulcerativ, gangraeneskáló alakjainál, midőn általános sepsis, a hasüregbe való átfúródás fenyeget, avagy már be is következett. Ilyenkor a spontan gyógyulás esélyei igen csekélyek, az élet kifejezetten veszélyben forog, s itt a műtéti beavatkozásnak tág és áldásos tere nyilik.

Hogy a jelzett állapotok: az acut empyema, a cholecystitis phlegmonosa és necrotisans, a pericholecystitis suppurativa s az epekő okozta diffus peritonitis *feltétlen és sürgős* műtéti indicatiót alkotnak, ez iránt az összes irányadó belorvosok és sebészek véleménye teljesen megegyezik. Az eredmények, melyeket ily esetekben az epehólyag kitárásával (cystostomia), teljes vagy részleges kiirtásával (cystectomia totalis et partialis), a körülirt tályognak kinyitásával és a lobos hashártyaürnek bő feltárásával, drainageával sikerült elérni, elég alkalmasak ezen álláspont támogatására.

A cholecystitis súlyos heveny formái miatt végzett mütétek irodalma számos gyógyult esetről tesz tanúságot. *Körte*, ki 25 ilyen esetet operált (mind indicatio vitalis miatt), csupán 3 beteget veszitett el s ezek közül 2-t a műtéttől és az epekőtől független körülmény (myocarditis, nephritis) folytán; a mütét folytán a hasür fertőzése egyszer sem következett be. Epekőperforatio okozta diffus peritonitis miatt végzett mütétet 19-et tudtam tavaly az irodalomból összeállitani, ezek közül csak 4 végződött halállal, gyógyulás tehát 81·3% ban következett be. A pericholecystikus genyfelhalmozódások kibocsátásának szükségességét igazolandó, az „ubi pus ibi evacua“ több ezer éves elvének alapján nem is kell számokat felhozni.

Ha az epekőroham lezajlott, a további teendőkre nézve eltérők a vélemények. Vannak — és pedig jeles férfiak —, a kik a mütétet már egyetlen előrement roham után is ajánlatosnak tartják *(Winiwarter, Riedel, Mayo, Czerny, Wölfler, Diakonoff, Mixter, Richardson, Evans)*.

Abból indulnak ki, hogy a mütét ilyenkor a legkönnyebb, a legveszélytelenebb, a gyógyulás simán megy, az utólagos zavarok, adhaesiók ilyenkor a legkönnyebben elkerülhetők. Másfelől azonban, mint már kifejtettük, a mütét a legkönnyebb viszonyok és a legkifejlettebb technika mellett is bizonyos risicoval mégis csak jár, és a legjobb esetben is számithatunk 2—3% veszteségre (pneumonia, embolia, legkevésbé a peritonitis veszedelme miatt) s tartós nehézségek a mütét után is visszamaradhatnak.

Ezzel szemben lehetséges, hogy az egyszer jelentkezett epekőroham nyom nélkül elmúlik, évek mulva vagy tán sohasem jelentkezik újra, és ha igen, oly enyhe mértékben, hogy az egyén munkaképességét, életörömét nem zavarja, az életet pedig egyáltalán nem hozza veszélybe. S azért az ilyeneknek ajánlani a mütétet tiszta szivvel nem lehet. A dolog itt nem áll úgy, mint az epityphlitisnél, hol már egyszeri roham után felállitjuk az indicatiót a mütétre. A féregnyúlvány sokkal kevésbé védett helyen fekszik, mint az epehólyag, bakteriumtartalma emezénél sokkal virulensebb s azért kiújuló gyuladása már egyszer-kétszer 24 óra alatt is irreparabilis károkat okozhat. Az epehólyag legsúlyosabb gyuladásainál sem kell az ilyesmitől félnünk s kellő figyelem és elővigyázat mellett mindig marad elég időnk arra, hogy az operatióhoz, ha szükségessé válik, még a siker nagy valószinüségével láthassunk; s másfelől azt sem szabad figyelmen kivül hagynunk, hogy az epehólyag, mint a reserv-epe gyüjtőhelye, habár távolról sem nélkülözhetetlen szerv, mégsem oly minden physiologiai jelentőség nélkül való organum, mint a féregnyúlvány. Azért az epekőmütétet egy-két, vagy több, de hosszabb idő-

közökben ismétlődő, és megfelelő kúrára teljesen kimaradó roham után jó lélekkel ajánlani nem lehet.

Mennél több roham ment azonban előre, annál inkább elő van készítve, mint azt a pathologiai részben kifejtettük, a következőknek talaja; mennél több roham ment előre, annál inkább meg van adva a lehetőség arra, hogy a teljesen soha ki nem alvó cholecystitis, avagy a keletkezett adhaesiv pericholecystitis miatt az epetractus meg nem szünő állandó zavarok forrása lesz. Ha már egyszer az epehólyagon és szomszédságában beállottak azok a chronikus jellegü anatomiai változások, melyekről fennebb megemlékeztünk (a cholecystitis chronica ulcerativa, diverticulumok, chronikus pericholecystitis gyomorbélpassage-zavarokkal, fistulaképződésekkel stb. stb.), akkor a belorvosi kezelés a lobos epetractus nyugalmi állapotát nem fogja többé helyreállithatani, még ama kivételes esetekben sem, ha az összes kövek a rohamok alatt eltávoztak volt; ilyenkor az állapot a műtétet parancsolóan követeli, csakhogy ilyenkor a műtét rendszerint már technikailag jóval nehezebb és prognostikailag tetemesen komolyabb, mintha egyszerü viszonyok közt hajtatott volna végre, a miből ismét az folyik, hogy makacs esetekben jobb nem túlságosan soká várni, különösen nem ott, a hol a rohamokat kő eltávozása sohasem követi, a hol a rohamok sürün követik egymást, a hol a roham közötti időben is tompa fájdalmak *(Czerny)* vagy egyéb, az epehólyagtájon székelő nehézségek, melyek néha a kólikánál is kellemetlenebbek a betegre nézve *(Kehr)*, állanak fenn, ha az epehólyagtáj a rohamközti időben is érzékeny nyomásra. Ha az epekő okozta szenvedések az egyén idegrendszerét megtámadják, neurasthenia *(Löbker)*, morphinismus *(Kehr, Langenbuch)* áll be, ez egy további indok arra, hogy a műtétet tovább ne halogassuk.

Sok függ különben a várakozási idő szempontjából a beteg temperamentumától, anyagi viszonyaitól, külső körülményeitől is és azért bizonyos tekintetben igaza van *Kocher*-nek, ha egyéni izlés dolgának nevezi azt, hogy megoperáltassa-e valaki követ vagy sem; némely ember úgy fél a műtéttől, hogy inkább évekig szenved, csak ne „vágják“, a másik szembeszáll minden veszedelemmel, hogy egészségét, munkaképességét visszanyerje. Szegény embert, ki a kedvező külső körülményeket, a kúrához szükséges időt és anyagi eszközöket megszerezni nem tudja, a kinek kenyeret kell szereznie s a kire nézve a gyakori vagy huzamos betegeskedés a nyomorral egyjelentőségü, mindenesetre hamarább kell megoperálni, mint azt, a ki ha kell, egész életét a maga ápolásának szentelheti s évente nem egyszer, vagy a hogy újabban ajánlják kétszer, hanem akár folyton utazhatik Karlsbadba, Vichybe és egyebüvé.

Szólnunk kell még a *chronikus cysticuselzáródás* két formájáról, az epehólyag retentiós tömlöiről, a hydrops és empyema vesicae felleaeről. Ezen állapotoknak spontan gyógyulásáról vagy belorvosi kezeléssel való meggyógyitásáról szó sem lehet; másfelől azonban huzamos ideig zavarok nélkül, sőt észrevétlenül állhatnak fenn.

Ezeknek eltávolitását a sebészek, sőt a belgyógyászok többsége igen helyesen indikáltnak látja első sorban az utólagos fertőzés s az ebből származható perforatio veszedelme miatt. *Kehr* szerint ezeket csak akkor kell operálni, ha nehézségeket okoznak, vagy oly egyéneknél, kik nehéz munkát végeznek, vagy a kiknek családjában rák fordult elő, szóval egy kis körülirással *mindig*.

A choledochusba került kő spontán távozhatik s e távozást belorvosi kezelés, különösen hashajtók adagolása előmozdithatja. A choledochuselzáródás heveny szakában — a mig a kő eltávolodására reményünk van — a belorvosi kezelés javalt, annyival is inkább, mivel a műtét ilyenkor veszedelmes, egyfelől a choledochusban elszaporodott virulens csirák miatt, melyek műtét alatt és műtét után a peritoneumot fertőzéssel fenyegetik, másrészt a choledochus vékonysága és szakadékonysága miatt, a minél első sorban nem a varrat megnehezitése *(Riedel)* jő tekintetbe, hanem az, hogy egykönnyen nagy defectus esik a choledochuson, mely utólag a gyógyulásnál szükületet ad.

Viszont chronikus choledochuselzáródásnál, mint fennebb kifejtettük, a kő növekvése s az epeutakon keletkező anatomiai változások folytán mind kedvezőtlenebbekké válnak a viszonyok arra, hogy a kő spontan eltávozhassék, hacsak a *Naunyn* által oly áldásosnak hiresztelt fistulaképződés a béltractus és epeút között be nem áll. Erre azonban egyfelől az eseteknek csak kis részében számithatunk, és másfelől az ily fistulaképződés olyan veszedelmekkel van egybekötve (perforatio a hasürbe, a vena portaebe), hogy ennek bevárását aligha tarthatjuk betegeink érdekében valónak, nem is szólva arról, hogy a várás folytán magának a choledochuselzárásnak következményei: a cholaemia és a cholangoitis is az egyén életére nézve veszedelmes mérveket ölthetnek. Chronikus choledochuselzáródásnál tehát operálni kell.

A kérdés nehézsége azonban itt is épen annak eldöntésében áll, mikor válik az acut elzáródás chronikussá, vagy világosabban: meddig várjunk a műtéttel? Fix időpontot erre megállapitani nem lehet; néha 2 hét mulva is későn jő a műtét, néha, mint *Kehr* egy esetében, még 12 esztendő mulva is elég korán, a minek bizonyitéka az, hogy a beteg meggyógyult.

Általában véve azonban azt mondhatjuk, hogy legfeljebb 2 *(Körte)* — 3 *(Kehr)* hónap az az idő, a meddig a choledochuskövek megoperálásával várni czélszerü. Ha nyugalom, hashajtás, karlsbadi kúra ez ideig a követ ki nem hozza s a choledochuselzáródás tünetei nem fejlődnek vissza, ezen időn túl már valószinütlen a műtét nélkül való gyógyulás s az ezen időn túl való várakozással a műtét esélyeit lényegesen rosszabbitjuk. Mint *Mayo*, *Kehr* statistikái mutatják, nem komplikált esetekben a choledochotomia kellő technika mellett alig veszedelmesebb az epehólyagműtéteknél (mortalitás 3%), de a tartós icterus s az ez által okozott vérzési hajlam, a beteg erőbeli állapotának a choledochuselzáródásnál összejátszó, már többszörösen részletezett okok miatt való leromlása és főleg és első sorban a kisérő cholangoitis jelenléte, foka és kiterjedése rendkivül kedvezőtlenül befolyásolják a műtét esélyeit. S ezért a choledochuselzáródás megoperálásával a fenti időn túl várni nem czélszerü, ellenben meg kell operálni az esetet hamarább (néha már az első 2 héten belül is, *Kehr)*, ha a cholangoitis okozta septikus jelenségek oly súlyosaknak mutatkoznak, hogy azok sürgős megszüntetése vitális érdeknek látszik. *Riedel* azon ajánlatát, hogy ilyenkor jobb a műtéttől tartózkodnunk, mert a rossz eredmények „jó eseteket“ el találnak ijeszteni, nagyon helytelenitendőnek kell tartanunk; mert a milyen kivánatos, hogy az esetet addig kapjuk műtétre, a midőn még jó eredményre lehető sok kilátás van, olyan elhibázott dolog a statistika kedvéért operálni s nem kisérteni meg, míg csak egyetlen reménysugár van, egy veszendő élet megmentését, csak azért, hogy sikereink százalékarányát ne rontsuk.

Ha az epekő okozta gyuladás átlépett az epetractus határain és pericholecystitikus genyfelhalmozódások, májtályogok, subphrenikus tályogok keletkeztek, természetszerüen feltétlen jogosultsága van a sebészeti beavatkozásnak, a geny kibocsátásának. Ebben mindenki megegyezik. Természetes azonban az is, hogy különösen körülirt genyfelhalmozódásoknál a teljes eltokolódás időpontját, ha a beteg állapota a műtétet nem nagyon sürgeti, czélszerü bevárni. *Fleiner*, ki tapasztalatai alapján nagyon bizik a pericholecystitikus tályogok spontan gyógyulásának lehetőségében, láz és egyéb aggasztó tünetek hijján a cholecystitikus exsudatum visszafejlődését belorvosi kezelés mellett óhajtja bevárni, s csak ha ez nem volna teljes, ajánlja a műtétet. Mindenesetre a pathologiai lehetősége meg van adva annak, hogy pericholecystitikus genyfelhalmozódások műtét nélkül is gyógyuljanak, de e gyógyulás sokkal több veszélylyel (metastasisok a májban, peritoneumon, pleurán, áttörés a vena portaebe, bélbe stb.) van egybekötve, mint a műtét, s azért, ha a tályog jelenléte biztossággal vagy nagy valószinüséggel felvehető, a műtét feltétlenül javalt.

Az epekövek távolabbi következményeinek: az összenövések okozta gyomor-, bélstenosisoknak, a pankreatitisek különböző formáinak, az epeutakban keletkező másodlagos szükületnek műtéti indicatioi csak annyiban tartoznak ide, a mennyiben ezen állapotok epekő által okozott tünetekhez hasonló jelenségeket idéznek elő, s a nem nyugvó chronikus cholecystitis, vagy a chronikus choledochus-elzáródás képét utánozzák. Mindkét esetben a belorvosi kezelés sikertelensége előrelátható s igy világosan fennáll az indicatio a műtétre, mely egyszer az összenövések megoldása, máskor a choledochusban levő akadály eltávolitása (resectio) vagy

megkerülése (cholecysto-gastro- és enterostomia), vagy pedig a lobos duzzanat visszafejlesztésére alkalmas egyéb eljárás (pl. cholecystostomia chronikus pankreatitisnél) által az epe passagezavarát megszüntetni tudja.

Az epekövek következményes bántalmai közül az epehólyag és epeutak rákja ma már sikeres gyökeres és palliativ műtéteknek tárgya, és ha kifejezett epehólyagráknál nagy kiterjedés, általános cachexia, metastasisok mellett nem is fogunk műtétre vállalkozni, másfelől nem szabad szem elől téveszteni, hogy diagnostikus hibákat épen a jóindulatúság és rosszindulatúság elbirálása tekintetében nemcsak a betegágynál, de a műtőasztalon is elkövettek, és pedig oly kiváló sebészek, mint *Körte*, *Mayo Robson*, hogy kemény callosus perigastritis és pericholecystitis nem egyszer adta már ráknak klinikai képét, s azért kétes esetekben jobb a beteg megmentésére, szenvedéseinek enyhítésére a műtétet megkisérleni.

Hogy oly esetekben, a hol metastasisok még nincsenek, a rákos epehólyag kiirtása radikális gyógyulásra is nyujt reményt, bizonyítják *Woerner*, *Kümmel*, *Körte*, *Mayo* esetei, kik $2^1/_2$—$5^1/_2$ évig tartó teljes gyógyulást észleltek a hólyagrák eltávolítása után. Igaz, hogy a recidiva és a metastasis rendszerint bekövetkezik.

Az epeutak rákjának műtéte akkor lesz javalt,

1. ha a megkülönböztetés epekő okozta chronikus choledochuselzáródástól nem egészen biztos;

2. ha metastasisok nincsenek s a daganat radikális kimetszésére nyilik remény;

3. ha a chronikus icterust palliative az epének a test külfelületére vagy a gyomorbéltractusba való elvezetése által megszüntetni óhajtjuk, a mi által a beteg életét megnyújtani s hátralevő napjait sok szenvedéstől megszabadítani sikerül.

A contraindicatiók az epekőmütét ellen azok, a melyek minden nagyobb hasüri beavatkozásnál, sőt minden narcosisos műtétnél szerepelnek; *Kehr* szerint szív-, tüdőbajok, diabetes, nephritis interstitialis, arteriosclerosis ellenjavalják a műtétet, s az öreg korban, mint azt *Wölfler* és *Körte* hangsúlyozza, szintén lehetőleg kerüljük az epekőmütéteket. Ha chronicus icterus mellett kifejezett a vérzési hajlam (haematemesis, melaena, bőrvérzések) áll fenn, szintén tilos minden műtéti beavatkozás.

Adott esetben természetesen a beteg általános állapotának minőségét, az epekövek által előidézett kórfolyamat veszedelmességét s a végzendő beavatkozás nagyságát össze kell vetnünk, hogy az indicatio felett dönthessünk.

Összefoglalva a fennebb felsoroltakat, azt kell mondanunk, hogy

1. *az acut cholecystitis és cysticus-elzáródás, úgyszintén az acut cholangitis és choledochus-elzáródás a belgyógyász hatáskörébe tartozik.*

2. *Ezen állapotoknak súlyos septikus alakjaiban, midőn perforatio fenyeget vagy már be is következett, avagy midőn a fertőzés súlyossága az életet közvetlenül fenyegeti, a sürgős sebészi beavatkozás indokolt.*

3. *A chronikus cysticus- és chronikus choledochus-elzáródás okvetlenül operálandó.*

4. *Olyan chronikus esetek, melyek szakszerü belső kezelésre nem engednek, vagy a melyekben ezen kezelés a beteg körülményei miatt kellő mértékben ki nem vihető, továbbá olyan esetek, a hol a rohamok számuknál, súlyosságuknál fogva a beteg életkedvét, munkaképességét lerontják, az egyént idegbajossá, morphinistává teszik, szintén műtétileg kezelendők.*

5. *Az epekő következményei közül a pylorusstenosis, az epeköileus operálandó; továbbá az epehólyag és az epeutak rákja, a melyekben gyökeres eltávolításra, az obstructiós icterus megszüntetésére van remény, valamint a kétes diagnosisú esetek szintén műtétet igényelnek.*

(Folytatása következik.)

Szobahőmérséken látható páratartalom a kilégzett levegőben.

Közli: *Morelli Gusztáv* dr., I. belklinikai gyakornok.

Általában ismert dolog, hogy szobahőmérséken a kilehelt levegő páratartalma nem látszik, minthogy a vízpára lecsapódására *13—17 R.°-on* nincsenek meg a physikai feltételek. Ettől eltérő-leg egy 26 éves férfiegyénen azt tapasztalhattam, hogy rendes szobahőmérséken oly páratelt levegőt lehelt ki, a mely a 0—5 R.°-ú hőmérsékben bárki által kilégzett levegő páratartalmának felel meg.

Feltünő volt továbbá, hogy a melegebb, tehát 18—19 R.° hőmérsékü helyiségben a kilehelt levegő látható páratartalma még nagyobb volt, mint 13—15 R.° mellett. E látszólag érthetetlen tünemény magyarázatát keresve, az illetőt pontosan megvizsgáltam.

Szervezetében kóros eltérést sem a tüdők, sem a garat, sem a gége vagy orr részéről nem találtam, hőmérséke is teljesen normális volt.

A tünemény részletes megfigyelése folyamán a következők derültek ki:

Az orr erősen fejlett sasorr, a felső ajak vastag, és erősen megközelíti az orrnyilásokat. A felső ajkon levő rendkivül erős, sürü bajusz annyira fedi az orrlyukakat, hogy az azokból kiáramló levegő állandóan mintegy szürőkészüléken: a bajusz szálain hatol keresztül. Az orrlyukakon kiáramló levegő még nem párás; a mint azonban a bajuszon keresztül halad, innen mint sürün páratelt jut ki a körlevegőbe úgy, hogy összetéveszthető az orron át kifujt szivarkafüsttel.

Az orrjáratok közül a bal a septum csekély elhajlása miatt kisebb átmérőjü, mint a jobb, s azért baloldalt kisebb a páraképződés.

A szájon át kilehelt levegő semminemü rendellenességet sem mutat. Ellenben, ha a sürü bajuszt a száj elé fésültem, páraképződés mutatkozott, a mely ilyenkor viszont az orrnyilás előtt hiányzott, világos jeléül annak, hogy a páraképződésre csakis a bajusz, annak abnormis sürüsége és elhelyezése bir befolyással, a mit a kilehelt levegő részletes analysise, valamint a bajusz anatomiai és physikai vizsgálata is megerősített.

Kisérleteimben először a kisérleti helyiség levegőjének páratartalmát határoztam meg 10 liter levegőnek lemért mennyiségü, teljesen száraz chlorcalciumot tartalmazó edényen átszívása útján.

E szerint a 10 liter levegőben 0·110 gm. vízgőz volt, a mi 19°-on 760 mm. légnyomás mellett a maximális páratartalom 70%-ának felel meg.

Ezután az illető kilehelt levegőjét vezettem a készüléken keresztül. 10 liter kilégzett levegő víztartalma 0·307 gm. volt. Ha tekintetbe veszszük, hogy a kilégzett levegő hőmérséke 30°-ú volt, ezen vízmennyiség által, Regnault táblázatai szerint, a levegő telítve volt vízpárával.

Minthogy pedig az élettani vizsgálatok, melyeket legutóbb Rubner ismételt meg, azt mutatják, hogy a kilégzett levegő mindig telítve van vízpárával, esetem e tekintetben normális.

A tünemény ezek alapján a physika törvényeivel úgy értelmezhető, hogy a rendkivül sürü bajusz, mint igen nagy felület, nagyfokú párolgásnak és ez által lehülésnek lévén kitéve, a mint a kilehelt levegő az orrnyilásokból e hüvös környezetbe jut, a vízpára kicsapódik és részben cseppek alakjában lerakódik, részben a levegőbe jut, a hol csakhamar eloszlik. Az erős lecsapódás miatt a bajusz állandóan nedves.

Az, hogy magasabb hőmérséken a páraképződés erősebb, csak azért különös az első pillanatra, mert figyelmen kivül hagytuk, hogy azon helyiségekben, a hol az illető ezt észlelte (kávéház, társas együttlét), magasabb hőmérséken nagyobb a levegő páratartalma is, és igy a kilégzett levegő fent leirt páraképződése erősebben mutatkozik, mert a páratelebb levegőben a vízgőz eloszlása lassubb.

Kisérleteim szerint a hőmérsék magasabb volta önmagában nem fokozta a tüneményt. Megfigyelésem ideje alatt még két hasonló esetről értesültem, hol szintén megvoltak a páraképződés speciális feltételei.

Ha a tünet oly intensiv, mint megfigyelt esetemben, ez az illetőnek, főleg a társas érintkezésben, annyira kellemetlen, hogy — mint esetemben is — orvosi tanácsért folyamodik és a „gőzfujás“ megszüntetését kéri. Ismerve a baj lényegét, ez gyökeresen csakis a bajusz eltávolításával vagy rövidre nyirásával érhető el.

Ezek után kedves kötelességemnek tartom méltóságos Bókay Árpád tanár úrnak kisérleteimben való nagybecsü támogatásáért hálás köszönetet mondani.

TÁRCZA.

A XII. szünidei orvosi cursus megnyitása.

A XII. szünidei orvosi cursus május 27.-én vette kezdetét, még pedig ezúttal először megnyitó ülés alakjában. Az egyetemi szemklinikán lefolyt ünnepélyen nagy és előkelő közönség jelent meg; nagy számmal volt képviselve a katonaorvosi kar is. Az ülésen megjelent *József királyi herczeg* és *Auguszta királyi herczegnő* is.

Grósz Emil elnöki megnyitója, valamint *Temesváry Rezső* titkári beszámolója után, a melyeket mult számunkban egész terjedelemben közöltünk, *Korányi Frigyes* a következő szavakkal köszönte meg a királyi fenségek megjelenését:

„Császári és királyi Fenségek, legkegyelmesebb Asszonyunk és legkegyelmesebb Urunk!

Fogadják Fenségtek kegyesen legalázatosabb hódoló köszönetünket legmagasabb megjelenésükért.

A mai nap, a melyen Fenségtek a budapesti kir. magyar tudományegyetem orvosi karának ezen tantermét legmagasabb látogatásukkal szerencséltetni méltóztattak, egyetemünk évkönyveiben mint jelentőségteljes, fénylő esemény lesz feljegyezve minden időkre.

A magyar nemzet hosszú évek során át hazánk minden kulturális mozgalmának leghathatósabb előmozdítóját és legmelegebb támogatóját Fenséged halhatatlan, magasztos emlékü Atyjaura, *József* főherczeg úr ő Fenségében szokta meg hódolatteljesen tisztelni. És épen úgy támogató kezét nyujtotta ő Fensége minden humanitárius vállalkozásnak. Ő Fensége nyitotta meg a szenvedőknek a Margitsziget jóltevő forrásait, megalkotta Czirkvenicza gyógyintézményeit, hatalmas fejlődésre emelte a mentők és tűzoltók intézményét. És most ezen hagyományos úton találja a nemzet Fenségteket minden téren, a hol hazánk kulturális, tudományos vagy humanitárius fejlődése mozgásban van, mint a hogy ilyen törekvés a szünidei orvosi cursusban is megnyilatkozik, a melyen az ország gyakorló orvosai és az egyetem orvosi tantestülete egymással érintkezésbe lépnek azon czélra, hogy a gyakorló orvosok felvessék a gyakorlati tapasztalásból felmerülő kérdéseket és a tantestület tagjai az orvosi tudomány mindig továbbfejlődő új vívmányaival termékenyítsék a gyakorlati életet.

A Fenségtek legmagasabb megjelenésében nyilvánuló érdeklődés tudományos törekvéseink iránt nagy hatású ösztönzés lesz mindnyájunknak felelősségteljes, nehéz pályánkon. Köszönjük ezt legmélyebb hódolattal Fenségteknek a budapesti kir. magyar tudományegyetem orvosi tantestülete és az ország tág körü orvosi testülete nevében és köszönjük azon szenvedők nevében, a kiknek javára a tanfolyam ma megnyittatik.

Az Ég áldása kisérje Fenségteket minden lépésükön!“

Ezután megindult a tudományos munka, még pedig *Kétly Károly* előadásával, a melyet lapunk élén közlünk.

Apponyi Albert gróf, Csáky Albin gróf és Berzeviczy Albert levélben mentették ki az ünnepélyről elmaradásukat.

Egészségügyi szolgálat az óczeánon.

— Különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra. —

(Vége.)

A hajó személyzetének munkás része ugyanolyan élelmezésben részesül, mint a fedélközi utasok.

Az első és másodosztály utasainak élelmezése, mint említettem, ellentétben a fedélközzel, a cantin-élelmezés alapján van berendezve. Elsőrangú angol konyha változatos és bő étlappal, a hol mindenki annyit és azt ehet, a mit akar. A félkilencz órai és az egy órai reggeli négy-négy fogásból áll és mindegyik fogás nyolcz-tízféle ételt tartalmaz; a hét órai ebéd nyolcz fogásból áll ugyancsak ilyen bő választékban.

Úgy a fedélközben, mint a többi osztályokon a tizenhatnapos úton húsfélékben nem szorulnak conservekre, mert friss állapotban raktározhatnak el elegendő mennyiséget a hajókamarákba.

Az ellenőrzést illetőleg meg kell jegyeznem, hogy az angol hajókon az élelmiszerek beszerzését, azok minőségét, az utasok és a személyzet élelmezését, a különböző osztályok konyháit és az élelmi raktárokat, egy állandó bizottság ellenőrzi nap-nap után. E bizottság tagjai a hajóparancsnok, a hajóorvos, a hajó pénztárnoka (purser) és a főpinczér. Ez a bizottság az úton mindennap délelőtt szigorúan felülvizsgálja az említett dolgokat, míg a hajóéléskamarában felhalmozott hús-, gyümölcs- és főzelékkonservek, valamint egyéb beraktározott nyerstermények minden út végén New-Yorkban kerülnek szigorúan a hygienikus szabályoknak megfelelően vizsgálat alá.

Azt hiszem, sikerült az élelmezési és ellátási kérdést minden oldalról elég behatóan megvilágítanom. Azért foglalkoztam vele ilyen bőven és kimerítően, mert magam is igen fontos tényezőnek tartom, a mely a kivándorlási kérdések keretében igen jelentős szerepet játszik.

E fejezet tartalmából nemcsak mindenki tiszta képet tud alkotni a *Slavonia* fedélközi utasainak élelmezéséről és ellátásáról, de meg vagyok győződve, hogy a panaszokat is kellő értékükre tudja leszállítani.

VIII.

A tengeri egészségügyi szolgálatban nagy szerepe jut ugyan az orvosrendőri eljárásnak is, de a mennyiben ez intézkedések legnagyobb részét még a kikötőben, közvetlen a hajó elindulása előtt bonyolítják le, e helyen bővebben csak azzal a részszel foglalkozom, mely az útban levő hajóra vonatkozik.

A parti orvosrendőri szolgálat keretébe tartozik első sorban a *hajó biztonságá*-nak megállapitása. A meglehetős körülményes vizsgálat magára a hajóra és az egészségügyi szolgálat mindama részeire kiterjed, melyeket e tanulmány fejezeteiben már említettem. Részletes leirása túlhaladja e kis munka határait.

Mivel az amerikai egészségügyi törvények rendkivül szigorúak, a kivándorlók összes podgyászát még a kikötőben, a hajóra szállás előtt fertőtleníteni kell. Ugyancsak az amerikai törvények megkövetelik, hogy az amerikai kikötőkbe befutó hajók mindazon lehető felszereléssel rendelkezzenek, melyek úgy a személyzet, mint az utasok körében esetleg előfordulható *szerencsétlenségeket* lehetőleg meggátolják, vagy legalább is a minimumra redukálják. Az itt fel nem sorolható technikai intézkedések mellett e tekintetben legfontosabb a *baleset elleni biztosítás*. A kivándorlókat szállító hajók ugyanis utasaikat baleset ellen biztosítani kötelesek.

Csak röviden említem meg azokat az intézkedéseket, a melyek a kivándorlási hajó *erkölcsi* életére vonatkoznak. A hajó fedélközi részében a 12 évet betöltött férfiak és nők számára külön-külön helyiségek vannak. A ki egy kicsit ismerős az angol társadalmi viszonyokkal, az elhiszi nekem, hogy ebben a tekintetben az angol hajók parancsnokai nem értik a tréfát. A Cunard-hajók szabályzata férjnek és feleségnek is *csak* az első osztályon engedi meg a közös cabin használatát; egyéb esetekben még itt sem. Talán felesleges is említenem, hogy úgy az első, mint a második osztály utasait is úgy szállásolják el, hogy a magánosan utazó nők külön sectioban kapjanak helyet. Azt az utast, a kit az úton női cabinban csípnek meg, vagy este kilencz óra után a fedélköz női részében találnak, az amerikai hatóságok kérlelhetetlenül súlyos pénzbüntetéssel büntetik, a mi alól csak házassággal vagy börtönbüntetéssel menekülhet. A hajó tisztjeit és alkalmazottjait ilyen esetben a társaság azonnal elbocsátja és szolgálati könyvébe olyan megjegyzést ir (megbizhatatlan), hogy többé semmiféle személyszállító hajón alkalmazást nem kap.

De eltekintve az *angol* hajók erre vonatkozó szabályaitól, ez intézkedések is az amerikai orvosrendőri törvényekben gyökereznek. Céljuk az, hogy lehetőleg meggátolják a puella publicák beözönlését. New-Yorkban ugyanis sem fiatal leányt, sem asszonyt nem eresztenek partra, ha vagy nincs velök a legális kisérő, vagy a parton nem várja őket. Hogy ezt miképen játszák ki a hajón, a hova szintén nem eresztenek fel *magányos* leányt, talán nem lesz érdektelen elmondanom. A második és első osztályon egyedül utazó leányok *„mamát“ fogadnak maguknak*. Ez a mama rendesen a *fedélközben* utazik, a hol szintén vannak neki *leányai*. Ilyen „mama“ több található a hajón. Ezeknek a szerepe rendesen, de nem mindig, véget ér az amerikai parton, a hol a

leányokat, magányos asszonyokat „*papájuk*“, „*férjük*“ vagy „*bátyjuk*“ várja, a kiknek a karján ellejtenek. Két nap mulva azután találkozhatni velök a budapesti „*Moulin rouge*“, akarom mondani a new-yorki „*Alhambra*“-kávéházban.

Az óczeáni egészségügyi szolgálatban az orvosrendőri intézkedéseknek kiválóan akkor jut szerep, a mikor a hajó útjában futólag vagy átmenetileg kikötőt érint. Tengeri hajó idegen kikötőben csak akkor tehet partra és vehet fel személyt vagy árút, ha tisztasága *kétségen felül* áll (di patente libera), vagyis, ha az a hely és környéke, a honnan a hajó jön (utolsó kikötő), mentes fertőző betegségtől és járványtól, valamint a hajón sem fordult elő ilyen baj. Ennek azután még vannak különböző fokozatai is, a melyek szerint a hajót a vizsgálat elrendelésétől a fertőtlenítésen keresztül a vesztegzárba küldhetik.

Feltéve, hogy a hajó *nem gyanus*, vagyis tisztasága kétségen felül áll, az utasok felvételét illetőleg ugyanazok a szabályok irányadók, a melyek az előző kikötőben érvényben voltak, mindig tekintetbe véve az illető kikötő egészségügyi törvényeit.

Az orvosrendőri intézkedések többi részét illetőleg utalok e tanulmány megfelelő fejezeteire.

* * *

Tanulmányomnak végére értem. Minden igyekezetemmel azon voltam, hogy ne csak száraz adathalmazt gyüjtsek össze, hanem egyrészt tiszta képet adjak a közegészségügyi szolgálatról a tengeren, különös tekintettel a magyar kivándorlási járatokra, másrészt rá akartam mutatni azokra az anomáliákra, a melyek feltétlenül javításra szorulnak.

Egyáltalában megfoghatatlannak tartom, hogy kerek két esztendő alatt még ott sem érdeklődtek e kérdések iránt, a hol tulajdonképen érdeklődni kellett volna. Minden tizennégy napban indul egy kivándorlási hajó Fiuméból ezer-ezerötszáz magyar kivándorlóval, és a közönségnek olyan felfogása van a hajóról, az élelmezésről, a kivándorlási viszonyokról, hogy az hajmeresztő. Az egyetlen állandó vélemény, a mit a közönség körében hall az ember, az, hogy a magyar állam mint valami rabszolgákat adta el a kivándorlókat a Cunard-társaságnak. Ez az alfája és omegája a közönség érvelésének.

Politikai szempontból nem bolygatom a kérdést, azon egyszerű okból, mert nem értek hozzá. Legyen szabad csak annyit megjegyeznem, hogy ha már Magyarországon ez idő szerint még lehetetlen megakadályozni a nagy csoportokban való kivándorlást, akkor szerény nézetem szerint feltétlenül jobb azt állami felügyelet alá helyezni és Fiuméból indítani rendes járatot állami ellenőrzés mellett, mint pártolni a régi rendszert idegen kikötőkön át és idegen társaságok közvetítésével, a hol a magyar kormánynak semminemű tekintetben befolyása nincs. Én azt hiszem, hogy ez a „rabszolga“ szó csak olyan frázis, a mit rendesen olyan egyénnek használnak és terjesztenek, a kiknek a kivándorlásról és a kivándorlással üzletszerüleg foglalkozó társaságokról fogalmuk sincs.

Én e tanulmány keretében bizonyítani iparkodtam. Mert azt hiszem, úgy dicsérni, mint szidni valamit, vagy kritikát gyakorolni csak úgy lehet, ha az ember minden téren ismerős a viszonyokkal, és ha nemcsak a Cunard-, hanem egyéb társaságok működését is alaposan ismeri. A ki ezt a tanulmányt figyelmesen átolvasta, észrevehette, hogy távol állok még a gondolatától is annak, hogy reklamirozzak. Ennek különben sem volna semmi értelme, mert hiszen tíz évre megkötött szerződésről van szó, a melynek vajmi keveset árt vagy használ az én dicséretem vagy szidásom. A dolognak üzleti része engem egyáltalában nem érdekel; a kivándorlást és annak lebonyolítását tisztán egészségügyi szempontból tárgyaltam és minden szónak leirásánál ennek a tudománynak vezérelvei adtak irányt.

Hogy a kivándorlás rendszeresítését megelőző számtalan anácskozás közegészségügyi szempontból ilyen képtelen rendeletet eredményezett, az csakugyan nem az én hibám. Hogy a ministeriumban a járat két évi fennállása és annyi kiküldetés után még ma sem tudják, hogy a *trachoma* minden körülmény között partraszállást gátló ok, ez oly képtelenség, hogy az ember magyarázatát adni nem tudja.

Ismétlem: *Florid* és *idült trachoma*, nagy felületen támadt *conjunctivitis follicularis, undorító betegség, torzarcz, bénaság, feltünő testhiány, gyenge* és *satnya szervezet, bőrküteg, kiterjedt favus, küteges arcz, hülyék, elmebetegek, nehézkórosak, terhesség* leányoknál és férjetlen asszonyoknál és *hatvan éven felüli kor feltétlen megakadályozzák Amerikában a partraszállást.*

Hangsúlyozom: Ezek a betegségek nem a *behajózást*, hanem a *partraszállást gátolják meg.* Ezeknek, mint azt e tanulmány keretében kimutattam, a 40,000/904. sz. B. M. rendelet 2. §-ában a *kivándorlást korlátozó okok* közt van helye.

Valósággal elképed az ember, hogy az ezekben a bajokban szenvedők kormánysegítséggel adják el utolsó motyójukat, szerzik meg útlevelüket, váltják meg jegyüket és utaznak csoportosan Fiuméba, hogy ott *egyszer s mindenkorra* visszautasíttassanak. Ez mindenesetre oly képtelen állapot, a melyen feltétlenül javítani kell. Hogy annyi költséges tanulmányút után még ma sem vették ezt észre, azt nem tudom megérteni. Az említett bajokban szenvedők csoportosan érkeznek Fiuméba, szabályosan felszerelve mindennel, a mire a kivándorlásnál szükségük lehet. Itt azután meghallják a hajóorvosnak reájuk nézve igazán lesujtó határozatát, hogy sem ezzel, sem más hajóval nem lehet kivándorolni, mert nem eresztik őket Amerikában partra. Hogy az áldásoknak milyen mérhetetlen és reprodukálhatatlan tömege tör ki ezekből a nyomorult emberekből, azt mindenki elképzelheti. Ott állanak a parton a szó teljes értelmében koldusbotra juttatva! Mit méltóztatnak gondolni, a Cunard-társaság „rabszolgái“ ezek a bolonddá tartott emberek? Nem, ezek a bölcs bürokratizmus „rabszolgái.“

Az 1903: V. törvényczikk 2. §-ának c) pontja így szól: nem vándorolhatnak ki „azok, a kik . . . azon feltételeknek, a melyek abban az államban, hová kivándorolni akarnak, a bevándorlásra vonatkozólag meg vannak szabva, *meg nem felelnek.*“ Ez benne van a törvényben, benne van a szabályrendeletben, de benne van ez a fordításnál felhasznált franczia, angol, német és olasz kivándorlási törvényekben és szabályrendeletekben is, azzal a különbséggel, hogy az ezekhez fűzött utasításban fel vannak sorolva azok az esetek is, a melyek tiltó akadályul szolgálnak a partra szállásnál és a melyeket nálunk nemcsak lefordítani, de még pótolni is elfelejtettek. Ezért történik meg, hogy az emberek Fiuméban csoportosan utasíttatnak vissza a fentemlített bajok miatt. Ez vagy lelketlenség, vagy más valami, a mire most hamarjában nem találok kifejezést.

Tessék ezeket az amerikai bevándorlást korlátozó, megakadályozó eseteket felvenni az említett szabályrendelet 2. §-ába és akkor a hatóságok bizonyára nem fogják kiadni az útlevelet, mint a hogy nem adják ki azoknak, a kik „*a kiszabott pénzbüntetést még le nem fizették, vagy le nem ülték*“. Mert a míg ezek a bajok névszerint felsorolva nincsenek, addig sem jegyzőtől, sem szolgabirótól, sem városkapitánytól nem lehet követelni, hogy ismerje azokat az amerikai intézkedéseket, melyek a bevándorlást korlátozzák. Egyebekben ezt a részt illetőleg utalok tanulmányom megfelelő helyeire, a hol ezeket a kérdéseket kimerítően tárgyaltam.

Ha még lehet, változtatni kell azon a paragrafuson is, mely a zuhanyberendezésü fürdőket csak azokon a hajókon rendeli el, a melyek a *30. szélességi foktól délre közlekednek* és ugyanazon rendelet 48. §-ában mégis zuhanyfürdőt rendel az útközben felveendő kivándorlók számára. Miért? mert az említett, a fordításnál használt törvényekben, szabályrendeletben benne van. Ne nevettessük ki magunkat ország-világ előtt. Mert végre is nevetséges az az intézkedés, hogy a trachomások utazhatnak Fiuméba és a *zuhanyberendezésü fürdőt csak olyan kivándorlóhajókon követelik meg, a milyenek sem most, sem a jövőben nem fognak indulni.* Ezerötszáz embernek négy kádfürdő kevés; vagy ezt kell szaporítani, vagy, a mi az én nézetem szerint helyesebb, be kell rendezni a zuhanyberendezésü fürdőt, mert erre úgy a közegészségügy, mint a tisztaság szempontjából nagy szükség van a Fiume—New-York között közlekedő kivándorlóhajókon. És ennek a berendezése úgyszólván pénzbe se kerül, mert a hajókon a vízvezeték megvan, erre való helyiség is akad bőven. Ha a társaság nem hajlandó ezt megcsinálni, mert a kötött szerződés nem kötelezi, rendezze be a kormány, mert a hibát ő követte

el, a mikor megelégedett *négy* kádfürdővel *ezerötszáz* ember számára.

Ezeken a kétségbeesett rendeleteken igazán meglátszik, hogy a hivatalszobákban készültek szótár segítségével, de meglátszik az is, hogy a kik összeállították, azoknak fogalmuk sem volt sem a kivándorlásról, sem a tengeri egészségügyről, sem az Amerikába vándorlás politikájáról. Lehetetlenség mást feltételezni, látván és tapasztalván e hiányos és visszás rendeleteknek szomorú következményeit. Nem egyszer szégyeltem magam, mikor az angol hajótisztek megbotránkozásukat fejezték ki azon, hogy Magyarországon még azt sem tudják, hogy kinek szabad Amerikába kivándorolni. Ezeket a kifakadásokat különösen akkor lehet hallani, a mikor nagyobb csoportban utasítottak vissza olyanokat, a kiknek útlevelet sem lett volna szabad adni.

Tessék tudomásul venni, hogy a behajózási eljárás nem egyéb, mint egy utolsó rostálás, a mi főleg azért van, hogy az úton és a kikötőben való tartózkodás alatt támadt bajokat és betegségeket megállapítsa. Ezt mindenesetre meg kell előzni egy rostálásnak az útlevelek kiadásánál. Mert ismételten hangsúlyozom és figyelmébe ajánlom az intéző köröknek, hogy a fent összeállított bajok nem behajózási akadályt, hanem kivándorlási akadályt képeznek, melyeknek fennforgása esetében haszontalan minden lépés és protectio; tehát evidens, hogy az útlevelek kiadását meg kell tagadni. Ezt követeli a józan gondolkodás és a kímélet embertársaink iránt.

A kivándorlásra vonatkozó ministeri rendeleteknek ezt a két cardinális hibáját ismételve is kénytelen voltam tárgyalni, mert szerény véleményem szerint feltétlenül javításra szorulnak.

De, a mint bővebben kifejtettem, feltélenül másképen kell rendezni a magyar orvosi állást is. Igy, a hogy most van, nincs semmi értelme és csak felesleges recriminatiókra nyujt alkalmat, és a czél, a miért tulajdonképen rendszeresíttetett — ha ugyan ezt rendszeresítésnek lehet nevezni —, még sincs elérve. Én a tanulmány keretében kifejtett módon vélem ezt a kérdést megoldani, de lehet, hogy másnak jobb véleménye akad.

Ezek volnának azok a rendelkezések, melyek minél hamarabb javításra szorulnak.

Élelmezés tekintetében a kivándorlóknak nem lehet panaszra okuk. Elmondottam azt, a mit magam láttam és tapasztaltam. Ezek, azt hiszem, nem szorulnak bővebb kommentárra.

Végzek. E kis tanulmány megirására az ösztönzött első sorban, hogy láttam, milyen ferde nézetek terjedtek el a közönség körében a kivándorlást illetőleg. Ez a kérdés két év óta van napirenden és én egyebet, mint reklámczikkeket nem olvastam. Hogy a belügyi és kereskedelemügyi ministeriumok irattáraiban milyen jelentéseket takar a feledés pora, azt természetesen nem tudom. De ha történtek is jelentések, az az egy bizonyos, hogy az anomáliák megszüntetésére senki sem tett semmit. Azok ma is épen úgy fennállanak, mint két esztendővel ezelőtt. Érdekelt maga a tengerészeti egészségügy kérdése is, a mivel nálunk, sajnos, nem foglalkozik senki sem. Pedig a kivándorlás kérdésében most ez is aktuálissá lett, és azt hiszem, nem végeztem felesleges munkát, a mikor annak alaptételeit ismertetni iparkodtam.

Nagy szeretettel dolgoztam munkámon, és ha a mi szegény kivándorlóink ezen a réven még jobb közegészségügyi viszonyok közé kerülnek, elértem azt a czélt is, a mely a tollat a kezembe adta.

Günther József dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hans Driesch: Der Vitalismus als Geschichte und als Lehre. Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1905. X + 246 lap. Ára 5 márka.

A vitalismuseszméje Aristoteles óta nem veszett ki többé a biologiai tudományokból. Történelmében a legújabb fordulópontot „neovitalismus"-nak nevezték el, bár nem egészen találóan, épen azért nem, mert a vitalistikus tanok hangoztatása sohasem szünt meg teljesen. Ezt a legújabb virágzását leginkább ellenségeinek köszöni a vitalismus; mert az öt védő fegyverek a darwinismus támadásaiban köszörülődtek ki élesre. A modern vitalismus nem a XIX., hanem a XVIII. századbelihez simul, azon folytatódik: az *alapokhoz* tér vissza és nem a biztosaknak vélt és deklarált tények *következtetésein* épül fel; és *bizonyítani* törekszik, hogy az *élő*-nek vitalistikus felfogása feltétlenül indokolt és mellőzhetlen.

Érdemes munkát végzett a szerző, hogy a vitalismus fejlődésmenetét az ó-kortól fogva napjainkig végigkisérte, s végezetül saját — szélesre kibontott — rendszerét is ismertette.

Ugyancsak a vitalismus képezi tárgyát egy előadásnak, melynek szerzője és czíme:

Max Verworn: Naturwissenschaft und Weltanschauung. Leipzig, Joh. Ambr. Barth, II. unveränd. Auflage. 48 lap. Ára 1 márka.

Az előbbi munkának — bizonyos értelemben — kiegészítője ez, melyben a szerző reámutat azokra a veszélyekre, melyekkel egy egységes befejezett világnézet megconstruálása épen az által jár, hogy nagyon is könnyen beleesik a bölcselkedő természetbuvár a mysticismusba, vitalismusba és teleologiába. A tiszta materialismus is csődöt mondott; Haeckel monismusának sok a híve, követője, de rései vannak, melyeken át hypothesisek vehetik bele magukat tanaiba; ugyanígy áll a dolog Ostwald energetikus világnézetével is. Befejezett, egységes világnézet Verworn szerint sohasem lesz elérhető, és ez jól van így, mert elérése minden további szellemi fejlődés sírját is jelentené.

Mind a két munka izléses kiadása a Barth-czégnek. *Gy –y.*

Grawitz und Grüneberg: Die Zellen des menschlichen Blutes im ultravioletten Lichte. Mit einer Tafel. Leipzig, Georg Thieme, 1906.

Szerzők a *Köhler* által ajánlott és a *Zeiss*-féle gyár által készített quarcz-lencsés mikroskoppal és ultraviolett fénysugarakkal vizsgálták a friss vérkészítményeket. Vizsgálataiknak nevezetesebb eredményei a következők:

A *vörösvérsejtek* kerekded, könnyen elhajló, közepükön legkevésbé telt, *teljesen homogen* képletek. Olyanformák, mint egy félig megtöltött gummi-ballon. A magvaik sugaras rajzolatot mutatnak és egyik-másikon a karyolysis nyomát is kivihetőnek vélték. A kis és nagy *lymphocyták* plasmája nem egynemű, hanem granulatioszerű képletek láthatók benne; a magvaik szerkezete pedig szabálytalanul hálózatos. A *neutrophil granulatiós polynuclearis* sejtek magvai *egy* darabból álló polymorph képződmények. A granulatiók különböző nagyok még egyugyanazon sejtben is és úgy látszik chemiai összetételük is más-más, mert a fényt nem bocsátják át. A *vérlemezkék teljesen homogenek*, bennük összetettebb szerkezetnek nyoma sincs. Ezen eredményekről a szerzők nagyon értelmesen és röviden számolnak be, a könyvecske végéhez csatolt táblán egybeállított fényképek pedig igen sikerültek.

Körmöczi Emil dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A köptetésről tartott klinikai előadásában *Eichhorst* tanár először is a narcoticumok használatát hozza szóba. Ha ugyanis a köptető szerek csoportjába mindazon szereket soroljuk, a melyek a váladékképződést a légutakban valamelyes módon befolyásolni tudják, akkor a narcoticumok is a köptető szerek közé tartoznak, mert a váladékképződést csökkentik az által, hogy az erős köhögés okozta mechanikai inger megszünvén, a légutakban lefolyó lobos elváltozások könnyebben gyógyulhatnak és így az általok feltételezett váladéktermelődés is csökken. Eichhorst a narcoticumok közül előnyben részesíti a codeinum phosphoricumot, mert a köhögésingert biztosabban csillapítja mint a morphium, s ezenfelül a szervezet is jobban tűri. Súlyt helyez e szernek oldatban és keserümandolavízzel együtt használatára is; ez utóbbi ugyanis a maga részéről is tetemesen mérsékli a köhögést. (Rp. Aquae amygdal. amar. 10·0; Codeini phosphorici 0·3. M. D. S. 10 cseppet 2—3-szor naponként.) Erősen köhögő betegek elég gyakran panaszkodnak étvágytalanságról és émelygésről, nyelvük pedig akárhányszor erősen bevont. Ilyen esetekben a codeint phosphorsavval együtt adja. (Rp. Sol. acidi phosphor. diluti 5·0 : 180·0;

Codeini phosphorici 0·3; Syr. rubi idaei 20·0. M. D. S. 3-szor naponként evőkanálnyit.) Opiumot és chloralhydratot úgyszólván sohasem használ; a Dover-port és a belladonna-készítményeket is a köhögés szempontjából nagyon megbizhatlanoknak tartja. Újabban nagyon sokan ajánlják a heroint és a dionint, a melyek azonban az előadó szerint épenséggel nem hatékonyabbak, mint a codein, azonfelül pedig még óvatos használás esetén is kellemetlen mellék-tüneteket okozhatnak. A mi a narcoticumokat illeti, még arra hivja fel a figyelmet, hogy nagyon bőséges váladéktermelődés és váladékpangás esetén a narcoticumok kerülendők, úgyszintén akkor is, ha a beteg sensoriuma zavart.

A tulajdonképeni köptető szereknek felosztását oldó és izgató köptetőkre a gyakorlat szempontjából fenntartandónak véli. Az oldó köptetők közül ajánlja a régi mixtura solvenst. (Rp. Ammonii chlorati, Succi liquiritiae āā 5·0; Aquae destill. ad 200·0. M. D. S. 2 óránként evőkanálnyit.) Nagyon jó oldó köptető a jodkalium is, a melyet főleg asthmásoknak ajánl s a melyet többnyire ipecacuanhával együtt ad. (Rp. Inf. radic. ipecacuanhae 0·5 : 180·0; Kalii jodati 3·0; Syr. simplicis 20·0. M. D. S. 2 óránként evőkanálnyit.) Az apomorphint és a pilocarpint nagyon ritkán használja, főleg azért, mert a szivizomzatot gyengítő hatásuktól tart. Ezzel azonban nem azt akarja mondani, hogy e két szer, kellő esetben és kellő időben használva, nem adhat jó eredményt. Az izgató köptetők között legenyhébb hatású az ipecacuanha. A senega és a liquor ammonii anisatus gyomorzavarok jelenléte esetén inkább kerülendő. A benzoësavat főképen akkor használjuk, ha excitáló hatásra van szükség; czélszerüen adható kámforral együtt. (Rp. Acidi benzoici 0·3; Camphorae 0·05; Sacchari 0·2. M. f. p. D. tal. dos. Nr. X. S. 2 óránként egy port.) A stibium sulfuratum aurantiacum használata divatját multa és pedig joggal, mert nagyon kérdéses köptető hatása mellett hánytató hatása sokszor nagyon kellemetlen módon lépett előtérbe.

Izgató köptetőknek narcoticumokkal együttes használata tulajdonképen észszerütlennek látszik; sokszor azonban mégis igénybe veszszük ezt a combinatiót, olyankor tudniillik, a mikor a köhögésinger túlságosan erős, a légutakban azonban nincsen túlságosan sok váladék. (Rp. Inf. rad. ipecacuanhae 0·5 : 180·0; Aqu. amygdal. amar. 5·0; Codeini phosphor. 0·2; Syr. simpl. 15·0. M. D. S. 2 óránként evőkanálnyit.)

A köptetők közé sorolja az előadó a balzsamos szereket is, a melyeknek használata főleg bőséges genyes váladék termelődésével járó idült hörghurutokban eredményes. Legjobbnak az oleum terebinthinae-t tartja, a melyből naponként 3-szor 20 csepp veendő be tejben. Bronchitis putrida és tüdőüszök eseteiben a myrtol is jó eredménynyel használható; 2 óránként veendő be 15 centigramm gelatinatokban.

A desinficiensek közül a benzosolt részesíti előnyben, mert a legtöbb beteg jól türi ezt a szert, a mely az étvágyat is javítani szokta. (Rp. Benzosoli 0·5; Elaeosacchari menth. pip. 0·3. M. f. p. D. tal. dos. Nr. X. D. Naponként 3 port.) A kreosotot is szokta használni, legszivesebben a Sommerbrodt-féle gelatinatokok alakjában, a melyeknek mindegyike 0·05 kreosotot és 0·15 tolubalzsamot tartalmaz. A légutak foetid megbetegedéseiben az előadó szerint a desinficiensek kevésbé hatásosak, mint a balzsamos szerek; mindazonáltal vannak olyan esetek, a melyek balzsamos szerekre nem gyógyulnak meg teljesen, desinficienseknek utólagos használatára azonban teljes gyógyulás áll be.

Végül röviden utal az előadó a szobalevegő kellő nedvesség-tartalmának fontosságára, valamint arra, hogy bizonyos testtartás elősegítheti a kiköpést. A rhythmusos has- és mellkas-összeszorításról, a sürített levegő belégzéséről, a klimato- és balneotherapiáról sem szabad adott esetben megfeledkezni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 17. szám.)

Az öröklött lues a tüdővész kezelésében Spengler szerint rendkivül fontos szerepet játszik. Tüdővész eseteiben a foganatosítandó orvoslás szempontjából tehát nagyon jelentőséges a latens lues kimutatása, a mi két tünet segélyével történhetik. Az egyik az ú. n. „Rauschen“, sajátszerű légzészörej, a mely főleg az alsó és a középső tüdőlebenyen hallható, s a mely legjobban azon fülzúgással hasonlítható össze, a mely a víz alá bukáskor támad. Ez a zörej többnyire interponált, vagyis vesiculáris vagy vesicobronchiális inspirium után szünet áll be, ezt követi a „Rauschen“ és ezután jő a normális vagy érdes, sokszor vesicobronchiális exspirium. A másik két tünet a pikkelyképződés a gyöngykór fertőző anyagának befecskendezéshelyén. (Ezt az anyagot a szerző gyógyitás czéljából szokta befecskendezni.) Latens lues mellett szól továbbá a horkoló légzés, a gégének korai megbetegedése főleg fiatal egyének diabetese mellett, a tüdőbaj által eléggé nem magyarázható makacs vérszegénység, a nagyfokú sputumhyperleukocystosis a sejtmagvaknak rögökké válásával s az eset aránytalansága (kiterjedt physikális elváltozások a tüdőben a beteg jó külseje mellett). Az ilyen esetekben jodot kell használni, még pedig percutan; belsőleg használva az eredmény vajmi kevés. Legczélszerübb a jothion használata: 60 gm. jothion és 40 gm. lanolinum anhydricum keverékéből álló kenőcsnek borsónyi darabját naponként egyszer dörzsöljük 1—2 perczig a bőrbe, és pedig mindig más és más helyen. Gyermekeknél megfelelően kisebb mennyiséget (1/8—1/4 borsónyit) használunk kétnaponként. A bedörzsölt helyeket egy ideig fedetlenül kell hagyni a jothion okozta égetés és viszketés mérsékelése végett. Felnőttek 30—35 gm. kenőcs elfogyasztása után 1 hónapos szünetet tartanak s azután újból megkezdik a bedörzsölést. Akkor is több napi szünetet kell tartani, ha a jodmérgezés tünetei jelentkeznek, a mi különben nem gyakori dolog. Hasonló a kezelés akkor is, ha a gümökór mellett szerzett syphilis van jelen. Csakhogy az ilyen esetekben czélszerü higanynyal is kisérletet tenni. Régi lues-esetekben ugyanis csak higany használata mellett gyógyulnak meg a gégefekélyek, szünik meg az említett légzészörej stb. A közönséges szürke kenőcs használatától óvakodni kell. E helyett sublimat-mitin-kenőcsöt ajánl (2 milligramm sublimat és 1 gm. mitin), a melyből 1 gm.-ot, esetleg többet is dörzsölünk naponként (elgyengülteknél 2—3 naponként) a bőrbe mintegy 2 perczig. A higany mérgező hatásának megelőzése czéljából tiszta ként (sulfur depur., sacch. āā) kapnak a betegek naponként 3 szor késhegynyi mennyiségben; a kén a gyomorban és a bélben kiválasztásra juté higanynyal úgy látszik oldhatlan egyesülésbe lép. A szájöblitést nem szabad elhanyagolni (1 kávéskanálnyi 3%-os hydrogensuperoxyd egy pohár vízre). A szabadban tartózkodásra, hetenként 1—2 meleg teljes fürdőre és bőséges táplálkozásra is súlyt kell helyezni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 15. szám.)

A bélerek infarctusának három esetét (2 haemorrhagiás és 1 anaemiás infarctus) észlelte *Matthes* az utóbbi időben. Mind a három eset halálosan végződött. Az esetek alapján néhány eddigelé nem eléggé méltányolt pontra kivánja felhivni a figyelmet. Ezek a következők: 1. Bélinfarctusra kell gondolnunk akkor, ha valamely hevenyen kezdődő, a tápláló csatornára utaló megbetegedésben nagyon szapora pulsust találunk, főleg ha ez a pulsusszaporaság hirtelen jelentkezett. Helyi vagy általános peritonitist és ileust természetesen ki kell zárni, a mi eleinte nem szokott nehézségekbe ütközni. 2. A fájdalmon kivül tekintetbe veendő a nehézség és teltség érzete. 3. A fájdalom teljesen hiányozhatik. A kezdeti fájdalmat mindenesetre az infarctus-képződés okozza és még nem jele a helyi hashártyalobnak. 4. A gyomorbéltüneteknek látszólagos javulása ne vezessen félre; mindaddig, a meddig szapora a pulsus, ne bizzunk a javulásban. 5. Nagy súly fektetendő a pontos anamnesisre; különösen nagy jelentőségü annak a megállapítása, hogy előzőleg, ha csak egyszer is, véres volt a székürülés. Vérzés egyébként anaemiás infarctus eseteiben is előfordulhat. Később úgy anaemiás, mint haemorrhagiás infarctus eseteiben hiányozhatik a vér az ürülékben. 6. Nagyon fontos a körülirt izomfeszülés (défense musculaire) korai megállapítása. Szerző eldöntetlenül hagyja a kérdést, vajjon ezen izomfeszülést okozhatja-e egyedül az infarctus is, vagy pedig már helyi hashártyalob folyománya-e az. Jelentkezéséből mindenesetre a sebészeti beavatkozás sürgős szükségességére kell következtetni.

A gyógyitás csak sebészeti lehet, az infarctusos részlet tudniillik resekálandó. Vannak ugyan adatok az irodalomban, a melyek azt mutatják, hogy valamely arteria mesaraica elzáródásának nem kell szükségképen elhalásra vezetni, az ilyen esetek azonban ritkaságszámba mennek. A has felmetszése előtt nem tudhatjuk, hogy mekkora az infarctusos részlet és hogy a resectio egyáltalában végezhető-e. Minthogy azonban műtét nélkül a pro-

gnosis csaknem teljesen infaust, mindenesetre jogosult a lehetőleg jókor végzett próbahasmetszés. Nem szabad arra az álláspontra helyezkedni, hogy a műtét felesleges, mert a vérkeringési rendszer az a baja, mely miatt az infarctus támadt, úgyis rövidesen halálhoz vezetett volna. Szerző azt hiszi, hogy az általa észlelt esetekben a betegek vérkeringési bajuk ellenére is még hosszabb ideig élhettek volna. (Medizinische Klinik, 1906. 16. sz.)

Általános kór- és gyógytan.

Vérkészítmények fixálása acetonnal. Ismeretes, hogy az olyan vérkészítményeket, a melyeket Ehrlich-féle triaciddal akarunk megfesteni, száraz meleggel kell fixálni, a mi kifogástalanul csak bizonyos készülék igénybevételével sikerül. Az eddig ajánlott egyszerűbb fixáló eljárások épen a triacid-festéshez nem adnak elég használható eredményeket. A bécsi egyetem I. belklinikáján végzett vizsgálatai alapján *Jagic* újabban azt állítja, hogy a száraz meleggel fixálás teljesen pótolható az aceton-fixálással: a szokott módon fölkent vérkészítményt 5 perczre tiszta acetonba (Kahlbaum) teszszük. Az ilyen módon fixált vérkészítmények egyébként nem csupán a triacid-festésre, hanem más festésekre (pl. Giemsa-festés) is alkalmasak. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 20. szám.)

A tuberculosis kórtanához érdekes adatokat nyujtanak *Orth* tanár azon kisérletei, a melyekről a „Berliner medizinische Gesellschaft" május 2.-án tartott ülésén tett említést. Tengeri malaczok bőre alá avagy hasüregébe gümőbacillus tiszta tenyészetének emulsioját fecskendezte, mire az állatok egy részének tüdejében kiterjedt sajtosodások és üregek támadtak. Minthogy ezen folyamatok keletkezésében, a mint azt a pontos bakteriologiai vizsgálat kimutatta, másféle bakteriumok nem szerepelhettek: bebizonyítottnak vehető, hogy kisérleti állatokban a gümőbacillus nem csupán miliáris gümőkórt tud okozni, hanem az emberi tüdővészszel azonos folyamatot is, a mit ezideig tudvalevően sokan tagadtak. Érdekes, hogy a sajtos gázok és cavernák a tüdő különböző részeiben elszórtan voltak, tehát nem fejlődtek csak bizonyos helyeken, mint a hogy például emberben előszeretettel a tüdőcsúcsokban keletkeznek; ez a mellett szól, hogy az ember fennálló helyzetének mégis csak van valamelyes része abban, hogy a tüdőcsúcsok betegszenek meg többnyire legelébb. Minthogy a kisérleti állatok nagyobb részében kizárható volt, hogy gümőbacillusok a belégzett levegővel jutottak a tüdőbe: az eredmények újabb bizonyítékát szolgáltatják annak, hogy a test valamely helyén bejutott gümőbacillusok a véráram útján eljuthatnak a tüdőbe, a hol azután súlyos elváltozásokat létesíthetnek, nem kell tehát közvetlenül belégzéssel a tüdőbe kerülniök. Arra, hogy miért fejlődött némely állatban úgynevezett tüdővészes folyamat, míg az ugyanazon anyaggal, ugyanazon módon oltott többi állatban csak miliáris gümőkór támadt, a betegség tartamának lehetett némi befolyása: a miliáris gümőkóros állatok ugyanis többnyire hamarabb pusztultak el, úgy hogy nem volt elég idő a sajtos és üregképződéshez vezető folyamatok kifejlődésére. Ez azonban egymaga nem lehet döntő, mert volt olyan állat, mely későn pusztult el s boncolásakor mégis csak tuberculosis miliárist találtak. Lényegesebb körülmény az, hogy azok az állatok, a melyekben tüdővész fejlődött, előzőleg hidegvérü állatok gümőbacillusaival kezeltettek. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1906. 20. szám.)

Sebészet.

A kerek gyomorfekély és következményes megbetegedései sebészeti gyógykezelésével elért eredményekről számol be *Kreuzer*, Krönlein tanár klinikájáról. Jóindulatú gyomorbajjal 85 esetet operáltak 13 halálozással, a mi 15·3%-nak felel meg; a 85 műtétből 66 gastroenterostomiát *Hacker* szerint, 8-at *Wölfler* szerint végeztek 9 halállal. Az esetek pontos észlelése alapján a következő eredményre jutnak: 1. gyomorfekély esetében a gastroenterostomia a normális műtét; jobb eredményt ad a *Hacker*-féle gastroenterostomia; 2. a pyloroplastica egyes kivételes esetekben megfelelő lehet, de a legtöbb esetben pótolhatja a gastroenterostomia; 3. a fekély kimetszése csak kivételes esetekben, a fekély kedvező fekvése esetén adhat tartós eredményt; 4. a resectio olyan esetekben végzendő, ha ráknak gyanúja forog fenn; 5. a gastrolysis nem jogosult.

A sebészi beavatkozások jogosultsága fennforog:

I. Absolut indicatioval, 1. ha a stenosis biztos; 2. ha a stenosis kétes, de hosszabb belorvosi kezelés eredményre nem vezetett; 3. ha gyakran ismétlődő bőséges vérzések vannak; a műtétet nem czélszerű közvetlenül az erős vérzés után végezni, hacsak nem fenyegetők a jelenségek; 4. ha kezdődő rák gyanúja forog fenn; 5. ha a fekély átfúródott.

II. Relativ indicatioval, 1. ha egyszeri vagy többszöri erős vérzés az életet veszélyezteti és más gyógyeljárás eredménytelen 2. ha súlyos tünetekkel, mint heves fájdalmakkal, gyakori hányással szövődött a fekély, s ha a tünetek hosszabb időn át egyenlő erővel fennállnak és hosszabb ideig folytatott belső orvoslás sikertelen volt; 3. ha a fekély nem jár ugyan szövődményekkel, de a tünetek, bár lassan, fokozódnak s a beteg sociális állása ezen állapot mielőbbi javulását követeli; 4. ha nagyobb fokú motorius insufficientia van (atoniás gastrectasia, gastroptosis, neurasthenia), a melyet belső kezeléssel nem sikerül jelentékenyen javítani. (Beitr. zur klinische Chir. 1906. 49. kötet) *Steiner Pál* dr.

Az appendicitis sebészi kezelésével elért eredményeiről számol be *Kappeler*, a konstanzi kórház főorvosa. Az utolsó 10 évben 150 esetet észlelt, melyek közül 121-et operált. A nem operált 29 esetből 2 halt meg. A roham alatt 72 esetet operált, még pedig az első 48 órában 16 esetet 1 halálozással; az első 48 órán túl 56 esetet, még pedig körültokolt tályoggal 42 esetet 4 halálozással (9·5%), tovaterjedő peritonitissel 14 esetet 11 halálozással. A szabad intervallumban 49 esetet operált halálozás nélkül. Tehát az észlelt 150 esetre 12% mortalitás esik, a 121 operált esetre 13·2%. Nem számítva az intervallumban operált eseteket, hanem csak a lobos szakban operáltakat véve tekintetbe, a halálozás 22%. Ebből az első 48 órában operáltakra 6%, az első 48 órán túl operáltakra 26% esik. Tovahaladó peritonitissel az első 48 órában operált esetek közül meghalt 14%, az első 48 órán túl 71%. Ezen tapasztalatai alapján az appendicitis therapiájában álláspontja a következő: 1. az első 24 órában a könnyű eseteket nem operálja, hanem szorgos sebészi megfigyelést ajánl. A középsúlyos és súlyos eseteket azonnal operálja; 2. 48 órán túl észlelés alá kerülő esetekben körültokolt tályog esetén várakozik, minden súlyosbodáskor azonnal beavatkozik; 3. az intervallumban a műtétet *egy* előrement roham után ajánlja. (Deutsche Zeitschrift für Chir. 1906. 81. köt., 5—6 f.) *Steiner Pál* dr.

Féregnyújtványgyuladásban az érrendszerben létrejövő elváltozásokra hívja fel a figyelmet *Hoffmann* (Hochenegg tanár klinikája). A vérérrendszerben előforduló elváltozások 3 csoportba oszthatók: 1. arrosiós vérzések; 2. thrombosis és embolia; 3. az alsó végtagok gangraenája.

I. *A vérzés* rendesen arrosio következése; a vérér falát vagy fertőzött embolus, illetve ellágyult thrombus arrodálja, vagy pedig a gyuladást okozó agens a tályogból közvetlenül vándorol be s okozza a vérzést. Kiváltó tényezőként a nyomásviszonyok változása szerepel: vagy a nyomás fokozódása akár a vérérben, akár a tályogban, vagy a nyomás kisebbedése a tályog megnyitásakor. Aránylag ritka ez a szövődmény; 450 esetből 3 halálos vérzést észlelt.

II. *Az embolia és a thrombusképződés* 3 csoportban tárgyalható: 1. elsődleges venathrombosis; 2. elsődleges arteriathrombosis; 3. embolia akár a venákban, akár az arteriákban.

1. *Elsődleges gyüjtőérthrombosist* 4 esetben észlelt és pedig mindig baloldalt. Talán elfogadható magyarázatot ad a *bal* oldalon levő thrombosis gyakoriságára a *Witzel*-féle elmélet..

2. *Elsődleges arteriathrombosis* nagyon ritkán fordul elő, eddig összesen 2 eset ismeretes. A vérérfalnak a mikroorganismusok vagy toxinjaik által való bántalmazása fontos szerepet játszik ezen szövődmény létrejöttében.

3. *Embolia* úgy a verő-, mint a gyüjtőerekben létrejöhet. Aránylag gyakori a tüdőembolia. Emboliás úton létrejöttnek tekintik többen a postoperativ pneumoniát is, a melyet 5 esetben

észlelt. A gyüjtőérrendszerben létrejövő emboliák útján keletkezik gyakran a pylephlebitis és a májtályog. Emboliás eredetü a gyomorban és bélben támadó vérzés is.

III. *A gangraena az alsó végtagokon* ritka szövődmény, 2 esetben észlelte. Egyik esetben az alsó végtag amputatioját végezték, noha az a. femoralis már nem pulzált, és sima gyógyulást értek el. *Dollinger* tanár 2 amputatiós esetében femoralis-pulsus hiján és az átmetszett vérerek vérzése nélkül szintén zavartalan volt a gyógyulás.

Egy esetben a húgyhólyag nyálkahártyájának teljes nekrosisát észlelték az appendicitis szövődményeként. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1906. 81. köt., 5—6 f.) *Steiner Pál* dr.

Az appendicitis-műtét javalataival foglalkozik *Sprengel* tanár (Braunschweig) és álláspontját a következőkben összegezi: 1. Korai szaknak tekintendő az első két nap, intermediaer szaknak a 3—5. nap, késői szaknak az 5. nap utáni idő. Az összes tünetek lezajlása után intervallumról és ne intermediaer szakról beszéljünk. 2. A legideálisabb eljárás a gyökeres korai műtét. Az első 36 órában operált eseteiben 0%, az első 48 órában operáltakban 5% volt a halálozás; a százalékszámításnál az összes operált eseteket (115) tekintetbe vette. 3 Az intermediaer szakban (3—5 nap) szintén a gyökeres műtét hive. Általános peritonitissel szövődött eseteiben 48% (38 eset), körültokolt izzadmánynyal szövődött eseteiben pedig 3% (64 eset) volt a halálozás. 4. A késői szakban csak bemetszésre szorítkozik. Különösen figyelni kell a „labilis", az áttörő félben levő esetekre, a melyekben esetleg gyökeres műtét végzendő. (Archiv. für klinische Chirurgie 1906. 79. köt., 1 f.)

Steiner Pál dr.

Az apppendicitis műtevésének javalataira nézve a baseli klinika (*Engerlen* tanár) álláspontját *Hagenbach* a következőkben foglalja össze: 1. a korai szakban operálni kell; nem avatkoznak be, ha a beteg jó közérzete mellett könnyü eset benyomását kapjuk, főleg ha a beteg több hasonló rohamon baj nélkül esett át; 2. tályog esetén és az intermediaer szakban operálni kell, ha a roham nem enged, vagy ha a folyamat tovaterjed; 3. az intervallumban *egy* előrement roham után be kell avatkozni. (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1906. 5 sz.)

Steiner Pál dr.

Idegkórtan.

Akaratlagos vállbénulások és a munkásbalesettörvény czimen *Brissaud* és *Moutier* közöl tapasztalatokat. A szerzők abból indulnak ki, hogy ha valaki suggerálást elfogad, akkor akarja azt, a mire suggerálva van. Minthogy pedig a hysteriás tünetek suggerált tünetek, így ha valaki hysteriás bénulásba esik, ez azt jelenti, hogy az illető akarja ezt a bénulást „és sok esetben, különösen mióta a munkásbaleseti törvények fennállanak, határozottan akarja."

A munkásbalesettörvény óta szaporodnak az ilyen esetek, és minél több érdeklődéssel és buzgósággal foglalkozunk ezekkel a betegeinkkel, annál súlyosabbá teszszük a helyzetet. Különösen ártalmas a villamozás és massage, mert addig gyógyulás nem lehetséges, mig az orvos azzal suggerálja a beteget, hogy még van rajta valami masszálni vagy villamozni való. *Az egyedüli helyes psychés kezelés az, ha minél előbb rendezzük a beteg pörét.*

A baj rendesen jelentéktelen trauma után kezdődik, a sérült lapoczkatáji fájdalmakról panaszkodik és hogy azt kikerülje, nyugalomba helyezi scapulohumerálos izületét úgy, hogy abban semmi mozgást nem végez. Sajátságos ez a „petyhüdt" bénulás, a melyben az izom nem sorvad és a látszólagos petyhüdtség ellenére passiv mozgatáskor váratlan ellenállás támad. Később a fájdalom eltünik, néha foltos tapintásérzés bénulás jön a helyébe. A törzs a beteg oldal felé hajlik, az emlőbimbó a kóros oldalon mélyebben áll, az egészséges váll felemelkedik, hogy az ellentét a beteghez képest feltünőbb legyen. A fej egyenesen áll, mert a nyaki csigolyák az ellenkező oldalra görbülnek. A szerzők egy betegük fényképét közlik és mellé állítják egy egészséges ember képét, a ki ezt a vállbénulást utánozza. A kettő között nincs különbség. Ez mutatja, hogy ez a hysteriás bénulás csakugyan olyan, hogy akaratlagosan előidézhető. (Presse médicale, 1906. ápr. 21.)

A Basedow-kór gyógyításáról *Eulenburg* tapasztalatait a következőkben közli. Minden gyógyszernél többet érnek a diaetás és physikai eljárások, a hizlaló kúra, a magaslati helyen való tartózkodás. Nagyon sokat ér az enyhe hydrotherapia. Ki kell emelni, hogy a 10° C. hűtőcsövek a szíven a digitalist pótolni tudják. Csak suggeráló hatása van a villamozásnak, a villamos fürdőnek és az újabban felkapott elektromagneses kezelésnek is.

A gyógyszerek közül az általános erősítők, a vas, arsen jók lehetnek, szívelégtelenség kifejlődésekor néha digitalis és strophantus szükséges. A protylin jó mint tápláló szer, de az a specfikus hatása nincs, a melylyel Kocher fel akarja ruházni.

A pajzsmirigyelmélet alapján, nevezetesen a dysthyreoidatio szerint kisérleteztek azok, a kik a megromlott pajzsmirigyváladékot normális pajzsmirigygyel akarták pótolni és ennek megfelelően jodothyrint adtak. Ezt a szert sokan dicsérték, de mások, a kik viszont nem a dys-, hanem a hyperthyreoidatio elvén állanak, határozottan rossz eredményekről számolnak be. *Eulenburg a Möbius-féle antithyreoidint is alkalmazta.* Ez a szer rendkivül drága, a mi elvégre nem volna baj, ha többet érne, mint a mennyit a régi készitmények érnek. *Eulenburg* az antithyreoidinnal 6 kiválasztott esetet kezelt hosszú időn át. Volt közte könnyü kezdeti és előhaladott súlyos eset is, de *nem tudott meggyőződni valami typusos specifikus hatásról.* A 6 eset közül háromban kisebb lett a struma, háromban változatlan maradt. Noha a struma kisebbedett, a „cardiovasculáros" tünetek és a többi kórjelenségek semmit sem, vagy nagyon keveset változtak. Nevezetesen az egyik esetben átmenetileg csökkentek ezek a kóros jelenségek, de később a szer további alkalmazása ellenére meglehetős erővel kiújultak. Egy betegen a tachycardia növekedett, a szívműködésben nagyobb fokú rendetlenség állott elő, a dyspnoe fokozódott épen a *Möbius*-féle szer alkalmazása alatt. *Eulenburg* háromszor 10 cseppel kezdte a kúrát, harmadnaponként háromszor 5 cseppel növelte az adatot 3×40 cseppig, azután ugyanigy haladt lefelé. Erre szünet következett, mely után hosszabbb ideig 3×20 csepp adattal folytatódott a kezelés. Kellemetlen mellékhatás egyszer sem nyilvánult.

Eulenburg a Jaboulay-féle sympathicus-nyújtásról vagy nyaki sympathectomiától nemcsak nem vár eredményt, de ezeket az eljárásokat egyenesen károsaknak mondja.

A strumectomia csak kivételes, különösen heves helyi tünetekkel járó esetekre szorítkozzék. Eulenburg 40 év alatt észlelt 600 Basedowkór-esetre hivatkozva kinyilatkoztatja, hogy a baj régi belorvostani kezelésével legalább annyira lehet menni, mint a sebészeti eljárással; különösen elitélendő, ha fiatal, nem súlyos betegeken végeznek műtétet, a kik közül nem egy a műtét következtében halt meg. Ezt annyival is inkább meg kell szivlelni, mert ritkaság, ha a Basedow-kóros beteg betegsége következtében elpusztul.

Fontos kérdés, hogy *megengedjük-e a házasságot a Basedow-kóros betegeknek.* A terhesség, gyermekágy, szoptatás többnyire kedvezőtlen befolyású a Basedow-kórra, sőt néha épen ilyenkor támadnak az első tünetek, kivételes esetekben a szülés után azonban javulás állott be. Tekintettel kell azonkivül lenni arra is, hogy a baj örökölhető és hogy a Basedow-kóros családokban sokszor súlyos ideg- és elmebajok fordulnak elő. Ebből következik, hogy régebb idő óta kifejezetten Basedow-kóros leányok férjhezmenését általában akadályozzuk meg. (Die deutsche Klinik, 1906.)

Kollarits Jenő dr.

Gyógyszertan.

Ovogal elnevezéssel új cholagogumot ismertet *Wörner* a „Medizinische Klinik" ez évi 21. számában. Schiff vizsgálataiból tudjuk, hogy a bélből felszívódott epe az epeelválasztást fokozza. Az epének gyógyszerként használata csak azért nem tudott elterjedni, mert az epe, illetőleg a hasonló hatású epesavas sók a gyomorban súlyos zavarokat okozhatnak. Ezért arra törekedtek, hogy az epesavakat olyan alakba hozzák, a mely a gyomron változatlanul halad keresztül és csak a bélben oldódik. A szerzőnek ez olyan módon sikerült, hogy tojásfehérjével hozta

összeköttetésbe az epesavakat. Az így előállított készítmény az ovogal: zöldessárga, gyengén epeszagú, csaknem ízetlen por, a mely vízben és híg savakban nem oldódik. Kutyákon végzett kisérletek mindenekelőtt az ovogal ártalmatlanságát derítették ki, azután pedig kimutatták, hogy epehajtó tulajdonsága van. Az epesipolyon át kifolyt epének nemcsak a mennyisége szaporodik meg ovogal használata után, hanem epesavtartalma is, s ebben különbözik a natrium salicylicum használata után szintén bővebben folyó epétől, a mennyiben ennek epesavtartalma csökkent. Ez a különbség pedig lényeges, mert köztudomású, hogy epesavas sókban bővebb epében a cholesterin, az epekövek fő alkotórésze, jobban oldódik.

A szerző az ovogal használatát javaltnak tartja mindazon esetekben, a melyekben az epeelválasztás hiányossága miatt keletkezett zavarok vannak az emésztésben, továbbá a máj és az epeutak úgy heveny, mint idült hurutjaiban, nemkülönben epekőbetegségben. Az adag késhegynyi vagy kávéskanálnyi, vízben, teában, kávéban, savanykás gyümölcsnedvekben bevéve, többször naponként. A port gyorsan kell lenyelni, mert különben oldódni kezd az alkaliás szájnyálban s ilyenkor kellemetlen keserű íze előtérbe lép. Előnyösnek bizonyult elaeosacch. menth. pip.-vel együtt rendelése (ovogal 40 gramm, elaeosacch. menth. pip. 10 gramm). Nagyon érzékeny egyéneknek ostyában vagy capsulában is adható.

Strauss tanár 18 epeköves betegen használta eddig az ovogalt és eddigi eredményei alapján ajánlja a szerrel való továbbkisérletezést. *Zinn* tanár epekőbetegség 12 esetében tett eddig kisérletet az ovogallal. Különösen érdekes egy esete, a melyben epesipoly volt jelen, s a melyben, épen úgy, mint a kutyákon végzett kiserletekben, határozottan kimutatható volt az epe mennyiségének megnövekedése és benne az epesavas sók megszaporodása.

Venereás bántalmak.

A syphilis prophylaxisáról. A párisi Acadméie de Médecine május 8.-i ülésén Metschnikoff újabb közlést tett a syphilis megelőzésére vonatkozó vizsgálatairól (lásd O. H. 1906, 498. o.). Addigi kisérleteinek tudvalevően az volt a főeredménye, hogy a syphilis virusát el lehet azzal pusztítani, hogy a fertőzött helyet lehetőleg rövid idővel a fertőzés után calomel-kenőccsel dörzsöljük be. Majmokon (13 eset) olyan biztos eredményt ért el ezzel, hogy kisérleteit ki merte terjeszteni az emberre is. Egy végzett orvosnövendék, a kinek sohasem volt syphilise, ajánlkozott e czélra. Február 1.-én Metschnikoff beoltotta e fiatal embert a sulcus coronarius glandisban syphilitikus virussal, még pedig baloldalt egy egyhónapos kemény fekélyből valóval, jobboldalt pedig egy 9 naposból valóval. Egyidejüleg beoltotta mind a két anyagot négy macacus-majomba is. Egy órával a fertőzés után a fiatal emberen s a négy majom közül egyen a fertőzött helyeket bekente 10 gramm calomelből és 30 gramm lanolinból álló kenőccsel. 20 óra mulva a kenőcsöt még egy másik fertőzött majmon is alkalmazta; két inficiált majom kezeletlenül maradt. A fiatalember s az első macacus sebe pár nap alatt nyom nélkül begyógyult, s rajtuk 3 hónapi megfigyelés alatt a syphilis nyoma se mutatkozott, míg a 20 óra mulva bekent s a másik két majmon néhány hét mulva jellegzetes sanker fejlődött ki. Metschnikoff megemlíti még, hogy őt magát is megkarmolta egy syphilissel fertőzött majom, s hogy meggyőződése szerint csak annak köszönheti, hogy ment maradt a syphilistől, hogy a sebet azonnal bekente calomel-kenőccsel. (Lancet, 1906. máj. 19, 1436. l.)

A syphilis serumtherapiájával foglalkozott *A. Risso* és *A. Cipollina* (Genua). E kérdést már többen tanulmányozták, de határozott eredmény nélkül, noha a vizsgálók egy része positiv adatokat említ. Igy többen említik, hogy oly állatok vérsavója, melyeknek szervezetébe syphilises anyagot deponáltak, bizonyos befolyást gyakorol a lueses nyilvánulásokra. A vérsavó állítólag még oly esetekben is sikerrel adható, a melyekben a kéneső-kezelés eredménytelen volt. A szerzők kisérleteiket 1904-ben kezdték és összesen 34 betegre vonatkoznak. Az adatokból kiderül, hogy az első 16 syphilises beteget kutyaserummal kezelték, a melyhez véralakelemek is voltak keverve. A többi 18 esetben a gyógyító befecskendezésekhez kutya-, szamár- és kecskevérsavót használtak. Az első sorozat betegei között 2 tertiaer syphilises egyén is volt; a második sorozatban secundaer és tertiaer lueses betegek, valamint parasyphilises bajokban szenvedők kerültek kezelés alá. Megjegyzendő, hogy a második sorozatbeli betegek csakis tiszta vérsavót kaptak. A szerzők következetes és hosszantartó befecskendezésektől jó eredményeket láttak. Igy secundaer syphilises 5 egyén közül, kiknek tünetei teljesen elmultak, 3-on recidiva mindezideig nem jelentkezett, míg a másik 2-n, a kik az injectiokat nem kapták elég hosszú időn át, később recidiva támadt. A vérsavó gyors hatású, a secundaer tünetek olykor már az első befecskendezés után javulnak. A rendes adag 1—3 cm^3, de a szerzők olyan papulosus kiütésről is tesznek említést, a mely már $^1/_2$ cm^3-es adagokra is elmult. De nemcsak a secundaer tünetek gyógyulnak meg, hanem a gummás elváltozások is, sőt még bizonyos parasyphilises bántalmak eseteiben is észlelhető a jó hatás. (Archiv f. Dermatol. u. Syphil. 79. k. 1. f.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Califig elnevezéssel egy újabb hashajtó készítmény kezd tért hódítani. A califig összetétele a következő: decoctum fici californiensis 45 rész, syrupus aromaticus 30 rész, extractum sennae liquidum 20 rész, elixirium caryophyllorum compositum 5 rész. A tulajdonképeni hatóanyag a sennakivonat, a melyet azonban bizonyos eljárással fájdalomkeltő hatásától teljesen megfosztanak. A californiai füge különben talán szintén bir némi hashajtó hatással. A califig sötétbarna, kellemes ízű és szagú folyadék. Egyszeri bőséges székletét elöidézésére $^1/_2$—1 evőkanálnyi veendő be; gyermekeknek 1—2 kávéskanálnyit adunk. Habituális obstipatio eseteiben naponként 1—2 kávéskanálnyit használtatunk, legczélszerűbben este a lefekvés előtt. A califignek nincsenek zavaró mellékhatásai; gyomorbajosok és nagyon érzékeny egyének, valamint gyermekek is kivétel nélkül szívesen veszik. A bélürülés 6—8 óra mulva következik be, nagyobb adagok használata után már 2—3 óra mulva. A califig nemcsak a vastagbelet, hanem a vékonybelet is kitisztítja. Nagy előnye — a mint azt *Kölbl*, a ki kiterjedten használta, kiemeli —, hogy nem okoz medenczebeli congestiót s azért terhesek is bátran használhatják. (Wiener medizinische Presse, 1905. 33. szám.)

A Riedel-féle yohimbint mint aphrodisiacumot jó eredménynyel használta *Topp*, a mennyiben 10 eset közül 8-ban gyógyulást, 2-ben pedig javulást látott bekövetkezni. Naponként 3—4 tablettát adott. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1906. 10. szám.)

A stypticint a méhből és a méhfüggelékekből eredő vérzések ellen nagyon ajánlja *Nigoul*. Kiemeli, hogy a szervezetre nézve veszélytelen, a gyomrot nem támadja meg és hogy eléggé kifejezett fájdalomcsökkentő hatása is van. (Concours médical, 1906.)

Gégegümőkór eseteiben *Hamm* csak azokban az esetekben végez operativ beavatkozást, a melyekben remélni lehet, hogy ily módon minden kóros eltávolítható. Kezdődő esetekben a Schmidt-féle szer belégzésétől látott jó eredményt: 10 rész perubalzsamból és 5 rész borszeszből álló keverékből naponként 3-szor 15 cseppet önt forró vízbe vagy kamillateába és a gőzöket papirtölcséren át belégezteti. (Therapeutische Monatshefte, 1905. 7. f.)

Paronychia ellen *Colley* a Bier-féle pangásos vérbőséget ajánlja, a melyet azonban lehetőleg jókor kell igénybe venni oly módon, hogy az illető ujjra rugalmas szalagot alkalmazunk oly szorosan, hogy az ujj vége megkéküljön; egy idő mulva rövid időre leveszszük a szalagot s újból alkalmazzuk. Ezen kezeléssel kezdődő esetek nehány óra alatt meggyógyíthatók. (Ref. Mediz. Klinik, 1906. 14. szám.)

Peru-balzsam okozta mérgezés. *Richarz* egy scabieses betegről tesz említést, kinél 10%-os peru-balzsam-kenőccsel való 3-szori bedörzsölés után nehány napra súlyos heveny vesegyuladás támadt, melyben a beteg uraemia tünetei között rövidesen el is pusztult. Bonczoláskor heveny vesegyuladást találtak. A peru-balzsamnak nagy kiterjedésű bőrfelületen való alkalmazása tehát óvatosságot igényel. (Münch. med. Woch. 1906. 19. sz.)

Vegyes hirek.

Kinevezés. *König Endre* dr.-t az esztergomi közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Új törvényszéki orvosok. A Budapesten és Kolozsvárott megtartott törvényszéki orvosi vizsgálatok alkalmával a következők kaptak törvényszéki orvosi képesitést: *Mann Ábrahám* dr. aradmegyei közkórházi másodorvos; *Schwartz József* dr. nagyszebeni gyakorló orvos; *Szentpétery Bálint* dr. kézdivásárhelyi körorvos; *Kupferschmidt János* dr. nagyszöllősi közkórházi osztályorvos; *Ötvös József* dr. budapesti kir. törvényszéki fogházorvos.

Grünwald Mór dr. királyi tanácsos fürdőorvosi gyakorlatát Szliácson újból megkezdette.

Kortsák Antal dr. fürdőorvosi működését Vízaknán megkezdette.

Új kórházak Szegeden. A szegedi egészségügyi bizottság két új kórháznak a szükségességét állapította meg és mondotta ki. A bizottság elfogadta és magáévá tette az új ragály- és járványkórház terveit, a tiszti főorvos által ajánlott bővitésekkel együtt. A heveny fertőző kórházat ragályos betegek számára egyelőre harminczkét ágyra rendezik be, a járványkórházat pedig, a mely a járványos betegek tömegét fogadja majd be, egyelőre negyven ágygyal látják el. A járványkórház telepén megfigyelő osztályt is rendeznek be, egyelőre tiz ágygyal. Ezek a telepek a fertőtlenitő intézet közvetlen közelében fognak létesülni.

Megjelent. *Donogány Zakariás* és *Lipscher Sándor:* Magyar orr- és gégegyógyászati bibliographia és repertorium 1903-ig. Budapest, 1906. — *Falta Marczel:* Gyakorlati útmutatás a trachoma gyógyitásában. Budapest, ifj. Nagel Ottó kiadása. — *M. Falta:* Trachomtherapie in der verseuchtesten Gegend Ungarns. Berlin, S. Karger.

Meghaltak. *Allard* dr., az anatomia tanára Grenoble-ban. *Guerassimovics*, a szerb hadsereg egészségügyi osztályának főnöke.

A budai Erzsébet-sósfürdőt május 24.-éig 245 beteg használta.

Pőstyénben május 25.-éig 1462 vendég tartózkodott.

Lipiket május 24.-éig 625 fürdővendég kereste fel.

Kisebb hirek külföldről. *Henneberg* és *Seiffer* berlini idegorvosok a tanári czimet kapták; hasonló kitüntetésben részesült a berlini kórboncztani intézet segédje, *Neuberg* dr. — Czerny tanár utódjává a heidelbergi sebészeti tanszékre *Garré* boroszlói tanárt hivták meg. — *Rummo* palermoi tanárt a nápolyi egyetemen a belorvostan tanárává nevezték ki. — A londoni Royal College of Surgeons a 2400 K.-ás Walker-dijat Jensen kopenhágai tanárnak itélte oda a rákról irt dolgozataiért, a Jackson-dijat pedig Elmslie dr.-nak a csontok elferdüléseiről irt munkájáért. — Szt.-Pétervárott ápr. 18.-án nyitották meg az orvosok továbbképzésére szolgáló Helena-Pawlowna-nagyherczegné intézet kórboncolástani osztályát. — Heidelbergában május 12.-én leplezték le az anatomiai intézet előcsarnokában Gegenbaur, a néhány év előtt elhúnyt nagy anatomus mellszobrát. — Lipcsében csak a jelen félévtől kezdve iratkozhatnak be nők mint rendes hallgatók az egyetemre, de csak abban az esetben, ha németországi érettségi bizonyítványuk van. Különös, hogy fenntartották a tanárok azon jogát, hogy előadásaikra nőket ne bocsássanak, a mely vetojoghoz azonban minden egyes esetben a minisiterium hozzájárulása szükséges.

Adamkiewicz tanár, a cancroin nevű állitólagos rákspecificum feltalálója a Merck-féle chemiai gyárat szerződésszegés czimén bepöröltte, mert nem teljesitette a cancroin gyártása és forgalomba hozása tárgyában kötött egyezséget. Adamkiewicz csak 250,000 márkát követel! A tárgyalást elhalasztották, mert szakértők meghallgatása mutatkozott szükségesnek.

Miben halnak meg az orvosok leginkább? A Medical Times szerint 1905-ben az amerikai Egyesült-Államokban összesen 2045 orvos halt meg, az összes orvosok (215,000) 16·36%-a. Hogy milyen izgalmas pálya az orvosi hivatás, az kitünik abból, hogy a halálokok közt első helyen állanak 202 esettel a különböző szivbajok. Utánuk következik az agyvérzés 153 esettel. Tüdőgyuladás 141, gümőkór 102, vesegyuladás 100, végelgyengülés 80, baleset 72, öngyilkosság 46, hagymáz 41, daganat 34, vérmérgezés 28, féregnyúlványgyuladás 27 esettel, stb. szerepel.

Az ólomfehér gyártásának betiltása Francziaországban. Egy párisi napilap nemrég nyilvános meetinget rendezett az ólomfehér gyártása ellen. A gyülést a Trocaderoban tartották Dieulafoy elnöklésével s Brouardel és más orvosi előkelőségek jelenlétében. Az előadó Mosny volt, a ki beszédében kiemelte, hogy kórházi osztályán, bár csak 60 ágyból áll, évenként átlag 23 esete fordul elő az ólommérgezésnek. Leirta, hogy milyenek a lappangó ólommérgezés tünetei, a melyhez az ember észrevétlen juthat a falak mázolására használt festék stb. útján s kifejezte, hogy milyen praeventiv intézkedések volnának szükségesek az ilyen esetek megelőzésére. Francziaországban törvény szabja ugyan meg, hogy ólomfehér helyett egyes külön megjelölt ipari ágakban az ártalmatlan zinkfehéret kell használni, de a zink nagyobb ára miatt ez a törvény eddig csak irott malaszt maradt. Mostanában törvényjavaslat van a senatus előtt, miután a parlamenten már átment, mely teljesen betiltja az ólomfehér használatát és gyártását, de a mely négy évet enged a gyárak tulajdonosainak üzemeik beszüntetésére.

A csiga mint élelmiszer. Míg a csiga nálunk az inyenczek kiváltságos delicatesse-e, addig Francziа- és Spanyolországban valóságos népeledel, a mit physiologiai szempontból csak helyeselni lehet, mert a csiga kellőkép elkészítve igen tápláló és izletes eledel. Francziaország csigaszükségletét Burgundia, Champagne és Lotharingia szolgáltatja, hol a szőlőkben szedik őket össze. Nem minden helyről összeszedett csiga használható, mert ismeretes, hogy a csigák mérges növényekkel is táplálkoznak; azért ölik le a csigákat Francziaországban mindig csak pár nappal az összeszedésük után. A csigák szilárd alkotórészeiben közel 90% a fehérje, mely körülbelül megemészthető, továbbá 6% a zsír és 4% a szervetlen sók mennyisége. Az osztrigánál 100%-kal táplálóbb a csiga.

Az elcsavarható fejű ember. A prágai német orvosegyletben Fischel A. dr. 32 éves artistát mutatott be, a ki fejét 180°-nyira hátra tudja fordítani, olyannyira, hogy az álla a gerinczoszloppal egy vonalba esik. A válla magasságáig aktive mozgatja fejét, azon túl csak passive a két kezének segitségével. Minthogy csak pár pillanatig állja ki ezt a „nyakatekert" helyzetet, Röntgen-felvételt nem lehetett róla készíteni. Kétségtelen, hogy a bámulatot keltő mutatvány magyarázatát első sorban a fejizületek s nyakcsigolyák közti összeköttetések szalagjainak és iztokjainak lazasága, valamint a nyakizmok rendellenes nyujthatósága adja meg. Vannak egyének, a kiknek már születéstől fogva igen lazák az izületeik. Ilyen egyén lehet az illető artista is; a veleszületett dispositio alapján ezután gyakorlat útján láthatta el a fejének bámulatos elcsavarhatóságát. (Verein deutscher Ärzte in Prag 1906. jan. 19.)

Lapunk mai számához a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég Thigenol és Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Isoform prospektusai vannak csatolva.

A mellékvesekészitmények terjedésének eddig nem jelentéktelen akadálya volt ezen készitmények aránylag magas ára; a 30 gm.-os Tonogen suprarenale Richter ma is 5 korona, a 15 grammos 3 korona. Az által, hogy a Richter-féle laboratorium legújabban **5 grammos üveget is hozott forgalomba s annak árát 1 koronában szabta meg,** a legszegényebb számára is rendelhetővé vált ezen gyógyanyag. (Rp. Tonogen suprarenale Richter, lagen orig. minim. gm. 5·0.)

Olvasóink szives figyelmét felhivjuk **Hoffmann Miklós** magánmérnök Budapest VI., Teréz-körút 35 (Telefon 96—96) amerikai rendszerű **hygienikus központi légfütésére** egycsaládos házak, villák, **sanatoriumok, gyógytermek, kórházak,** templomok, iskolák, óvodák részére. Tiszta, pormentes, kellően nedvesitett levegő. Tervekkel, költségvetésekkel és közelebbi felvilágositással szivesen szolgál a fentnevezett czég.

Physiologikus sókeverék ivógyógymódhoz, 20 napi adag 3 kor. Zoltán gyógyszertár, Budapest, V., Szabadság-tér.

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

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.

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.

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

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek számára. Mérsékelt árak. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató ülés 1906. február 14.-én) 603. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület orr és gégegyógyászati szakosztálya. (III. rendes ülés 1906. márczius 27.-én.) 603. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (II. szakülés. 1906. február hó 3.-án.) 604. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 604. l.

Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1906. február 14.-én.)

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

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Lengyel Lajos és Körmöczi Emil tagtársakat.

A lyssánál előforduló Negri-féle testecsekről.

Orsós Ferencz. Előadó az 1903—1905. évben a szt. István-kórház prosecturájában és nagyobbrészt az I. sz. kórboncztani intézetben bonczolt 8 lyssaesetnek kivált a Negri-féle testecsekre vonatkozó vizsgálatáról számol be.

A 8 eset közül egynek csupán gerinczagya és egynek csak gerinczagya és nyaki csigolyaközti duczai kerültek vizsgálatra. Valódi Negri-féle testecsek az említett részekben nem találtattak. A csigolyaközti dúczokban a van Gechuchten- és Nelis-féle elváltozások, különösen a sejtburjánzás nagy foka volt látható. Egy harmadik esetben — fején harapott 2 éves fiú — sem a központi, sem a peripherikus duczsejtekben nem voltak Negri-féle testecsek találhatók; csak a Purkinje-féle dúczsejtekben volt nehány gyanús alak.

Egy középkorú férfi és egy 40 éves (jobb hüvelykujján harapott) asszony kis- és nyúltagyában gyéren akadt egy-egy látótérben nehány Negri-testecs, az utóbbinak csigolyaközti dúczaiban azonban elég nagy számban. A 3 utolsó lyssás — 6 éves leány, 21 éves és 27 éves férfi — kisagyának Purkinje-féle sejtjeiben igen sok, akár 7—8 μ nagyságú Negri-féle testecs volt található; némelyikben akár 4—5 a nagyobbakból és több apróbb is. Kevesebb volt a 6 éves leány csigolyaközti duczaiban és még jóval kevesebb mind a három esetben az Ammon-szarvban, a nyúlt agyban és csak igen kevés az agykéregben. A gerinczvelő nehány metszetének vizsgálata negativ eredményű volt. A Negri-félékhez igen hasonló göböcskék a 21 éves férfi kisagyának magvas rétegében is voltak találhatók.

A központi idegrendszer egyes részeinek nagyobb sejtjeiben, kivált azonban a csigolyaközti dúczok dúczsejtjeiben, vázában és rostos tokjában részint egyenként előforduló, részint szederalakban csoportosult eosinophil-göbcséket, melyeket időközben Pace már leirt, az előadó határozottan a sárga pigment egyik alakulatának, esetleg előstadiumának tartja; igazolja ezt közös elhelyeződésük, továbbá az átmeneti és vegyes alakok bő előfordulása. A lyssához ezen göbcséknek semmi közük. Különféle bajokban elhalt egyének kórosan elváltozott és ép idegrendszerében is igen nagy számban találta azokat az előadó, sokkal bővebben és gyakrabban, mint Pace, kivált a csigolyaközti dúczokban. Ezen eosinophil testecseket eddig már sokan a Negri-féle neurocytozon fiatal alakjainak tartották. A valódi Negri-féle testecsek az említettektől alakjuk, helyük, az egész sejttestben való előfordulásuk és az által különböznek, hogy a Mann-féle festésnél nem élénkpirosra, hanem halvány biborvörösre vagy ibolyásra festődnek.

A 21 éves férfinál az előadó a mandulák erős duzzanatát, s a lágyszájpad sejtes beszűrődését és nyálkamirigyeinek tönkremenését észlelte. Az elpusztult nyálkamirigyeket kitöltő, a Weigert-féle rostonya-festéssel erősen festődő, habos szerkezetű anyagban felette apró, erősen fénytörő szemcsék és akár 3 μ hosszú, nehezen festődő pálczikák voltak láthatók, fontosságot azonban az előadó nem tulajdonit nekik. A mandulák egész vázában számos streptococcuslánczot és kevés igen vékony fusiformis bacillust talált. Az utóbbiak, valamint a nyálkamirigyekben észlelt pálczikák itt-ott az érfonatban is fel voltak lelhetők. A tonsillák és a lágyszájpad leirt elváltozása az utolsó két esetben is megvolt, de jóval kisebb fokban. Feltünő volt az első esetben a hyalin-szemcséket tartalmazó sejtek bősége a lágyszájpadban.

A Negri-féle testecsek parasitaer szerepének eldöntése az eddigiek alapján nem lehetséges. Szerkezetük, nagyságuk, környezetük relativ épsége, a lyssa virusának átszűrési kisérletei és egyéb okok inkább a mellett szólnak, hogy a nevezett testecsek elfajulás termékei, de mivel azokat eddig csak lyssa eseteiben és igen gyakran találták, a lyssa gyors megállapításánál értékesithetők.

Carcinoma recti műtett és gyógyult esetei 27 és 29 éves egyénen.

Berger Gyula. K. K. 27 éves erőteljes vasúti alkalmazott 1905. decz. 15.-én jelentkezett Hültl magántanár szt. István-kórházi osztályán azon panaszszal, hogy kb. 7 hónap óta végbelében igen erős fájdalmakat érez, melyek a czomb és keresztcsont felé kisugároznak; széke csak hashajtóra van, s akkor is mindig apró vékony darabokban távozik tőle. Véres széke nem volt soha; keveset soványodott. Felvételekor azt találtuk, hogy a végbélben az anus felett kb. 5 cm.-nyire egy a lument ujjnyira megszakitó körkörös, kemény, dudoros, felhányt szélű daganat foglal helyet, a melynek felső széle elérhető s eléggé mozgatható.

Mindenek szerint egy operabilis végbélcarcinomával állottunk szemben. A műtétet Hültl megbizásából 1905. deczember 19.-én chloroform narcosisban végeztem. Az os coccygis és részben a sacrum resectioja s körülirása után felszabaditottuk a rectumot, s ekkor kitünt, hogy a mesorectum már fixálva van a sacrumhoz, minek következtében a rectum nem volt lehuzható. Ezért a Pólya dr. által leirt műfogáshoz folyamodtunk, t. i. a peritoneumot megnyitottuk, felnyúltunk a sigmakacsért, azt lehúztuk, s két klammer közt átvágtuk. Most a distális csonkot felülről lefelé felszabadítva és lekötve, a mesorectumot könnyen tudtuk eltávolitani a tumorral együtt. Ezután sacralis anust készítettem a rectum mérsékelt csavarásával.

A beteg a műtétet igen jól állotta ki, majdnem teljesen láztalan lefolyás mellett gyógyult, s jelenleg már egészen jól érzi magát, székét is elég jól vissza tudja tartani. Jelen esetben a végbélcarcinoma 27 éves, aránylag fiatal egyénen támadt, s ezelőtt 6 nappal ugyancsak carcinoma miatt egy 29 éves férfiún végeztem Kraske-műtétet, a ki ugyan egészen jól érzi magát, de még nem mutatható be, s egy 30 éves egyén is észlelésünk alatt áll végbélcarcinomával, ki legközelebb műtétre kerül.

Nem tartozik tehát a ritkaságok közé a fiatal korban keletkező carcinoma, a mint azt ezen esetek bizonyitják.

(Folyt. következik.)

Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(III. rendes ülés 1906. márczius 27.-én.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Zwillinger Hugó.**

Steiner M.: Az orr melléküregbántalmainak aetiologiájához (ozaena). Eredeti közleményeink során egész terjedelemben hozzuk.

Navratil Dezső: Nem tapasztalta, hogy az empyema és az ozaena között összefüggés volna. Ezeket egymástól független megbetegedéseknek tartja. Abellel azt mondja, hogy ozaena eseteiben a nyálkahártya szigetenkénti megbetegedése van jelen, a melyet egy tokos bacillus okoz. Maga a szag és a sorvadási folyamat nem elegendő az ozaena diagnosisához, hanem a tokos bacillus kimutatását is szükségesnek tartja.

Baumgarten Egmont: Genuin ozaenát csak akkor vesz fel, ha melléküregmegbetegedést nem talál. Az empyemával együtt előforduló eseteket pseudoozaenának nevezi. Ha az ozaena empyemával van összefüggésben, akkor az empyema gyógyulásával az ozaena is gyógyul. Van rá eset, hogy az ozaena és az empyema egymástól függetlenül, együtt fordul elő, viszont lehetséges az is, hogy sorvadásos folyamat idéz elő empyemát. Tokos bacillus empyemánál, sőt egészséges orrban is található.

Donogány Zakariás: A tokos bacillus majdnem minden genyedő orrfolyamatban megtalálható. Nehéz egymástól elkülöniteni a Friedländer-, a scleroma- és az ozaena-bacillusokat. Az empyema okozta sorvadásos folyamat nem gyógyul, ha mélyre terjed, az empyema gyógyulásakor sem.

Steiner M.: Az Abel-féle bacillus szerepe az ozaenánál mind inkább háttérbe szorul. A többi hozzászólásra pedig kijelenti, hogy az ozaenának csak egy részét tartja empyemából származottnak.

Zwillinger Hugó: Tabeses gégeizom- és inyvitorlahűdés esete. A beteg tabeses jobboldali posticushűdésben, baloldali internushűdésben és ezen gégeizomhűdésekkel egyidejűleg inyvitorlahűdésben is szenved s ez utóbbi complicatio az, mely esetemet érdekessé teszi. Az utolsó statistikai kimutatás szerint, mely Dorendorftól ered, s Gerhardt klinikájának 245 tabesban szenvedő betegét felöleli, azt mutatja, hogy 38 esetben, tehát 15½ százalékban voltak jelen gégebeli elváltozások s ezek közül egy esetben mindkétoldali recurrens-hűdés mellett jobboldali inyvitorlahűdés is volt jelen; esetünk tehát, melyben az inyvitorlahűdés mellett az arczizmok motorius beidegzése rendellenességet nem mutat, a ritkábbak közé tartozik.

Az inyvitorla beidegzését sok anatomus a facialisból eredőnek nyilvánitja és pedig úgy, hogy a facialisrostok a n. vidianuson át, mely áll a n. petrosus profundus és a n. petrosus superficialis majorból, a ganglion spheno-palatinumba kerülnek, melyből a n. palatini posteriores kiindulnak, melyek a mm. levatores veli palatinit, és a m. azygos uvulaet beidegezik, míg a tensor veli palatinit a trigeminus (masticatorius) látja el. Ezen felvétel ellen szólanak azonban az állatkisérletek; úgy ezek, mint a klinikai megfigyelés is azt bizonyitják, hogy a velum beidegzése a vagusból, illetőleg accessoriusból ered. Gowers, Oppenheim, Réthy és Hoffmann vizsgálatai mutatják, hogy a facialisnak az inyvitorla beidegzéséhez semmi köze nincsen.

Tény az, hogy nem komplikált facialishűdés eseteiben inyvitorlahűdés nincsen, míg hangszalaghűdés inyvitorlahűdéssel komplikálva gyakoribb, mint azt Avellis vizsgálatai és Dorendorf megfigyelései is bizonyitják.

Betegem kórtörténete, melyből csak a főbb pontokat kivánom kiemelni, röviden a következő:

M. K., 39 éves, asztalos, 1906. február 27.-én jelentkezett az osztályon tabes kórismével, melyet 1902-ben Sarbó állapitott meg; 15 év előtt luetikus infectio, antiluetikus kúra, hosszabb ideig crises gastriques; most a tabes ataxiás stadiumának minden tünete megvan. Arról panaszkodik, hogy hetek óta nyelni csak nehezen tud, nyelés közben köhögni kénytelen, az étel és ital az orrán át távozik evés közben s ezért nagyon legyöngült, azt is tapasztalja, hogy néhány hét óta nehezebben légzik és kissé rekedt. A pupillák szűkek, mozdulatlanok, decoloratio n. optici, az arcz izmainak mozgathatósága rendes, az articulatio rendellenességet nem mutat, az érverés 100, a nyelv rendes, az izlelés zavartalan, az inyvitorla és hátsó garatfal közti távolság nagy, különösen a bal oldalon nagyobb, mozgatáskor a jobb fél visszamarad, majdnem mozdulatlan, csak a bal félen észlelhető összehúzódás, az uvula nem deviált, az érzékenység rendesnek látszik. hangja rekedt, gyors járáskor légvétele nehezített. A jobb hangszalag a középvonalban majdnem rögzített, belégzéskor nem mozdul kifelé, széle kissé excavált, hangoztatáskor a jobb kanaporcz befelé csekélyebb mozgást végez, kissé befelé lóg, miáltal a jobb hangszalag csekély mértékben rövidebbnek is látszik, mint a bal. A bal fél kitérései rendesek, a bal hangszalag, a musculus vocalis hűdött, hangoztatáskor a bal hangszalag nem feszül meg, a glottis elliptikus marad, és pedig oly formán, hogy az elülső és bal szára sokkal concavabb, mint jobb oldalt, a transversus működése rendes. Ez esetben is beigazolást nyer tehát a Semon-Horsley-féle törvény, és Risien Russel s mások vizsgálatainak eredménye, a mennyiben a posticushűdés a leggyakoribb s a posticus az első hűdött gégeizom; hogy miért van az, hogy a posticushűdés oly soká, évekig áll fenn, s a recurrenshűdés, ha egyáltalában van, oly lassan következik be, az ezideig még nincsen tisztázva. A kétoldali recurrenshűdés és az egyedülálló internushűdés tabesnél pedig ritka. A légzési zavar és a hang elváltozása esetünkben a gégetükör-leletből könnyen magyarázható. Ismeretes, hogy gégeizomhűdéseket a tabes praeataktikus szakában is észlelték, s nem ritkán első symptomái ezek a tabesnek.

Hogy esetünkben mióta áll fenn a hűdés, nem volt megállapitható. Az ingerlékenység inkább fokozódottnak látszik, a mennyire ez egy kevéssé intelligens emberen megállapitható. Gégekrisisek nem voltak. A sternocleidomastoideus és a rekeszizom működése rendes. Felemlítendők Grabowernek tabetikusokon már régebben tett vizsgálatai, melyek alapján sikerült bebizonyitani boncztanilag és klinikailag is, hogy a gége motorius beidegzése tisztán a vagusból ered.

Hogy középponti vagy környéki hűdés van-e jelen, mint azt épen tabeses hűdések eseteiben boncztani vizsgálataik alapján számosan felveszik, ez eset kapcsán nem dönthető el, hisz még azon esetekben sem sikerül ez mindig, ha a boncztani készitménynyel rendelkezünk s ezt pontos górcsövi vizsgálatnak vethetjük alá.

Baumgarten Egmont: Nem tartja eldöntöttnek, hogy a hűdés a tabessel összefüggésben van-e.

Ónodi Adolf: Diverticulum oesophagi Röntgen-képe. A 66 éves férfi baját 10 évre vezeti vissza; orvosok és ő maga is kutaszolta magát. A kutasz 23 cm.-nyire a fogsortól a diverticulumba jut. A bismuthos darával megtöltött diverticulum a Röntgen-képen a mellkas bemenetén van elhelyezve, baloldalt lúdtojásnyi kiterjedésben. A beteg műtétnek nem veti magát alá.

Hozzászól: *Navratil Imre.*

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(II. szakülés. 1906. február hó 3.-án)

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

1. **Markbreiter Irén** bemutatásai: *a)* **Facialis-hűdés**; *b)* **Strabismus esete.**

Hozzászól: *Udránszky* és *Hoor.*

2. **Fabinyi Rudolf** bemutatása: **Hypnosis hysteriás betegen.**

H. B. 18 éves hajadon fél év óta gyakran, a napnak különböző óráiban, hirtelen, még ültében is elalszik. Az alvás 1½—2 óráig tart, s ilyenkor felébreszteni nem tudják. Ha magától felébred, feje erősen fáj. Családi terheltség van az apa részéről. Vizsgálatnál kitünt, hogy súlyos hysteriával van dolgunk. Hypo- és hyperaesthesiás területek a test felületén, gyorsan változó kedélyhangulat, kellemetlen közérzés, szédülés, fejfájás, a szív- és méhtáj erős érzékenysége, vasomotorius zavarok. Az előadó a hypnotikus gyógykezeléssel elég szép eredményeket ért el, a rohamok gyérültek, majd egészen elmúlni látszottak, de nagy lelki felindulások alkalmával ismét előállottak. Hogy sokszori altatással sem tudott tartós gyógyulást elérni, annak az oka, legalább részben, az is, hogy figyelmét a nála mind promptabban sikerülő hypnotikus, de különösen posthypnotikus jelenségek produkálására is igénybe vették.

Sikerrel suggerálta a következőket: bármely mozgás prompt teljesitése, szivműködés gyorsitása és lassitása, menstruatio coupirozása, positiv hallucinatiók, előre bemondott cselekedeteket órák multva végrehajt stb.

3. **Lukács Hugó**: **Hemianopsia-esetet** mutat be.

4. **Veress Ferencz**: **„Az acne juvenilis kezeléséről"** czimen tart előadást.

(III. szakülés. 1906. február 10-én.)

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

1. **Borbély Samu** (Torda): **Cholecystostomia-esetről** referál és bemutatja a beteget.

2. **Makara Lajos** bemutatja azon fiatal beteget, kit az 1905. november 11-i szakülésen Kolozsvári Sándor mint **végbélcarcinomását** már bemutatott. A végbélnyilás fölött 3 cm.-rel, az ampulla recti hátulsó és bal oldalán forintnagyságú, kerek, felhányt és tömött szélű, kifekélyesedett terület. A végbél a környezettel nincs rendellenesen összekapaszkodva. A *carcinoma recti*-diagnosist a rectoromanoskopos vizsgálat is megerősiti. Műtét 1905. november 20.-án. A daganat mélyen kezdődő fekvése miatt a végbélnyilás körülmetszése és bevarrása után az egész végbelet sacrális úton 20 cm. hosszban kimetszették és anus sacralist képeztek. Nyilt sebkezelés, zavartalan gyógyulás.

3. **Veress Ferencz**: *a)* **Gonorrhoea externa** esetét mutatja be. A 21 éves fodrász 1½ évvel ezelőtt gonorrhoeát szerzett, melynek folyamán a penis pars pendulája közepe táján periurethralis tályogja keletkezett, melyet vidéken felvágtak. A metszés azonban nem gyógyult be, hanem folyton genyed. Jelenleg egymástól 1 cm.-nyire fekvő, vékony szondával átjárható, 3 mm. mélységű két menet látható. A húgycsőben csak postgonorrhoeás hurut van jelen, ellenben a két nyilásból kiürülő genyben számtalan intracelluláris gonococcus található.

b) Szép **trichophytia** (herpes tonsurans) esetet mutat be.

4. **Veszprémi Dezső**: **Addison-kór** esetéből származó készitményeket mutat be. Az egészen szivós, heges kötőszövetbe ágyazott mindkét mellékvese teljesen elsajtosodott, a jobboldalinak közepe genyesen ellágyult. Szövettani vizsgálatnál a folyamat gümőkórnak bizonyult, bacillust is sikerült kimutatni. Sehol másutt a szervezetben gümős góczot nem lehetett találni s igy az eset a ritkábban előfordulók közé tartozik.

Hozzászóltak: *Hevesi, Purjesz, Elfer, Udránszky.*

5. **Máthé Gábor**: **Scarlatinás lamellosus hámlás** készitményeit mutatja be.

6. **Purjesz Zsigmond**: **Tüdőlues-esetről** referál.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az endemikus golyva aetiologiájáról érdekes eszmecsere folyt a londoni orvosegylet április 10.-i ülésén *Mc Carrison* indiai orvos előadása kapcsán. A hozzászólásokban általában véve nagy megegyezés nyilvánult meg. Valószinű, hogy az endemikus golyvának valamely mikroorganismus az oka, mely azonban csak a klimának, a talaj geologiai alkatának, a viznek stb. meghatározott feltételei között tud megélni s e mellett hatását is leginkább csak szegény, rosszul táplálkozó, rossz hygieniai viszonyok közt élő lakosságra fejti ki. A golyva csak hegyes vidékeken otthonos s úgy látszik csakis ott, a hol a hegyek mészkőből állanak; az agyagos talaj a kifejlődésére nem kedvező. Gyakran találni golyvás vidékek talajában vaspyriteket is. A golyvá mikroorganismusa a vízben fejlődik ki, s benne szaporodik el; az bizonyos, hogy csakis viz a terjesztője és okozója az endemiának. Berry hozzászólásában esetet hozott fel, hol két szomszédos, de két különböző patak vizét ivó falu közül az egyikben a golyva otthonos volt, a másikban nem; a golyvás falu is megszabadult a bajtól, a mint más patak vizére tértek át a lakosai. A golyvát okozó patakok lefolyását követve, meg lehet állapitani, hogy a viz veszedelmessége mindinkább csökken, minél inkább kiszélesedik a folyó medre, a minek nyilván az a magyarázata, hogy a napfény megöli benne a mikrorganismusokat. Chemiai úton a mésztartalmon kivül a gyanus vizekben egyéb állandó szervetlen vagy szerves alkatrészt nem lehet kimutatni. Mint veleszületett betegség a golyva nem igen fordul elő, de már a csecsemőkön kifejlődhetik. Nők általában hajlamosabbak reá, mint a férfiak, szegények hajlamosabbak, mint jobb módúak. Az, a ki következetesen forralt vizet iszik az inficiált tájékon, elkerülheti a fertőzést. A golyvát megkaphatják a kutyák és egyéb házi állatok is. Olyan tájékok, a hol a golyvát addig nem ismerték, inficiálódhatnak s az endemikus golyva góczpontjává válhatnak. Mc Carrison erre például felhozza az indiai gyarmat északi részén lévő Nagarvölgyet, melyben még 5 évvel ezelőtt hirét se hallották a golyvának. Ekkor egy golyvás család telepedett meg a völgyet vízzel ellátó patak mellett, s ma ama hét községben, a mely mellett ez a patak elfolyik, a lakosság 45·6%-a golyvás. E tapasztalatok kétségtelenné teszik, hogy az endemikus golyva mikroorganismusoktól okozott betegség, mikroorganismusát azonban eddig még nem sikerült kimutatni. (Royal Medical and Chirurgical Society of London, 1906, április 10.)

PÁLYÁZATOK.

Lemondás folytán megüresedett a baglyasaljai bányaigazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázat hirdettetik. — Javadalmazás: 2800 korona évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresitett világitás és január hóban kettős havi fizetés. — A kinevezendő orvos — a mennyiben alapszabályszerűleg akadály fenn nem forog — tagja lesz a társulat tiszti nyugdijintézetének. — A kellően felszerelt kérvények f. évi **julius hó 15.-ig** terjesztendők be.

Északmagyarországi egyesített kőszénbánya és iparvállalat részvénytársulat Társládai elnöksége.

2—2 Baglyasalja u. p. Salgó-Tarján.

Bereg vármegye közkórházánál rendszeresített **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, az orvos személyére első osztályú élelmezés, avagy e helyett a költségvetésben megállapított összeg.

Az 1906. évre lakás- és fűtésváltság díjában 1000 korona, legkésőbb 1907. év május 1.-től a kórház telkén, külön épületben elhelyezett, négy szobából és tágas mellékhelyiségből álló természetbeni lakás, fűtés és világitás.

A kinevezés egy évre ideiglenes történik, melynek elteltével az állás véglegesithető. A véglegesített kórházi tisztviselők kötelezőleg tagjai a vármegyei tisztviselők nyugdijintézetének.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy képesitésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket hozzám **1906. évi junius hó 18.-áig** nyujtsák be.

Beregszász, 1906. évi május hó 30.-án.

Gulácsy István, alispán.

A zemplénvármegyei homonnai közkórháznál lemondás folytán megüresedett és évi 1400 korona fizetéssel javadalmazott **igazgató-főorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz., valamint az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előirt képesitettségüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi junius 16.-ának délutáni 5 óráig** adják be.

Az állás f. évi julius hó 1.-én lesz elfoglalandó.

Sátoraljaujhely, 1906. évi május hó 26. án.

Dókus, alispán.

2900/1906. eln. szám.

Szeged szab. kir. város közkórházához újonnan szervezett **bonczoló orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen bonczoló orvosi állás javadalmazása évi 2000 korona fizetés és 400 korona évi lakbér; a kinevezendő orvos magángyakorlatot folytathat és a szabályszerű szolgálati idő elteltével a t. nyugdijalap részese.

Felhivom mindazokat, a kik a bonczoló orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előirt minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodásukat Szeged város főispáni hivatalához folyó **évi junius hó 12. napjának déli 12 óráig** nyujtsák be. Ezen határidő után elkésve érkező folyamodások figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1906. évi május hó 25.-én.

Lázár György dr., polgármester.

Sz. 642/906.

A m. kir. belügyminister úr f. évi 33,579. szám alatt kelt rendeletével a csikvármegyei közkórháznál rendszeresített **segédorvosi állásra** vonatkozó 8583/905. számú törvényhatósági bizottsági határozatot jóváhagyta s ebből kifolyólag az állásra a pályázatot kihirdetem s felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy a főispáni teendőkkel megbizott vármegyei alispán úrhoz czimzett pályázatukat legkésőbb **f. évi junius hó 25.-éig** alulirott igazgatóságnak megküldeni sziveskedjenek.

Az alapszabályszerűleg előirt kötelességek mellett a segédorvosi állás évi 1400 korona fizetés és teljes ellátással, (1 butorozott szoba lakásul, fűtés, világitás és élelmezéssel) van javadalmazva.

A kinevezés két évre szól, azonban megujitható.

Csik-Szereda, 1906. május hó 25.-én.

2—1 *Veress Sándor* dr., igazgató.

Nagyméltóságú gróf Wenckheim Frigyes úr lébeny-szt.-miklósi uradalmában (Moson vm.) az orvosi állás megürülvén, annak **f. évi augusztus hó 15.-ére** való betöltésére ezennel pályázat hirdettetik az alábbi évi javadalmazással:

Szabad lakás külön udvarral, készpénz 1300 korona, buza 8 hl., kétszer es 12 hl., árpa 4 hl., ó bor 2 hl., keményhasáb tüzifa 30 köbméter, lágyhasáb tüzifa 30 köbméter, kert 600 négyszögöl, tengeriföld 2400 négyszögöl, öreg soványsertés 1 darab.

Pályázók a pályázatukat legkésőbb f. évi julius hó 1.-ig a lébeny-szt.-miklósi uradalmi felügyelőséghez adják be; bizonyitványoknak a másolata kéretik, melyek vissza nem küldetnek. Pályázók bővebb felvilágositásért a fentirt jószágfelügyelőséghez fordulhatnak. 3—1

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

NESTLÉ gyermeklisztje

az egészséges és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka.

Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurouttól és elháritja ezeket.

A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: NESTLÉ Wien I., Biberstrasse 11.

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

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesitett levegő!

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

Telefon 96—96. Telefon 96—96.

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.**

Diabeteserin

legújabb gyógyszer

diabetes ellen.

Irodalom: Dr. M. FRÄNKEL, Berlin (Medizinische Klinik, Wochenschrift f. prakt. Ärzte, 1905. Nr. 55 u. 56).

Eredeti csomagolás, csövek 25 tablettával, gyógyszertárakban kapható à K 2.50.

Irodalom ingyen, kisérleti mennyiség orvos urak számára leszállitott áron.

Fabrik pharmaz. Präparate WILHELM NATTERER, München 2.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

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 mezőgazdaságban. Felvilágositással szivesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Fenséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társasélet.

Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvizgyógymód, villam s fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, gégeés légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.

1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivóvizvezetékkel kitünő édesvizzel.

1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.
Hatása biztos. Beszerzése olcsó.

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész
Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

Téli fürdőkúra
a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Kissingen
elősegíti az anyagcserét.

Rákóczy Maxbrunnen világhírű, gyomor- és bélzavarok, elhájasodás stb. ellen. a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. — Alacsony ára miatt mint **asztali víz** a legszélesebb körök is használhatják, továbbá kapható: kissingeni keserűvíz, kissingeni fürdősó, bockleti aczélforrás. 1651

Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható.
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

DIGESTOL
(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitünő hatású emésztőpor **gyomor- és bélbajoknál.** Az emésztést elősegíti, a székletétet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta ½—1 kávéskanállal, minkenkor étkezés után. Orvosi kitüntetések által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy dobozuak 2 korona.

Készíti **GLÜCK REZSŐ** gyógyszerész, gyógyszertár „a fehér galambhoz".
Budapest, VI., Hungária-körút 93. szám.
Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

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.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak
(ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik
Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.
Poliklinika: VII., Szövetség-utcza 14—16. sz.
Telefon 90—46.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus sós savanyúvíz
A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.
Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRÁK
Gyógyintézet Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett, u. p. Reinswalde Kr. Sagan, Szilézia (azelőtt Nirndorf a. Sch.). Alap. 1895. — Prospektus ingyen.
Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. **Alfred Smith,** nemesbirtok-tulajdonos.

DARUVÁR FÜRDŐ
Szlavoniában, a Déli vasút állomása.
A Szlavon középhegység egyik kies völgyében. **Vasas hőforrások és iszapfürdők 34-50 C°.**
Fangó-gyógykezelés, hidegvízkúra, massage, villamos kezelés.
Kitünő gyógyeredmények vérszegénységnél, női bajoknál, csúzos és köszvényes bántalmaknál és idegfájdalmaknál, különösen ischiasnál.
* Egész évben nyitva. Mérsékelt árak. *
Szép berendezésü lakószobák, olvasóterem, fürdő-zenekar, kölcsönkönyvtár, Lawn-tennis, tekepálya, érdekes kirándulások stb. stb.
Az elő- és utószezónban tetemes árengedmények.
1847 Prospektusokkal szívesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

Csak „SICULIA" névvel ellátott üvegek valódiak.
A Málnási **„SICULIA"** forrásvíz
a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.
A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygerjesztő. Azonnal ható különlegesség a gége, tüdő, torok, gyomor, vese, hólyaghurutos bántalmai ellen Korányi, Kétly, Tauszk, Riegler tanár, Nuricsán tanár urak szakvéleményei
a málnási „SICULIA"-forrást
a kontinens legdúsabb természetes alkalikus, sós savanyúvizének minősítik.
Magyarországi főraktár: 1392
BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.
Kapható minden gyógyszertárban, drogeria és fűszerkereskedésben. TELEFON 59—46.

RICHTER GEDEON organotherapiai laboratoriuma, Sas-gyógyszertár, 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 lepenykét. Ára egy üvegnek 5 korona. Napjában 3-szor 2—3 lepenykét.

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.

Ötvenedik évfolyam. 23. szám. *Budapest, 1906. junius 10.*

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: Az idült szivbajok kezelésének alapelvei. 605. lap.

Pólya Jenő Sándor: Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. 608. lap.

Navratil Dezső: Közlemény a kir. m. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) A bárzsingvarratokra tett pajzsmirigyszeletek hegképző hatásáról. 611. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. J. Albarran:* Exploration des fonctions rénales. — *Lapszemle. Belorvostan. Hasebrock:* Az angia pectorisnak és a velo rokon állapotoknak gyógygymnasticával és a mellkas massage-ával való kezelése. — *R. Finkelnburg:* A pitvar- és gyomrocsműködés teljes dissociatiójának esete. — *A. Schmidt:* A szív- és gyomorbélbetegségek egymáshoz való viszonya. — *Sebészet. Schumburg:* A kéz fertőtlenitése. — *Voswinckel:* A gyomor- és bélrendszer subcutan sérüléseinek sebészeti kezelése. — *Bayer* és *Lottheisen:* Appendicitisnél az appendixben található pontszerű vérzések jelentősége. — *Venereás bántalmak. E. Finger* és *K. Landsteiner:* Majmokon végzett syphilis-oltási kisérletek. — *Idegkórtan. P. Marie:* Az aphasia tanának megdöntése. — *Bőrkórtan. Th. Veiel:* Pruritus cutaneus vese- és mellékvesebántalom kapcsán. — *W. Lublinski:* Angina és erythema. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Kugel:* Helyi érzéstelenités. — *Ritter:* A ricinus-olaj kellemetlen íze. — *Kuliga:* Gummikeztyűk használata bonczoláskor. — *Weiss:* Mesotan. 613—616.

Vegyes hirek. Választás az orvosi karon. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — Fürdőorvos. — A pesti izraelita hitközség kórháza. — Az I. sz. női klinika. — Az I. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika. — A II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentőosztálya. — Megjelent. — Meghaltak. — Kisebb hirek külföldről. — Az orvosi praxisból. — Amerikából. — Pályázatok. — Hirdetések. 616—617. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — A Budapesti kir. Orvosegyesület rákbizottsága. — Közkórházi orvostársulat. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Pyramidon, Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár Nervinol prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az idült szivbajok kezelésének alapelvei.

Előadta: *Korányi Sándor* ny. rk. tanár.

Tisztelt Uraim!

Három beteget mutatok be önöknek egymás mellett. A physikai diagnostika eszközeinek segitségül vételével mind a háromnál azt állapithatjuk meg, hogy szivük mechanikai berendezését lefolyt betegség megrontotta: bal venás szájadékuk megszükült és az azt záró kéthegyü billentyü záróképessége szenvedett. Ez okból mind a három betegnél nagyobb az az akadály, a mely a bal pitvarból a bal kamrába ömlő vér útjában áll, és mind a háromnál az történik, hogy a systole a bal kamrából nemcsak az aortába hajt vért, de tartalmának egy részét retrograd irányban a bal pitvarba löki vissza. Eseteinkben az anatomiai diagnosis tehát ugyanaz és mégis milyen óriási különbség észlelhető a három beteg állapotában. Közülök az egyik alig teszi a beteg ember benyomását. Igaz, hogy ha nagyobb munkát végez, lélegzete kifogy, söt szive dobogását is kellemetlenül érzi. Ha azonban az emberek amaz osztályába tartoznék, a melynek tagjai kényelmesen élnek, talán alig érezné, hogy egészségében hiba történt. A másik beteg állapota már súlyosabb. Arczszine cyanosisos. Lélegzete nyugalomban is rövid. Mája nagyobb és megnövekedett súlya kellemetlen érzéssel jár. Lábai oedemások, söt a vizkór jeleit hasában is megtaláljuk. Ez azonban még aránylag kedvező állapot ahhoz képest, a mit harmadik betegünknél látunk. Arczkifejezése elárulja a súlyos, régóta szenvedő beteget. Szine nemcsak a cyanosist jelzi, de némileg sárgásba megy át. Nyaki venái tágak. Pulsatiojuk azt mutatja, hogy a jobbszív állapota a balszív betegsége következtében oly mértékben szenvedett, hogy a háromhegyü billentyü sem zár többé hibátlanul. Mája igen nagyra nőtt. Lábai puffadtak, de oedemájukhoz mérten még nagyon sokkal nagyobb vizkórjának az a része, a mely hasát oly rendkivül nagy fokban tágitotta ki. Szivműködése szapora, rythmusa látszólag teljesen szabálytalan.

Lehetséges-e, hogy e három beteg szivének anatomiai hibája ugyanaz? Kétségtelenül igen. Söt azt sem lehetne állítani, hogy a hiba fokában van az állapot súlyosságának megfelelő különbség. Az, a mi e három beteget egymástól megkülönbözteti, nem bajuknak lényegesen különböző volta, hanem e baj fejlődésének különböző stadiuma. Az első beteg szivének anatomiai hibája az a kiindulási pont, a melytől az út a másodiknak állapotához vezet, az utóbbinak állapota pedig csak egy statio a harmadiknak állapota felé. Az, a mi e fejlődés közben történik, a mi e fejlődést létrehozza, a szivizom gyengülése. Minden egyéb csak ennek következménye.

Practikus kérdések megvitatása az a czél, a mely minket összehozott. Betegeink állapota a practikus kérdések egész hosszú sorát veti fel. Hogyan állítsuk meg betegeinket azon a lejtőn, a melyen lefelé indultak? Hogyan tartsuk szivizmuk erejét feladata magaslatán? Hogyan állítsuk helyre a munkaképesség és a feladat közti helyes arányt, ha már megbomlott? Mindmegannyi kérdés, a melynek megoldásától betegeink életének tartóssága függ.

E kérdéseket sémás feleletek nem oldják meg. Sajnálatra méltó az a szivbeteg, a ki sémák szerint dolgozó orvos kezeibe jut. A szivbetegségek therapiája nem kevésbé szorul az eset individualitásából levont indicatiókra és contraindicatiókra, mint a sebészi beavatkozások bármelyike. Hogy ezekkel a praxis sokszor nem törődik eléggé lelkiismeretesen, annak az az oka, hogy hibáinak következményei és eredményei kevésbé szembeötlők és csak a betegséget

alaposan ismerő, figyelmesen észlelő orvos tudatába jutnak kellő világossággal. De hiszen minden orvosnak ilyennek kell lenni és így talán nem hiába veszem igénybe figyelmüket, ha három betegünk állapotából kiindulva, a szívbetegségek therapiájának főbb elveit és eszközeit teszem fejtegetésem tárgyává.

Tárgyalásomat a betegség legsúlyosabb stadiumával kezdem. Ennek therapiája eszközökben leggazdagabb, eredményekben legszegényebb. Ha ezt kifejtettük, további fejtegetésünk rövidebb lehet, mint ha a természetes sorrendet követnénk.

Mióta Withering egy a XVIII. században angol kuruzslók által használt titkos szerben a digitalis levelét felfedezte, a gyakorlatban sokszor szinte azonosítják a szívtherapiát a digitalis rendelésével. Nagy a valószinüség arra, hogy súlyos betegünk bármely orvoshoz fordul, digitalist fog kapni. Az az orvos azonban, a ki tisztában van a szívbajok pathologiájával és a digitalis klinikai hatásmódjával, előre fogja tudni, hogy egymagában a digitalissal esetünkben czélt érni nem lehet. Hogy az ilyen orvos gondolatmenetét kövessük, részletezzük egy kissé betegünk keringési viszonyait. Állapota mutatja, hogy vérkeringési sebessége sokkal kisebb a szükségesnél. Feladatunk abból áll, hogy azt kellő gyorsaságúvá tegyük. A pangás első oka a beteg szívének gyengesége volt. Ennélfogva azt kellene hinnünk, hogy szívének munkáját fokozva, érhetjük el legrövidebb úton czélunkat. Lássuk, mi kellene ahhoz. Elég volna-e az, ha a szív erejét sikerülne akkorává tenni, mint a milyen az a teljes compensatio korában volt? Szó sincs róla, még pedig azért nincs, mert betegünknek nem csak szíve gyenge, de keringési akadályai is kórosan fokozottak. A beteg vízkóros. A vízkór első sorban az által jön létre, hogy a beteg többet iszik, mint a mennyi vizet a keringés kis sebessége mellett kiüríteni képes. A többlet azonban nem marad meg a vérben, hanem az erekből kiszivárog a szövetekbe. A szövetek megnőtt tartalma azokban a nyomást fokozza. E nyomás az érfalakra nehezedik. Hogy az erek a nagyobb külső nyomás ellenére rendes módon maradjanak nyitva, ahhoz az kell, hogy belülről kifelé annyival nagyobb nyomás hasson, a mennyivel megnőtt a kivülről befelé ható nyonyomás. Másszóval az erek átmérője normális csak úgy maradhatna, ha a vérnyomás megnőne. Ehhez pedig az kellene, hogy a szív nagyobb erővel dolgozzék. De hiszen ez lehetetlen, mert az egész helyzet kútforrását a szívnek gyengesége képezi. Azért a vízkór az ereknek kisebb-nagyobb fokú összeeséséhez, szüküléséhez vezet. Ha pedig az erek szükülnek, akkor bennük a vér nehezebben folyik, mert valamely csőben az akadály annál nagyobb, minél kisebb az átmérője.

Ha tehát betegünk szívének erejét csak a normálisig emelnénk, keringése mégsem volna normális sebességü, mert az erek a vízkór folytán össze vannak nyomva.

Talán ennél is fontosabb a beteg nagy ascitese. Az ascites folytán a hasban igen nagy a nyomás. Ez a nyomás a vena cava inferiorra hatva, nehezíti az alsó végtagok vérének kiürülését a szív felé. Az ascites következtében az alsó végtagok vére tehát csak akkor ürülhetne ki normálisan, ha a szív a normálisnál nagyobb munkát végezne. De ezzel nincs még vége a keringést nehezítő viszonyok felsorolásának. A beteg ascitese és nagy mája a diaphragmát felnyomja. Ezzel fokozódik a nyomás a mellkasban, nehezedik a venák kiürülése a szív felé. A diaphragma nemcsak felnyomott, de mozgékonyságából is veszített. Ép embernél a diaphragma, mikor leszáll, a hasi nyomást fokozza, a mellkasét kisebbíti, másszóval a vért a hasból a mellkas felé tereli; mikor a diaphragma felszáll, akkor fordítva hat, de a visszaáramlást megakadályozzák a venáknak visszafelé elzáródó billentyüi. Igy a diaphragma, támogatva a lélegzés egyéb izmaitól, a vért a szív felé szivattyúzza. Mikor mozgásai, mint betegünknél, gátoltak, akkor a szívnek elvész egyik segítsége. Esetünkben tehát a szívnek ezt a munkát is magára kellene vennie. Még egy egész sor ilyen hatású körülményt említhetnék, de nem érünk reá a túlságos részletezésre. Csak annyit jegyezzenek meg, *hogy a vízkór ily fokának eltakarítására nem elég a szív normális munkája, és ha azt a szívtől akarjuk kierőszakolni, azzal a normálisnál nagyobb munkát kell végeztetnünk.*

Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy betegünknek tricuspidális-insufficientiája is van. Minél erősebben működik szíve, annál több vért hajt a jobbszív a pitvaron át a cavákba. A balszív a nagy vérkört tehát előre, a jobb visszafelé hajtja; minél erősebb a szívműködés, annál keményebb lesz a balszív küzdelme a jobbal. Mit várhatunk tehát a digitalistól magától? Azt, hogy a szív rhythmusát rendezi, a vérnyomást fokozza, a vérkeringést talán némileg gyorsítja, de ennyire kedvezőtlen viszonyok közt ez a gyorsítás teljes eredményre vezetni csak nagyon nehezen fog.

Többre van tehát szükségünk a digitalisnál. Szerencsére sok eszközhöz nyúlhatunk. Itt vannak a *diureticumok*. Ezek a szervezettől vizet vonnak el a vesék útján. Hatásuk alatt a vízkór csökken. Vele csökken a szövetekben a nyomás, az erek felszabadulnak, ezzel kisebbedik az akadály, tehát a véráram gyorsul, a nélkül, hogy ez a gyorsulás a szívet megterhelné. A mint a vízkór kisebbedik, lejebb száll, felszabadul mozgásában a diaphragma, eredményesebben szivattyúzza át a vért a hasból a szív felé és ez által a keringést tovább gyorsítja. Tehát a digitalist diureticummal fogjuk összekötni. Hogyan válaszszuk azt meg a sok közül? Itt vannak növényi diureticumaink: a juniperus, a scilla és mások. Ezek régebben nagy becsben állottak, hiszen jóformán az egyedüli megbízható csoportját képezték a húgyhajtóknak. Ma sokkal gazdagabbak vagyunk, de kár volna kevésbé súlyos esetekben róluk megfelejtkezni. Sokszor nagyon jók azoknak combinatiói, esetleg a szintén diuretikusan ható kalium aceticum solutummal. Régebben nagyon sokat használták a diuretikus borokat, és azt hiszem, ma is megérdemelnék a gyakoribb alkalmazást. Ime egy czélszerü keverék:

Rp. scillae siccatae 3·0
Fol. digitalis 6·0
Baccarum juniperi 30·0
Kalii acetici soluti 20·0
Spirit. dil. 50·0
Vini albi generosi 400 0

Macera per 24 horas, et colat. express. filtra. D. S. 1—2 óránként egy evőkanállal.

Súlyosabb esetekben azonban hathatósabb diureticumokra szorulunk. Ezek közé tartozik a coffein. Hogy hasson, nagy dosis kell belőle: 1—1·5 gm. naponta. Ilyenkor azonban kellemetlenek a mellékhatásai, különösen az idegrendszerre. Megbizhatóbb a coffeinum natriosalicylicum vagy a coffeinum natriobenzoicum. Már háromszor naponta 0·20 gm. elég belőlük a hatás elérésére. Nagy előnyük, hogy subcutan adhatók. Még megbizhatóbb és kellemesebb is a diuretin. Napi dosisát esetleg 6—8 grammig emelhetjük. Sokszor elérjük azonban czélunkat mérsékeltebb dosisokkal is. Nagyobb dosisban a gyomrot bántja. Ilyenkor czélszerüen adhatjuk a végbél felől, kis csőrékben. Ujabban a diuretinéhoz hasonló hatású szerek hosszú sorával rendelkezünk. Ime a fontosabbak: uropherin, 3—4 gm. naponta; agurin, 0·30—0·50, söt 1—2 gm.-nál is nagyobb dosisokban naponta; theocin, vagy helyette inkább theocinum natrioaceticum, 3—4 szer naponta 0·3 gm.; még kevésbé rontja a gyomrot a theophyllinnatrium, 3—4 szer naponta 0·5 gm.-nyi dosisokban.

Méltán sorakozik ezek mellé a calomel, a melynek sokszor meglepő hatásával Jendrássik ismertetett meg. Naponta 3—4-szer 0·20 gm.-ot adunk belőle, opiummal összekötve, hogy hashajtó hatását ellensúlyozva, felszívódását elősegítjük. Igy adjuk 3 napon át; akkor abbanhagyjuk. A diuresis a 2—4. napon indul meg és néha valóságos vizeletözönben ürül ki a betegek vízkórja. De nem mindig, és a mikor cserben hagy, a stomatitis veszélye fenyeget. Ezt a szokásos módon igyekszünk mindjárt a calomelszedés elejétől fogva elhárítani, de veszélye annál nagyobb, minél hiányosabb az eredménye, és azért a calomellel óvatosak legyünk, különösen ha a vese sem egészen ép.

Visszatérve betegünkhöz, láttuk, hogy nála a digitalist diureticummal kell combinálni. Az eredményben bizhatunk, de az nem lesz teljes. A betegnek aránytalanul nagy hasvízkórja mutatja, hogy ennek most már nemcsak a szív az oka. A pangás másodlagosan májcirrhosist okozott és ez a vena portae kiürülését gátolja. Ahhoz, hogy a hasvízkór kiürüljön, felszívódása után a vena portaen át kellene a vena cavába, innét a szívbe, majd az aortán át a vesébe jutnia.

Ez utat elzárja a májcirrhosis. Azért a hasvízkórt sem a szív, sem a vese nem hajthatja ki, mihelyt oka a vena portaenál van. Némileg küzdhetünk ellene hashajtókkal. Ezek vizet vonnak el a vena portae gyökeitől s a hasvízkórt a bél felé vezetik le. Erre legjobban a sós hashajtókat, a budai vizet, a karlsbadi sót használhatjuk. Az eredmény azonban nem szokott nagy lenni, még kevésbé teljes. Azért az ilyen esetekben gyorsan reászorulunk a has punctiojára.

Az incompensatio maga sokszor corrigálható, az a cirrhosis azonban, a mely kiséri, megmarad és azért az ilyen betegek sorsa a punctio szükségének ismétlődése. Mit tehetünk a punctio után a hasvízkór újbóli meggyülésének lassítására? Sajnos, nem sokat. Valamit azonban mégis. A vízkóros beteg többet iszik, mint a mennyit kiürít. Azért már régen megkisérlették vízfelvételének korlátozását. Ha ez sikerül, haszna kétségtelen, de alig sikerül, mert a beteg szomjúsága hatalmasabb minden parancsunknál. Tehát a beteg szomjúságát kell csökkenteni. Hogyan tehetjük ezt? A válasz oly egyszerű, hogy csodálkoznunk kell, milyen hosszú és kerülő úton vezetett hozzá a tudományos búvárkodás. Az egyszerű, mindennapi tapasztalat megtanít rá, hogy sós ételek után bőven kell innunk. A józan ész ebből arra a következtetésre vezet, hogy kevesebbet kell innunk, ha ételeink sótartalmát kisebbítjük. E következtetés helyettesítse a hosszú utat, a melyet az exact vizsgálat követett, a míg bebizonyult, hogy a vízkór ellen sokszor hatásos fegyverünk a sótalan diaeta. De ez a fegyver nem curativ, csak praeventiv hatású: a vízkór kifejlődését vagy gyarapodását késlelteti, de a meglevőt nem gyógyítja. Hatásosságához azonban az kell, hogy csak mint adjuvanst használjuk a vízmegszorításhoz. Ha a beteg sokat iszik, hiába nem eszik sót, vízkórja mégis gyarapodni fog.

A sószegény diaeta legegyszerűbb alakja a tej. Hibája, hogy aránylag kevés tápanyag mellett nagy a víztartalma. E hibán segíthetünk, ha tejen kivül a betegnek más sószegény ételeket adunk: ilyen a tejben rizs, a tejben dara, gyümölcs, sótalan kenyér vajjal, a mit azonban a betegek csakhamar megunnak.

Recapituláljunk. Súlyos szívincompensatiós beteg, nagy vízkórral, másodlagos májcirrhosissal. Therapiája digitalisból áll, a melyet valamely hatásos diureticummal kötünk össze. Hasvízkórja ellen sós hashajtót adunk neki. A mint előrelátható, az eredmény nem lesz kielégítő. Ekkor a hasat megcsapoljuk és újra telődésének lassítása végett betegünket az említett kezelésen kivül sószegény diaetában részesítjük.

A hydrops kezelése, a szívizom kezelése digitalissal még nem merít ki mindent, a mit a beteg érdekében tennünk kell és tennünk lehet. A szív működésére hat az izomzat tevékenysége, nyugalma, a szellemi élet élénksége, az alvás, az ébrenlét stb. Hogy súlyos állapotban levő szívbetegünket nyugalomba helyezzük, az olyan szabály, a mely ellen orvos nem vétheti. Annál fontosabb e szabály pontos betartása, mert a digitalis-pulsus egyik elég gyakran megnyilvánuló sajátsága annak nagy labilitása. Az a szívbeteg, a kit erős digitalis-hatás alá kellett helyeznünk, e labilitás felszinre kerülésének veszélyében van. Annál fontosabb, hogy teljes nyugalomban tartsuk.

Ezt mondani könnyü. De a valóságban nyugalomban van-e az a beteg, a ki óriási megerőltetéssel lélegzik, képtelen lefeküdni, éjjel-nappal ül, vagy talán kénytelen ágyából kiugrani, kifeszített karjaira támaszkodni, hogy légzése segítő izmait minél teljesebben kihasználhassa? Kétségtelen, hogy nem. Azért a betegek nyugalma szempontjából is kiválóan fontos a dyspnoë kezelése és az alvás biztosítása. Hogyan vigyük ezt keresztül? A dyspnoë kezelésének egyik elég hatásos módja az oxygenbelégzés. Az incompensatio időszakán nem egyszer vittem keresztül úgy a beteget, hogy mellette állott egy 1000 literes oxygenbomba és abból naponta több 100 litert fogyasztott. Az oxygen sok esetben nem hat. Még több esetben hatása csak rövid időre terjed ki. Ezért próba dolga, hogy alkalmazandó-e vagy nem. Ezt a kérdést a beteg döntse el. A melyiknek használ, az erősen ragaszkodik hozzá. A melyik elveti, arra ne erőszakoljuk rá. Ha használ, de hatása rövid időre terjed, akkor naponta sokszor kell inhalálni. Egyszerre sok oxygennek inhalálása pazarlás. Ha az oxygen egyszer kiszorította a tüdőből a levegőt, akkor elértük az elérhetőt. Ez egy-két percz alatt megvan és így a belégzést folytatni felesleges. Ahhoz a beteg akkor folyamodjék ismét, ha dyspnoëja újra mutatkozik.

Az oxygen azonban ritkán elég egymagában. A dyspnoë kezelésére megpróbálhatják az oxycamphort. Sohasem láttam használatától eredményt, de megbizható klinikusok dicsérik. Lehet, hogy némely esetre vonatkozólag igazuk van. Sokkal fontosabb ennél a morphium. A morphiumnak csak két contraindicatioját ismerem. Az egyik, ha a beteg a morphiumot nem türi. Ez ritka eset. A másik a Cheyne-Stokes-féle légzés.

Különben adjuk bátran és kielégítő dosisban. Eleinte egy centigramm elég. Később, ha kell, adjanak többet. Az ilyen betegből nem lesz morphinista óvatos orvos kezében. Ettől való túlzott, babonás félelem sok beteget foszt meg nemcsak subjectiv kínjainak enyhülésétől, de egy hathatós therapeutikus módszer áldásától is. Néha a morphium hatása szembeszökő. A dyspnoë szünik. A pulsus ritkul, erősödik. Mintha a digitalis csak a morphium hatását várta volna, hogy érvényesüljön. A beteg le tud feküdni, elnyomja az álom. Mire felébred, megkezdődhetik a vizelet szaporodása.

Szívbetegeiknek a morphiumot ne adják per os. A felszívódás náluk lassú. Egyszerre tehát csak kevés morphium jut a bélből a keringésbe. Lehet, hogy az így csak izgatni fog és semmi haszonnal nem jár. A morphium szívbetegeknek injectiókban adandó.

A morphium sokszor akkor sem altat, ha különben elég jól hat. Ilyenkor támogathatjuk hatását brommal. Sohasem tapasztaltam, hogy a bromkali kaliumtartalmánál fogva szívbetegeknek ártott volna, de ha félnek töle, adják a drágább bromnatriumot. A bromsók a vízkórra úgy hatnak, mint a konyhasó. A beteg vízszükségletét fokozzák. Azért, ha reájuk szorulunk, szorítsuk le megfelelő mértékben a beteg konyhasóélvezetét. Ezt legkönnyebben a Bálint által ajánlott bromopan segítségével érhetjük el. Egy czipó sózására használjunk konyhasó helyett 1 gm. bromnatriumot. Igy az ártalmas, de teljesen nem nélkülözhető konyhasót egy a hydrops szempontjából nem ártalmasabb, más szempontból hasznos, a beteg ízlése szempontjából pedig majdnem teljesen egyenértékü sóval pótoltuk.

A brom a szívbetegek izgatottságát mérsékli. Ez úton a szívre is jól hat, de az álmot sokszor ez se hozza meg. Ilyenkor igazi altatókra szorulunk. Ezek néha a szívre kedvezőtlenül hatnak. De a tőlük való félelem határozottan túlzott. Csak ne adjuk azokot túlságos nagy dosisokban és válaszszunk közülük helyesen. A chloralhydrattól jobb tartózkodni. Legártalmatlanabb a hedonal, 1—1·5 grammnyi dosisban. Sokszor azonban nem használ. Megbizhatóbb a veronal, 0·5—0·75 gm.-nyi dosisban. Megbizható a trional is, de ennek kellemetlen mellékhatásai a szívre néha mutatkoznak. Megemlítem, hogy vannak emberek, a kik az aspirintől alusznak. Egyszer-máskor ezt is megpróbálhatjuk. Bármely altatószerhez folyamodnak is, ne hagyják el mellöle a morphiumot. Ezzel együtt kevesebb altató orvosságra lesz szükségük, mint nélküle, és az altatók nagyobb dosisának rossz mellékhatásai helyett a morphium jó hatásaiban részesitik betegüket.

Ebben foglalom össze legfontosabb teendőiket súlyos szívbetegeiknél. Nélkülözni fogják talán az elmondottakban az anasarca csapolását scarificatio vagy capilláris csapok útján. Igaz, hogy néha erre is rászorulnak, de szerencsére ritkán. Inkább csapolják a hasat, a pleurákat, mint azt az elvékonyodott, beteg, infectiókra hajlamos bőrt. A bőrcsapolás veszélyei óvatossággal mellőzhetők, de ahhoz nem elég az orvos óvatossága. Hogy betegünkében, környezetében bizhatunk-e, ez sokszor csak akkor derül ki, mikor a hiba már megtörtént. Azután a bőrcsapolás napokig, sőt tovább jár szivárgással, a mi szörnyü alkalmatlan, kellemetlen a betegre nézve. Csakugyan csak mint ultimum refugium engedhető meg.

(Folytatása következik.)

Az epekövek kórtanának mai állása és az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai.

Irta: *Pólya Jenő Sándor* dr., közkórházi rendelő orvos.

(Vége.)

IV. Diagnostika.

Hátra van még, hogy arról szóljunk, minő kórtünetekből, minő klinikai jelekből lehet az epetractus kórboncztani állapotára következtetni, és lehet-e és miképen az epehuzamban lefolyó fennjelzett folyamatokat a betegágy mellett felismerni.

Ez kétségtelenül nem könnyü feladat.

A jelek, a melyekre építhetünk s a melyek megállapítására úgy az ilyen esetekben szerfelett fontos anamnesisben, mint az objectiv vizsgálatnál törekednünk kell, főleg a fájdalom, a hőmérsék viselkedése, az icterus s az ezzel összefüggő tünemények (a vizelet és vér epefestéktartalma, a bélsár cholikus vagy acholikus volta), az epehólyag palpatorius viszonyai, a máj nagysága, consistentiája, érzékenysége, a hashártya, a lép állapota, és last not least az általános benyomás (tápláltság, sensorium, pulsus, facies stb.).

Az egyes jelek azonban távolról sem egyértelmüek a különféle esetekben, mert ama körülmények, melyek az egyes tünetek létrehozásában szereppel birnak, igen változatos módon játszhatnak közre a kórkép kialakulásában.

A legfőbb momentumok, melyeknek ezen változatos kórképek kialakulásában szerep jut

1. a gyuladás helye, kiterjedése, foka (a fertőzés virulentiája);
2. mechanikai obstructio jelenléte, helye, foka, természete;
3. a már előrement anatomiai elváltozások;
4. individuális anatomiai és physiologiai sajátságok.

Ezen tényezők összehatása a kórképet adott esetben annyira összebonyolíthatja, hogy a legtapasztaltabb vizsgálót is tévedésbe ejtheti.

A typusos syndromákat, melyekkel az epekőbetegségnek klinice fontos különböző kórboncztani formái járnak, *Kehr*, ki e téren óriási tapasztalatokat gyüjtött, kinek (legalább Európában) legtöbb alkalma volt, hogy a betegágy mellett tett észleleteit és diagnosisait operativ autopsiával ellenőrizze és a kinek bokros érdemei vannak az epekőbaj kórbonczolástani alapokon nyugvó speciális diagnostikájának megteremtése körül, igen ügyes, és mint arról számos alkalommal meggyőződhettem, a gyakorlatban jól használható táblázatban foglalta össze, melyet (a jobb áttekinthetőség kedvéért rövidítésekkel és összevonásokkal) az alábbiakban adok.

I. Latens szak. α) Nagyjából ép hólyag. Subjectiv tünet nincs, legfeljebb némi gyomorpanaszok; objectiv tünet nincs, legfeljebb csekély nyomási érzékenység az epehólyag tájékán. β) Mennél több lobon ment át a hólyag (cholecystitis, pericholecystitis) s mennél kevésbé nyugszik meg a lobfolyamat, annál gyakoriabbak és hevesebbek a kólikák, annál kifejezettebb a kólika után visszamaradó állandó nyomási érzékenység; hólyagkörüli erős összenövéseknél gyomor- és bélpassagezavarok.

II. Cholecystitis acuta. Nagy fájdalmak, esetleg láz vagy körülirt peritonitis az epehólyagtájon, ritkán icterus. A hólyag, ha előzőleg relative ép volt, feszes, fájdalmas duzzanat alakjában tapintható; ha előző lobok folytán zsugorodott, nem tapintható. A máj csak szövődményes cholangoitis esetén nagyobb, kivéve a *Riedel*-lebenyt, mely egyébkor is nagyobbodott lehet. A roham lezajlásával a hólyagdaganat eltünik. Kő nem távozik, csak ha egyidejüleg choledochuselzáródás is volt jelen.

III. Chronikus cysticuselzáródás (hydrops, empyema). Enyhe tünetek, többnyire csak alkalmatlanság érzése, néha gyomorzavarok. Nagy epehólyagdaganat (különösen nagy hydropsnál). Láz empyema mellett szól, de ennél is végleg elmúlik (ha a geny sterillé vált) és viszont hydropsnál is támadhat (ha másodlagosan fertőződik).

IV. Epehólyagcarcinoma. Emésztési zavarok, enyhe fájdalmak. Láz, ha a rákos hólyagban genyedés keletkezik. Kifejezett esetekben mérsékelten nagy, kemény, többé-kevésbé fájdalmatlan egyenetlen göbös epehólyag tumor, később cachexia, icterus, ascites, májmetastasisok.

V. Acut choledochuselzáródás. Typusos epekőroham. Láz, rázóhidegek. Icterus. A kő távozásával a tünetek megszünnek. Objective májmegnagyobbodás és a máj nyomási érzékenysége.

VI. Chronikus choledochuselzáródás kő által előidézve. Fájdalom; icterus többnyire van, de változó mértékben; a székletét epetartalma is változó. A máj, rendszerint a lép is nagyobb, az epehólyag nem tapintható. Intermittens lázmenet (sokszor quartana-, quintana-typus), lesoványodás. Később vérzések, cachexia. A nyomási érzékenység a középvonal felé eltolódott.

VII. Chronikus choledochuselzáródás daganat következtében (pankreasfej-, choledochus- vagy papilla Vateri-carcinoma). Fájdalmak nincsenek, láz ritka. Súlyos icterus, mely sohasem enyhül. A bélsár állandóan acholikus. Az epehólyag nagy. A máj nagy, a lép ritkán. Cachexia hamarább áll be, kifejezett vérzési hajlam van, később ascites, metastatikus góczok a májban.

Nem győzöm azonban eléggé hangsúlyozni, hogy ezen sémák egy adott esetre csak cum grano salis alkalmazhatók; maga *Kehr* óva int ezen itt kifejtett diagnostikai elvek sablonos alkalmazásától. Egy-két példa elég lesz ennek feltüntetésére.

A chronicus choledochuselzáródás természetére nézve az epehólyag tapinthatósága fontos diagnostikai momentum; köves elzáródásoknál (VI.) szabály szerint nem tapintható, míg tumoros elzáródásoknál (VII.) megnagyobbodott. Ez a *Courvoisier* féle törvény. Ennek a tünetnek értelme igen világos. Hogy a choledochust kő zárja el huzamos ideig, az rendszerint nem az első epekőrohamnál csik meg, hanem egy csomó cysticuselzáródás, cholecystitis, esetleg több, a kőnek a bélbe való távozásával végződő, rövid ideig tartó choledochuselzáródás ment már előre. Az ezen alkalmakkor lejátszódó lobfolyamatok következtében az epehólyag zsugorodik, fala rugalmasságát veszti, úgy hogy mire a choledochus elzáródik, akkor már nem tud kitágulni és így nem tapintható ki. Viszont, ha pankreasrák avagy choledochusrák képződik és egyszerre útját állja az epe tovahaladásának, akkor az epepangás egy még szűz epehólyagot ér, melynek megvan a tágulékonysága, rugalmassága s mely ilyenker hatalmas daganat alakjában jelenik meg a bordaív alatt.

De megtörténhetik azután az, hogy a kő bejut a choledochusba, a nélkül, hogy előzetesen súlyosabb cholecystitis vagy pericholecystitis ment volna előre; a kő a choledochusban megnő, avagy fertőzés útján okoz hirtelen choledochuselzáródást s a tágulékony hólyag az epehuzam többi részével együtt résztvesz a pangásos tágulatban. Ugyancsak nagy hólyagot találhatunk choledochuselzáródás mellett, ha egyidejüleg cysticuselzáródás is van jelen, vagy genyedés az epehólyagban, vagy sok és nagy kő tágítja ki az epehólyagot *(Körte)*.

Viszont azután a choledochusrák, pankreasrák oly egyénekben keletkezhetik, a kiknek hólyagja előzetes lobok folytán zsugorodott, avagy a kövek chronikus gyuladást létesítenek a hasnyálmirigy fejében s ez a pankreatitis okozza a choledochus összenyomását; ilyenkor a tumoros choledochuselzáródás mellett hiányozni fog az epehólyag tágulása. A Courvoisier-féle törvény tehát az eseteknek csak egy részében válik be, egy más részében pedig nem. *Courvoisier* 187 obstructiós sárgaság esetét állította össze, ebből köves eredetü volt 87, az epehólyag 70-szer zsugorodott, 17-szer tágult volt. 100 egyéb eredetü epeútelzáródás közül a hólyag 92-szer volt tág. *Cabot* szerint a Courvoisier-törvény 86 eset közül csak 6-szor (körülbelül 7%) nem vált be; 57 köves elzáródásnál csak 4-szer nem volt zsugorodva, 29 egyéb természetünél csak 2-szer nem volt tágulva. *Ecklin* szerint, ki 311 esetre támaszkodik, köves elzáródásnál 16%-ban, egyéb természetünél 13%-ban nem válik be a Courvoisier-törvény; *Kehr* szerint 75% valószinüséggel lehet a Courvoisier-törvényre támaszkodni.

Egy további példa az icterus, melyet rendszerint abból kell magyaráznunk, hogy choledochuskő okoz gyuladást vagy obstructiót és mely — mint azt az általános kórtani részben már kiemeltem — mégis nem ritkán fordul elő cysticus- és hólyagköveknél is. (Pl. *Körte*-nek 106 betege volt icterikus a mütét alatt s csak 65-nél volt choledochuskő.)

Vagy gondoljunk arra, minő módon változtathatja meg a choledochuselzáródás képét egy choledochoduodenális fistula, minő complicált kórkép adódik, ha pl. choledochuselzáródás mellett empyema vesicae felleae vagy pericholecystitikus tályog van jelen?

Túlságos messze vezetne, és teljesen nem is volna lehetséges az összes eshetőségeket s a náluk várható tüneteket mérlegelni.

Az bizonyos, hogy csupán a kórlefolyás összes phasisainak pontos figyelembevétele (újra hangsúlyozom a minutiosus anamnesis fontosságát epekőbetegeknél!), az összes objectiv és subjectiv jelek gondos kikutatása és egybevetése mellett lehet epekő eseteiben anatomiai diagnosist felállítani és sokszor még így sem. Szerencse azonban, hogy gyakorlati szempontból és főleg az operativ javalatok felállítása szempontjából a dolog sokkal egyszerűbb, mint a hogy azt a fennebbi megfontolások alapján gondolni lehetne. Mert a műtéti javalatok felállítása lényegben a következő kérdések tisztázását kívánja:

a) acut esetekben van-e jelen oly szövődmény (peritonitis, sepsis), mely az életet közvetlenül fenyegeti, illetve fennáll-e oly kórállapot, melynek következtében ezen szövődmény beállhat (cholecystitis suppurativa, necrotisans, cholangoitis septica);

b) chronikus esetekben *α)* beállt-e a teljes lappangás és várható-e ennek huzamos megmaradása;

β) nincs-e jelen a belorvoslásnak hozzáférhetetlen, állandósult cysticuselzáródás (hydrops, empyema);

γ) nincs-e jelen chronikus choledochuselzáródás, melynek spontan oldódása immár valószinütlen s mely az életet állandóan veszélylyel fenyegeti.

Gyakorlati szempontból fontos az is, hogy az *a)* pontnál az epekőrohamot más heveny abdominális megbetegedéstől,

a *b) α)* pontban foglalt esetekben (chronikus recidiváló cholecystitisek) fennálló nehézségeket egyéb chronikus nehézségek (ulcus ventriculi, epityphlitis chronica, vesekő, vándorvese stb.) által okozottaktól, a *β)* alatt foglalt eseteket egyéb abdominális daganatoktól, a *γ)* alattiakat pedig egyéb epeútobstructióktól (epeút-, pankreas-, duodenumrákok) elkülöníthessük.

Ad *a)* A classikus epekőroham képének (óriási, többnyire görcsös jellegű fájdalom főleg a jobb hypochondriumban, mely a mellkasba, a jobb lapoczkába sugárzik, a hasfalak megfeszülése, rázóhideg, hányás, ezt esetleg, de nem szükségképen követő icterus, kő távozása) bővebb vázolása nem tartozik feladataim közé; e pontnál azt sem kell kiemelnem, hogy az enyhe rohamokat „gyomorgörcs“ és „májneuralgia“ czímmel szokták megtisztelni. Ellenben fontos tudni, hogy igen súlyos esetek, melyeknek sürgős megoperálása szükséges, könnyen kelthetik heveny appendicitis, acut pankreatitis, gyomorátfúródás vagy épen ileus *(Czerny, Körte)* képét, csupa olyan eshetőség, mely a maga részéről szintén műtétet igényel és így legalább azt az indicatiót teszi könnyüvé, hogy a beteghez sebészt kell hivni.

Az anamnesis, a fájdalmak természete, helye, punctum maximuma, az esetleg tapintható resistentia, a kopogtatási viszonyok alapján lesz aztán megállapítható legtöbbször a diagnosis, melynek, ha a műtéti javalat az állapot súlyosságánál fogva úgyis fennáll, a behatolási hely megválasztása tekintetében jut lényeges szerep. Fontosabb az, hogy, ha tudjuk, hogy epekővel állunk szemközt, mikor szánjuk rá magunkat acut esetekben az operatióra.

Kétféle eshetőség az, mely acut esetekben a kést a kezünkbe adja:

1. az acut cholecystitis genyes, nekrotikus alakja,
2. a súlyos heveny cholangoitis.

Genyes és gangraeneskáló cholecystitisre (cholecystitis acutissima *Kehr*, cholecystitis acuta infectiosa necrotisans *Hofmeier*) kell gondolnunk, ha a cholecystitis igen súlyos általános tünetekkel köszönt be. A kezdeti rázóhideg, mely epekő eseteiben gyakori, nem enged ez irányban következtetést. A magas láz támogatja a kórjelzést, de az esetek $^2/_3$-ében, mint *Körte* hangsúlyozza, hiányzik; azonban a pulsus ilyen esetekben is szapora, a közérzet igen rossz, s az illetők súlyos beteg benyomását keltik.

A fájdalmak a szokottnál sokkal hevesebbek. Peritoneális izgalom, sőt peritonitis tünetei, nagyfokú nyomási érzékenység, csuklás, erős hányás, meteorismus jelentkeznek, néha enyhe icterus is, de ez nem szükséges, hogy jelen legyen; ha jelen van, a fertőzés súlyosságának, avagy szövődő cholangoitisnek jele. Már ezek a symptomák, a kezdődő peritonitis s a súlyos általános sepsisre valló tünetek sürgőssé teszik a műtétet. Halaszthatatlanná válik ez, ha az epehólyag nagy (néha a köldökig, sőt a csípőtányérig leérő), feszes és igen fájdalmas daganat képében tapintható. Ekkor minden pillanatban félnünk kell az átfúródástól s ezt megelőzni czélja a sürgős operálásnak. De ha az epehólyag nem is tapintható — a mint az már előzőleg zsugorodott hólyagoknál, előrement pericholecystitikus odanövéseknél nem is várható —, akkor is súlyos általános tünetek mellett sürgős műtétet kell ajánlanunk.

Kevésbé súlyos benyomást keltő esetekben várhatunk — a tünetek foka szerint több-kevesebb ideig — nyugalom, diaeta mellett. De ha a daganat nő, avagy 6—8 napon belül el nem tünik, a fájdalmasság, a láz, a rossz közérzet, a pulsus szaporasága nem múlik, akkor genyedésre kell gyanakodnunk az epehólyagban és operálnunk kell. Ugyanezt kell tennünk természetesen akkor is, ha pericholecystitikus tályogot birunk megállapítani (érzékeny resistentia és tompulat az epehólyagtájon, intermittens lázmenet) vagy diffus peritonitis tünetei mutatkoznak.

Az acut choledochuselzáródás erős icterussal, rázóhideggel, fájdalmakkal köszönt be. Ezt nem kell operálni. Órák alatt elmúlhatik a fájdalom, a láz, nehány nap alatt az icterus, és ha nem napok, hát hetek alatt beállhat a kő távozása és ezzel a tünetek végleges elmúlása. Magának a choledochuselzáródásnak bizonyos ideig való elhúzódása még nem ok a műtétre; a fontos az, hogy a beteg az elzáródást, illetve annak következményét, a cholangoitist miképen viseli el. Mennél fulminansabbak a tünetek, mennél inkább megviselik a beteget, annál hamarább kell operálni; gyakran ismétlődő rázóhidegek, szapora pulsus, zavart sensorium, szóval a súlyos általános sepsisnek a képe arra kell hogy indítsanak, hogy már az első 8—10 napon belül operáljunk s az epeutakat fertőző tartalmuktól megszabadítsuk.

Ad *b) α)*. A chronikus recidiváló cholecystitisek javalatainál kifejtettük, hogy az operativ indicatio felállítása igen sokban függ az egyén temperamentumától, idegrendszerének állapotától, az illető anyagi viszonyaitól stb. Mindenesetre megkisérlendő ilyen esetekben egy alapos karlsbadi vagy egyébfajta kúra. Ha ez eredményre vezet, ha rohamok csak ritkán és kis mértékben jelentkeznek, vagy ha gyakoribb rohamok mellett (akár icterussal, akár a nélkül) kövek állandóan távoznak, a műtét nem javalt. Súlyos vagy gyakori kólikák, eredménytelen kólikák (kő távozása nélkül), olyan kólikák, melyek a munkaképességet, az életörömet megrontják, melyek a beteg idegrendszerének épségét aláássák, műtétre kell hogy indítsanak.

A mint látjuk, itt a javalat felállítására nem annyira az objectiv lelet, mint inkább a betegség lefolyásának s a beteg egyéb körülményeinek átgondolása vezet. De sokszor a diagnosist is csak subjectiv jelek alapján kell megcsinálnunk. Objective ilyen betegeknél sokszor semmit sem lehet találni, legfeljebb többékevésbé kifejezett nyomási érzékenységet az epehólyag- és májtájon, a mely annak a bizonyítéka, hogy a lob nem múlt el, csak lappang, s hogy minden pillanatban új életre kelve törhet ki az epehólyagban szunyadó lobfolyamat.

Ezen nyomási érzékenységet sokszor nem könnyü kimutatni, különösen, ha sem a máj, sem az epehólyag nincs megnagyobbodva. Ilyen esetekre jó a *Naunyn* által ajánlott fogás, melyet *Murphy*, továbbá *Moynihan* is igen dicsér, hogy t. i. kilégzés alatt nyúljunk ujjunkkal a bordaív alá s most vétessünk a beteggel mély lélegzetet; ha az epehólyag érzékeny, akkor, midőn a belégzés közben ujjunkat éri, a beteg hirtelen megszakítja a lélegzetét és fájdalmat jelez. *Boas* a máj hátulsó felületének érzékenységét mondja állandó jelnek cholelithiasis eseteiben s egy nyomásra fájdalmas pontot talált a X—XII. csigolyától 2—3 ujjnyival jobbra. De ezen nyomási pont korántsincsen minden esetben jelen; ha azonban jelen van, *Boas* szerint nagyon állandó.

Magát az epehólyagot a cholelithiasis ezen alakjában csak a roham alatt, s akkor is csupán addig, míg a zsugorodás nem nagyfokú, tapinthatjuk. Sokkal gyakrabban tapintható a *Riedel*-lebeny, avagy a pericholecystitis callosa folytán létrejött, a májra felcsapott cseplesz, s egyéb összenövések által képezett tumor.

De lehet a tapintási lelet teljesen negativ, sőt nagyon sokszor az, és nem szabad, mint azt nem egyszer teszik, az epekődiagnosist a hólyag tapinthatóságától vagy épen a hólyagban levő köveknek és azok dörzsölődésének tapintásától függővé tenni. Ez utóbbit egyszer-máskor, nagyon ritka kivételkép észlelték ugyan, de ilyesmit várni nem lehet és nem szabad.

A jelzett chronikus cholecystitis-esetekben a diagnostikai nehézség igen sokszor épen annak a megállapításában áll, vajjon a beteg panaszainak okát az epehólyagban, vagy más szervben keressük, és pedig első sorban a gyomor, azután az appendix és végül a vese azon szervek, a melyek ily esetekben gyanúba keverednek, különösen azok előtt, a kik az epekőbetegség diagnosisának elengedhetlen kellékeül tekintik a görcsöt és a sárgaságot.

A ki tudja, hogy sárgaság az epekőbetegek túlnyomó többségénél sohasem jelentkezik, hogy köveknek epekőbetegeknél eltávozniok nem kell, és hogy az epekő okozta fájdalmak nem mindig olyan görcsszerűek, mint a classikus rohamoknál, hanem igen sokszor nyomó, húzó, szúró jellegűek, s nincsenek is mindig a typusos helyen, hanem különösen sokszor a gyomortájon székelnek és hogy a kövek nem egyszer csak a gyomorteltség, puffadás érzését keltik minden különösebb fájdalom nélkül, azok nagyon sok hasi panasznál fognak — és nem alaptalanul! — epeköre gyanakodni.

A differentialdiagnosisnál az ulcussal szemben különösen fontos, hogy az epekőbeteg étvágya érintetlen; nehéz ételeket is jól bir el, fájdalmai nem az evés után jelentkeznek, mint az ulcusbetegnél, hanem az evéstől függetlenül, sőt sok órával az evés után, a nagy rohamok igen sokszor éjjel. Sokszor előfordul azonban, hogy epekőbetegek is éreznek nehézségeket evéskor: teltséget, puffadást sokszor már néhány falat evése után is *(Moynihan)*. Ennek alkalmasint az az oka, hogy az evés mint psychikai inger megindítja az epeelválasztást *(Pawlow)* és az elválasztott epe feszíti a zsugorodott epehólyag falát. Pericholecystitikus összenövések alkalmával vongálódhatik a telt gyomor; ha pedig pylorusszűkület, duodenum-compressio áll be a kő és következményei folytán, akkor a panaszok eo ipso össze fognak függeni az étkezéssel.

Fontos ily esetekben a nyomási érzékenység helyének megállapítása, mely epekőnél a jobb bordaív alatt az epehólyag helyén s a májtájon van, míg ulcusnál a középvonalban, a köldöktáj felett vagy épen baloldalt.

A hernia epigastrica okozta fájdalmakkal való összetévesztés a hasfalnak gondos átvizsgálása által könnyen elkerülhető, különben is e fájdalmak typusosan evés után jelentkeznek.

Az appendix megbetegedésénél a Mc Burney-pont érzékenysége, a beteg appendix kitapintása, a fájdalom kisugárzásának módja a köldök és a has felé (míg az epeköves fájdalom inkább a jobb lapoczka, a szegycsont irányában sugárzik ki) fog útbaigazítani. Vesekő eseteiben a fájdalmaknak a hólyag, a nemi szervek és a czomb felé kisugárzása, a vizeletben kimutatható typusos változások, s a kövek Röntgen-képe[1] jellegzők.

Ólomkólika, crises gastriques esetleg szintén epekőroham képét kelthetik, ezek diagnosisára, valamint az epekőbetegség ezen alakja által létrehozott pylorus-stenosis, bélpassagezavarok stb. diagnostikájára azonban nem terjeszkedhetem ki.

Ad *b) β)* A chronikus cysticuselzáródás által keletkezett empyema és hydrops vesicae felleaeről említettük, hogy csupán a sebészi gyógyítás férhet hozzá. Ezen esetekben a diagnosis többnyire nagyon könnyű. Gömbölyded, sima felületű, ingaszerüen ide-oda mozgatható, többnyire érzéketlen, vagy (empyemánál) kissé fájdalmas daganatok, melyek a légzőmozgásokat követik, a colon felfúvásakor felfelé vagy kifelé, a gyomor felfúvásakor kifelé helyezkednek és jobban tapinthatóvá válnak; tompulatuk a májéval összefolyik. Összetéveszthetők főleg vándorvesével, pylorus- és csepleszdaganatokkal, de megtörtént már az is, hogy a daganatot periappendiculáris izzadmánynak tartották *(Stoney)*; itt az epehólyag a colon ascendens külső szélén vonult el és igen megnyúlt nyélen ült; a vastagbél a máj és az epehólyagtumor közé helyezkedett s ennek folytán a tapintható epehólyagdaganatot a májtól egy dobos zóna választotta el; különben mások is észlelték, hogy a máj és epehólyag közé colon, vagy épen vékonybél *(Lawson Tait, Lücke)* helyezkedett.

Történt összetévesztés ovariumcystával is *(Alban Doran, Hall;* nagy daganat, mely a medenczéig ér s a puerperiumban keletkezett összenövések folytán esetleg a nemi szervekhez rögzített). Különösen ha pericholecystitikus odatapadások rögzítik a daganatot és hozzá cseplesz s más egyéb tapad, felülete göröngyös és kemény lehet, úgy hogy rosszindulatú daganat (gyomor-, colon-, epehólyagrák) képét is keltheti. Echinococcus, gumma a májszélen szintén tévedésbe ejthet. Végül azt sem szabad elfelejteni, hogy magának a májnak körülirt megnagyobbodása, pl. füzőlebeny, hypertrophiás *Riedel*-lebeny, mely kő nélkül is jelen lehet *(Moynihan)*, vagy a jobb lebeny egyéb részeinek körülirt meg nagyobbodása (pl. *Fink* esetében az által, hogy egy fő hepaticuságat kő tömeszelt el) ugyancsak alkalmat szolgáltathat tévedésre, a mennyiben kicsi, sőt összetöpörödött epehólyag mellett is epehólyagot vélünk tapintani, holott csak a májat érezzük.

A differentialdiagnostikai nehézségek többé-kevésbé leküzdhetők a hasdiagnostika módszerei segélyével, melyekre itt nem térhetek ki bővebben. Csak néhány egészen rövid megjegyzést akarok megkoczkáztatni. Először azt, hogy különösen vékony, laza hasfalú nőknél a tágult epehólyag bimanuálisan kitünően tapintható és a vizsgáló ujjak közül épen olyan könnyen kicsúszik, akár a vándorvese. Ilyen esetben az biztosítja a diagnosist, hogy a tumort félretartva, mellette igyekszünk a vesét kitapintani, a mi a szóbanforgó egyéneken rendszerint sikerül is. Továbbá az ilyen mozgékony epehólyag rendesen áttolható a bal oldalra, a köldök felé, a mit a vesével mégsem tehetünk meg; a vastagbélfelfúvás is hasznos felvilágosítást adhat. Pylorus-, csepleszdaganatoktól való elkülönítésre *Naunyn, Kehr* azt a fogást ajánlja, hogy a belégzés alatt leszálló tumort próbáljuk kilégzés közben ujjainkkal visszatartani; az epehólyag ilyenkor kiszalad ujjaink közül, de a cseplesz meg a pylorus is, ha a májjal össze van növe.

A fentiekhez még azt is hozzá kell füznünk, hogy az empyema alatt csupán a nagy, tágulékony hólyagban létrejött retentiós daganatokat értettük. Zsugorodott hólyagban keletkezett idült genyfelhalmozódások, kicsiny empyemák egyáltalán nem tapinthatók és nem diagnostizálhatók, s a chronikus recidiváló cholecystitis diagnostikai képe alá esnek.

Ad *b) γ)* A chronikus choledochuselzáródás typusos jelei közül az icterus teljesen hiányozhatik, vagy igen csekély mértékü lehet *(Berger* szerint így van ez az esetek $^1/_3$-ában); a fájdalmak is jóformán teljesen hiányozhatnak; rázóhidegeknek, hőemelkedésnek sem kell jelen lenniök; általános lesoványodásnak, a szervezet leromlásának szintén nem kell okvetlenül jelentkeznie. Látjuk tehát, hogy a choledocholithiasis képe távolról sem állandó, pedig az indicatióknál kifejtettek szerint e kórkép épen egyike az epekőbetegség azon alakjainak, a hol a sebészi beavatkozás sok halasztást nem tür.

Ezen eseteknek súlyossága is azonban, a mint már kifejtettük, első sorban a cholangoitis jelenlététől függ, s ilyen esetekben az időnként jelentkező láz, a közérzet leromlása s az általános lesoványodás nem hiányzik.

Az elhúzódó cholangoitist okozó choledochus-kövekre nézve *Ehret* a következő jellegzetes syndromát állította össze: 3—4 napi és még hosszabb (egész 4—12 heti) időszak teljesen láztalanul mulik el, akkor egyszerre felmegy a hőmérsék igen magasra, nem ritkán 41°-ra. A láz többnyire csak egy, ritkán két vagy több napig tart, utána a normálisra száll le a hőmérsék. Jellegzetes módon a lázzal együtt az icterus is súlyosbodik, illetve, ha icterus hiányzott, többé-kevésbé kifejezett icterus jelentkezik. Spontan fájdalmak ellenben teljesen hiányoznak, ámbár a máj nyomásra érzékeny, sőt nagyon fájdalmas lehet.

[1] Epeköveket is sikerült röntgenczéssel kimutatni *(Beck)*, azonban csak bizonyos (bilirubinmész) kövek ismerhetők így fel *(Gilbert, Guinard, Alessandri* és *Dalla Vedova, Coen)*. *Naunyn* is kiemeli, hogy csak mészben gazdag kövek mutathatók ki Röntgen-fény segélyével, cholesterinkövek ellenben nem, különösen az epében nem, a hol az ilyen kövek, mint arról kisérleteiben meggyőződött, nemcsak hogy árnyékot nem adnak, hanem világosabb foltok képében tünnek fel; nem kapott képet a kövekről oly esetekben, hol azokat utóbb műtéttel eltávolították s a hol a szervezeten kivül levő kőről egészen jó képeket lehetett kapni.

Egyszerű rázóhidegek choledochuselzáródásnál nem birnak még a szervezet általános infectiojának jelentőségével. *Körte*, *Ewald* az urethrális rázóhidegekkel hasonlítja öket össze, de ha e mellett szapora kicsiny pulsus, száraz nyelv, hasmenés, tartós étvágytalanság áll fenn s a láz nem száll le a normálisig, hanem remittáló jellegű, avagy a rázóhidegek gyakran jelentkeznek, ez súlyos cholangoitis, vagy más genyes szövődmény (májtályog, pylephlebitis) jele. *Riedel* szerint ezen súlyos cholangoitikus jelenségeknek sokszor általános bágyadtság, levertség a prodromája.

Kehr a gyors lesoványodásnak tulajdonít nagy diagnostikai jelentőséget a chronikus choledochuselzáródás felismerésében. A lesoványodás tapasztalatai szerint igen jelentékeny, míg *Naunyn* szerint a cachexia köves choledochuselzáródásnál csak hónapok alatt áll be; azonban mindenesetre függ ez a cholangoitis súlyosságától. Néha, ha a cholangoitis csekély, mint már említettük, a betegek hónapokig, sőt évekig elviselik a köveket icterussal vagy a nélkül; mindenesetre súlyos elhúzódó icterus önmagában is javalja a műtéti beavatkozást.

A fájdalmak chronikus choledochuselzáródásnál rendszerint mérsékesek, még az exacerbatiók idején sem számbajövők (*Ehret*), ellenben állandóan jelen van egy kellemetlen érzés a gyomorgödörben és a nyomási érzékenység punctum maximuma a középvonalhoz közelebb, az epigastriumban van (*Kehr*). Fontos a köves choledochuselzáródás elkülönítése a tumorostól, különösen az erős icterussal járó esetekben, míg az icterus nélküliekben, vagy a csekélyebb icterussal járókban inkább a májsyphilis lázas alakjai (*Klemperer*, *Riedel*), egyéb májbeli genyedések, elhúzódó pankreatitisek jönnek differentialdiagnosticailag szóba. Ez utóbbi esetekben az anamnesis pontos felvétele, az egész has gondos vizsgálata, a portális pyaemiát előidéző betegségekre való kutatás a kórelőzményekben s az objectiv vizsgálatnál (féregnyúlvány-, végbélgyuladás, dysenteria stb.), a pankreas functionális és physikális vizsgálata adhat útbaigazítást.

A tumoros choledochuselzáródásra vonatkozólag a következő elkülönítő jeleink vannak, melyeket legnagyobbrészt már *Naunyn* classikus munkájában megtalálunk mesterileg csoportosítva.

A) Az anamnesisben. 1. Előrement kólikák hiánya tumorra vall. De megtörténhetik, a mit már több izben én is láttam, hogy a choledochuselzáródás minden előzetes kólika vagy epeköre való más jel nélkül köszönt be; és viszont carcinoma keletkezhetik ott, a hol előzetesen kőtünetek mutatkoztak.

2. A bántalom tartama. Egy éven túl fennálló icterus már eo ipso nem lehet carcinoma következménye, ez legfeljebb utólag csatlakozhatott hozzá.

B) Az objectiv vizsgálatnál.

1. Az icterus súlyossága könél változó, hol kisebb, hol nagyobb mértékben kifejezett a cholangoitis foka és az obstructio mértéke szerint; daganatnál állandó és változatlan, vagy legfeljebb állandóan súlyosbodó. Állandó azonban az icterus a papilla Vateribe ékelt köveknél is.

2. A bélsár kő eseteiben rendszerint nem teljesen acholiás, hol több, hol kevesebb epét tartalmaz, míg tumoros elzáródásnál állandó és teljes az epe hiánya. Itt is azonban a papillába ékelt kövek kivételt tesznek, mert ezeknél is teljesen acholiás a bélsár.

3. Az epehólyag tumornál rendszerint tapintható, könél ellenben nem, de e szabály alól, mint kifejtettük, nem ritka a kivétel.

4. Léptumor. Erre *Naunyn* különösen nagy súlyt helyez; szerinte chronikus cholangoitis léptumor nélkül alig képzelhető s jelenléte ceteris paribus kő mellett és tumor ellen szól. Persze a lépmegnagyobbodás oly sokféle oknak következménye lehet, hogy erre a jelre csak nagyon nagy kritikával szabad támaszkodnunk.

5. A máj viselkedése úgy tumornál, mint icterusnál változó; hol nagyobb, hol kisebb. Persze kemény göbök megjelenése a májon eo ipso carcinoma mellett szól.

6. Ascites carcinoma mellett szól. De nem szabad felednünk, hogy a kőképződés szövődhetik *Laennec*-cirrhosissal, mint *Mayo Robson* egy esetében, avagy choledochuskő nyomja össze a vena portaet, vagy a kövekkel telt epehólyag gyakorol nyomást egyidejüleg a choledochusra és a vena portaera s így kő mellett is megtalálhatjuk az icterus és ascites együttes megjelenését.

7. A láz, ha remittáló vagy intermittáló jellegü, cholangoitis s így kő mellett szól, de carcinoma esetében is lehetnek intermittens és magasra menő lázak.

8. A kifejezett cachexia ráknak a jele, de chronikus choledochuselzáródásnál is észlelhetni súlyos cachexiát, hirtelen és nagymérvü lesoványodást, gyengeséget.

A mint látjuk: unum symptoma nullum symptoma. A jelek nem egyértelmüek, csak összevetésük, combinatiojuk által lehet a diagnosist felállítani, és ilyenkor is bizony nem egyszer tévedünk.

Kétes estekben egy olyan bajnál, mely, mint a choledochuselzáródás, elhúzódása által az életet közvetlenül súlyosan fenyegeti, a próbaincisio jogosultsága fennáll s ezt halogatni nem szabad.

* * *

Előadásom végére értem; igyekeztem egybeállítani a cholelithiasis által okozott ama kórboncztani elváltozásokat, melyek mellett gyógyulásra ismereteink mai állása szerint csupán a sebészi beavatkozás nyujt reményt, s ama klinikai symptomákat, melyekből ezen kórboncztani elváltozások jelenlétére követ keztetni lehet. És ha végül szabad ezen hosszúra nyúlt előadás velejét röviden összefoglalnom, azt a következőkben tehetem:

Operálni kell az epekövet okvetlenül és sürgősen acut esetekben, ha peritonitis vagy sepsis fenyeget, avagy már beállott; chronikus esetekben, ha choledochuskő jelenlétét akár elhúzódó sárgaság, akár pedig ennek hiányában is elhúzódó fertőzésre való jelek (intermittens láz, rázóhidegek, lesoványodás) mutatják.

Operálni nem szabad acut eseteket, ha a roham normális lezajlása várható, és chronikus eseteket, ha a rohamok ritkán jelentkeznek, nem súlyosak, állandóan kövek távozásával járnak s ha szakavatott belorvosi (diaetás, gyógyszeres, balneotherapiás) kezelés tartós sikert tud felmutatni.

Operálni nagyon ajánlatos oly esetekben, hol a rohamok s egyéb nehézségek a belorvosi kezelésnek nem engedve, gyakoriságuk, súlyosságuk által az egyén keresetképességét, egészségérzetét tartósan tönkreteszik, idegrendszerének épségét aláássák, avagy a hol az epehólyagnak irreparabilis anatomiai elváltozásai (hydrops, empyema) mutathatók ki.

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

A bárzsingvarratokra tett pajzsmirigyszeletek hegképző hatásáról.

Irta: *Navratil Dezső* dr. műtőorvos.

(Vége.)

III., IV. Két kutyát szántam arra, hogy rajtuk a fentemlített műtétet teljes szabatossággal, de pajzsmirigyszeletek alkalmazása nélkül végezzem. Mind a két kutyának bárzsingja körkörösen széjjel vált a műtét utáni harmadik napon. A pajzsmirigyszeletek tehát igen jól beváltak a körkörös bárzsingvarratnál is Tapasztalatból tudom, mint azt alább ismételten említeni fogom, hogy a nyálkahártyavarrat, bármilyen gondosan végezzük is, műtét után néhány nap mulva enged és 1½ hét alatt helyéről távozik. Tehát szükségünk van a bárzsingvarratoknál valamire, a mi a bárzsing izomzatának hegét elősegítse, hogy a műtét után pár nap mulva, mikor a bárzsingnyálkahártyavarrat felmondja a szolgálatot, a bárzsingizomvarrat már védve legyen a szétválástól. Különösen szükséges ez a biztosítás állatnál, melyet nem lehet nyugalomban tartani. Hogy az irodalomban említett egy pár eset mégis sikerült, az abban találja magyarázatát, hogy az ember feje és nyaka nyugalomban tartható; így Bier is esetében megemlíti, hogy a beteg nyakát és fejét gypszsínnel nyugalomba helyezte s erősen előrehajlított helyzetben rögzítette. Ez kutyánál kivihetetlen.

Kutyán tehát a bárzsing átmetszése után végzett körkörös varratnál a pajzsmirigyszeletek hegesztő hatása bevált. Tovább kísér-

leteztem tehát, hogy hasonlók-e az eredmények, ha a kutya bárzsingjából körkörösen 1 cm.-nyit resekálok.

Négy kutyán resekáltam körkörösen 1—1 cm.-t a bárzsing nyaki részéből.

I. Az első eset technikai okokból nem sikerült; mert a mikor a bárzsing izomzatát és nyálkahártyáját körkörösen egyesítettem s a pajzsmirigyszeleteket körkörösen rá akartam helyezni, nem számolva azzal a körülménynyel, hogy a bárzsingot nem mobilizálhatom resectio után oly könnyen, mint egyszerü körkörös bárzsingátmetszésnél, ez nehezen sikerült. Minthogy azonban mindenáron rá akartam a bárzsingvarrat hátulsó részére is tenni a pajzsmirigyszeleteket, a mikor a fel- és lefelé nem eléggé mobilizált bárzsingot kissé erőltetve előhúztam, az izomvarrat ezen húzás alatt bevágott az izomzatba. Hiába sikerült tehát, bár nehezen, a pajzsmirigyszeleteknek ráhelyezése a körkörös bárzsingizomvarratra, mert a vongálás alatt alkalmasint nemcsak a bárzsingizomvarrat, hanem még a nyálkahártyavarrat is erősen szenvedett. Igy magyarázom azt, hogy másnap a bárzsingvarrat teljesen szétvált. Eljárásomnak technikai tökéletlenségén úgy javítottam, hogy a később mütött 3 kutyán, még mielőtt a hátulsó izomvarratot alkalmaztam volna, már odahelyeztem az izom mögé a pajzsmirigyszeletet, a melyet az izomvarrat hátulsó részének

3. ábra.

hegesztésére szántam, s azt 4 finom selyemfonállal hátul az izomhoz öltöttem, úgy, hogy majd a körkörös izomvarratot teljesen fedje; ezután az izmot hátul csomós szücsvarrattal egyesítettem, majd körkörösen a nyálkahártyát, azután a hátralevő izomrészletet elől. Mivel az izomvarrat hátulsó része teljesen be volt már fedve a pajzsmirigyszelettel, az elülső részre könnyen rátehettem a megfelelő pajzsmirigyszeletet, a melyet szintén finom selyemmel rögzítettem az izomvarrat felett. A míg első mütétem két órán túl tartott, addig e mütéteimmel 1½ óra alatt teljesen készen voltam, s a mi a fő, a bárzsingvarratok a mütét alatt semmiféle vongálásnak nem voltak kitéve.

A II., III. és IV. eset primára gyógyult. A kutyákat mütét után ½, 1 és 1½ hónap mulva leöltem. A talált szükület megegyezett az előbb mütött két kutya szükületével. A resekált bárzsingok közül az egyiknek rajzát itt mutatom be. Mind a három esetben, épügy mint az előbb említett két esetben, a bárzsing nyálkahártyája körkörösen 1—1½ mm. szélességben szétvált.

A mint látjuk, a pajzsmirigyszeletek itt is jól beváltak, eltekintve az első esettől, a melyben technikai hibák forogtak fenn. Megemlítem még, hogy kisérleteket tettem egy esetben golyvaszeletekkel is, de ezek, tekintve, hogy nem parenchymás, hanem cystosus, göbösen elfajult golyvaszeletek voltak, eredményre nem vezettek. A varrat szétvált. Két esetben, hol a fiatal kutyának csak babnyi pajzsmirigye volt, a mely a varratnak még a felére sem lett volna elegendő, megpróbáltam a pajzsmirigy helyett izmot tenni a körkörös bárzsingvarratra. Az egyik esetben a sternohyoideust irtottam ki teljes hosszúságában baloldalt, azt körkösen rátettem a bárzsingvarratra s pár öltéssel odaöltöttem. A kép a mütét alatt nagyon szép volt, az eredmény azonban kevésbé kielégitő.

Igaz ugyan, hogy a bárzsingvarrat nem vált szét, de 2½ hét mulva a nagyon lesoványodott kutyát kiváncsiságból leölve, egy alig átjárható stricturát találtam a varrat helyén. A második esetben a sterno-cleido-mastoideus belső oldalának felső harmadán lefutására merőlegesen metszettem be az izom közepéig, s innen a rostokkal párhuzamosan lefelé vagy 7 cm.-nyire; alul az izomszeletet a sterno-cleido-mastoideussal összefüggésben hagytam, hogy ez úton táplálkozzék. Majd ezen kikanyarított izomdarabot a rostokkal párhuzamosan közepén feleztem. Azután e két izomszelet közé belehúztam a bárzsingot, úgy hogy e két szelet a bárzsingon lovagolt; az izomszelet két végét a bárzsing mögött egy öltéssel összeakasztottam. Az egyik szeletet a bárzsing hátulsó, a másikat elülső részéhez odaöltöttem nehány vékony selyemvarrattal. A kép most is igen szép volt, azonban a nagyon lesoványodott kutyát két hét mulva leölve, szintén alig átjárható stricturát találtam a bárzsingvarrat helyén. Az izommal való kisérletekről tehát igen hamar lemondottam s megmaradtam a pajzsmirigyszeletek mellett, a melyeknek nagy előnyét abban látom, hogy biztos hegesztő és megtapadó képességük mellett, a mit alább majd bővebben kifejtek, lehetőségét nyujtják annak, hogy a darabkáiból alkotott füzért bátran tehetjük a bárzsingvarratra hegesztőül, a nélkül, hogy a pajzsmirigyszeletek elhalnának, míg izomdarabkákkal ezt nem volna tanácsos megtenni. A kis cseplesznek rátevését a bárzsingvarratra szerettem volna még megkisérteni, de egyrészt a pajzsmirigyszeletekkel elért eredmények, másrészt, mert az úgyis nagyobb nyaki mütétet még laparotomiával kellett volna egybekötni, e kisérletet nem tartottam javaltnak. Egy amerikai orvos, *George Emerson Brewer*[1] czikkében sterilizálható ragtapaszt emlit, a melylyel nagy arteriák sérüléseit betapasztva, igen jó eredményeket ért el. Irtam is ismételten a gyárnak (Johnson and Johnson, New-Brunswick, New-Jersey), de levelemre választ nem kaptam. Szerettem volna e tapaszt is megkisérteni a pajzsmirigyszeletek helyett, de sajnos, nem kaphattam belőle s igy megmaradtam a pajzsmirigyszeletek mellett, a melyeknek előnyeit a körkörös bárzsingvarratoknál alaposan kiismertem.

A leölt kutyákon a hegvonal mentén behatoltam a bárzsinghegig s a bárzsinghegekből darabkákat vágtam ki szövettani vizsgálatra. A vizsgálatokat Bakay dr. volt szíves végezni, a miért neki e helyen is köszönetet mondok. Eredményeiről az alábbi sorokban számolok be: Mindenik heg fiatal granulatiós szövetből áll, sok fibroblasttal, de nagyon kevés rosttal és gömbsejtek közt itt-ott óriássejtekkel. Az egész heg feltünően vérdús. A heg telve van új capillarisokkal s tovanövő érbimbókkal.

E szövettani lelet többé-kevésbé megegyezik *Eiselsberg*,[2] *Christiani*,[3] *Sultan*[4] és *Enderlen*[5 6] leletével. E négy említett szerző t. i. fél thyreoideát, illetőleg thyreoidea-szeleteket transplantált ugyanabba az állatba és vizsgálta a transplantált thyreoidea-rész életképességét. E szerzőknek nagyobb thyreoidea-részletek állotlak szövettani vizsgálat czéljából rendelkezésre és igy szövettani teleteik is szabatosabbak.

[1] *George Emerson Brewer:* Some experiments with a new method of closing wounds of the larger arteries. Annals of Surgery, Vol XL, No. 6. 856. pg.

[2] Eiselsberg. Über erfolgreiche Einheilung der Katzenschilddrüse in die Bauchdecke und Auftreten von Tetanie nach deren Exstirpation. Wiener klinische Wochenschrift. 1892.

[3] Christiani. De la greffe thyroidienne en general et de son evolution histologique en particulier. Archiv. de Physiologie 1895.

[4] Sultan. Zur Histologie der transplantirten Schilddrüse. Centralblatt für allg. Pathologie und pathol. Anatomie. 1898. IX. B.

[5] Enderlen. Über das Schicksal der in die Bauchhöhle verpflanzten Schilddrüse. Sonderabdruck aus den Sitzungsberichten der Gesellschaft zur Bef. der ges. Naturwissenschaften zu Marburg Nr. 5. Juni 1898.

[6] Enderlen. Untersuchungen über die Transplantation der Schilddrüse in die Bauchhöhle von Katzen und Hunden. Separatabdruck aus den Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1898. Bd. III. Heft 3.

Mikor kisérleteimet már javában végeztem, jutott kezeimhez Christiani munkája, melyben nagy örömömre azt találtam, hogy a transplantált pajzsmirigydarab a negyedik napon a környező szövetekkel már teljesen össze volt növe. Vizsgálatai tehát az enyéimet teljesen megerősítik, noha az ő czélja nem az volt, hogy a thyreoidea tapadó képességét vizsgálja, hanem a transplantált thyreoidea életképességét kutatta.

A mint már említettem, a nyálkahártya-varrat körülbelül a III. naptól kezdve enged; ha tehát a nyálkahártya varrat a harmadik naptól fogva felmondja a szolgálatot, akkor csak az izom maga van hivatva védeni a körkörös bárzsingvarratot a felbomlástól; nagyon jó, sőt kivánatos is tehát, ha a felbomlott nyálkahártyaréteg helyett az izomzatra rátett pajzsmirigyszeletek teljes megtapadása segít az izomzatnak a hegképződésben. A heg talán erősebb s a szükület nagyobb így, mint pajzsmirigy nélkül; de ez nem nagy jelentőségű, mivel emberen a sondázás könnyen végezhető. A ki bárzsingsebészettel foglalkozott, az tudja, hogy a körkörös resectio után a gyógyulás bizony sok esélylyel jár; miért ne csökkentsük ezeknek számát azzal, hogy pajzsmirigyszeleteket használunk, a melyeknek tapasztó illetve heg esztő hatását nemcsak az én kisérleteim, de Christiani vizsgálatai is bizonyítják.

Felvethetné valaki a kérdést, vajjon nem okoznak-e nagyobb complicatiót a pajzsmirigyszeletek, ha a bárzsingvarrat szétválik. A genyes mediastinitis esélyének bárzsingresectiónál mindig ki vagyunk téve, ha a varrat szétmegy; de drainezve s idejekorán észrevéve a bajt, ha a sebet mindjárt feltárjuk és a bárzsing alsó sebszélét, esetleg a felsöt is kivarrjuk a bőrhöz, ezt elkerülhetjük. Első esetemben, mikor a varrat technikai hibák folytán szétment, nem láttam semmi hátrányát sem a pajzsmirigy szeletnek, a kutyát gondos kötözés mellett meg tudtam tartani.

Röviden összefoglalva, vizsgálataim eredményei a következők: Három esetben tettem pajzsmirigyszeletet részleges bárzsingvarratra, két esetben tettem pajzsmirigyszeletet egyszerü körkörös varratra resectio nélkül, négy esetben resekáltam az oesophagusból 1—1 cm.-nyit és védtem a varratot a szétválástól az izomvarratra tett pajzsmirigyszeletekkel. Szóval 9 esetben alkalmazva pajzsmirigyszeletet, részleges-körkörös varrat után egy kutyát sem vesztettem el. Egy kivételével mind a nyolcz állat meggyógyult. Ennél az egynél technikai hibák miatt vált szét a bárzsingvarrat, de a kutya nem pusztult el genyedő mediastinitisben.

Nyolcz gyógyult eset kapcsán számolhatok be tehát eredményeimről, a melyek alapján kivánatos volna adandó alkalommal embernél is kisérletet tenni a körkörös bárzsingvarratra tett pajzsmirigyszeletekkel.

Mielőtt munkámat befejezném, köszönetet mondok főnökömnek, Dollinger tanár urnak, azon szívességeért, hogy munkámat mindvégig érdeklődéssel és figyelemmel kisérte s nem egyszer jó tanácsaival segítségemre volt.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Albarran: Exploration des fonctions rénales. Étude médico-chirurgicale. Paris, Masson & Comp, 1905.

Hosszas vizsgálódáson és tapasztalaton épült fel ezen 555 oldalra terjedő mű, mely a functionális vesediagnostika minden kérdését — helyenként bizonyos terjengőséggel és gyakori ismétlésekkel — felöleli. A kérdés jelen állásának képét nyujtja a szerző e műben, mindenütt hangsúlyozva a saját álláspontját, melyet helyenként az eredetiség bélyegével is felruház, bár az irodalomban az illető eljárás más nevéhez fűződik.

Az I. részben *Albarran* kiemeli, hogy számos megfigyelése alapján normális körülmények között is ugyanazon időben mindkét vese különböző mennyiségü és különböző összetételü vizeletet választhat el. Minthogy a vér összetétele nemcsak a vesemüködésen alapul, hanem egyéb mirigyek működésén is, ebből azt következteti, hogy a vér összetétele és a vizelet összetétele közt nincs állandó viszony. Sem a vizelet, sem a vér külön, sem a kettő közötti viszony nem ad útmutatást a vesefunctio értékére nézve. A vér molekuláris concentratioja sem lehet irányadó a veseműködés megitélésénél. A Σ normális lehet, noha mindkét vese beteg, a vérfagypont csökkenése $-0{\cdot}60^0$-on alul sok egyéb ok miatt is beállhat, függetlenül a vesefunctiotól. Súlyt helyez a vizelet chemiai analysisére; jelentőséget tulajdonít a methylenkékpróbának. A phloridzinpróbánál nem maga a czukorkiválasztás a lényeges, hanem a czukorkiválasztás tartama és a czukor mennyisége, bár a kiválasztott czukormennyiség és az anatomiai veseelváltozás közt nincs egyenes arány.

A II. részben egy-egy vese külön müködésével foglalkozik. Határozottan az ureterkatheterismus híve. A separatorokat csak akkor alkalmazza, ha az ureterek katheterezése nem vihető ki; férfinála *Downes* féle separatort ajánlja, ha strictura van, a mely mellett ezen eszköz bevezetése még lehetséges, de az uretercystoskopé nem; a *Cathelin*-féle separatort akkor ajánlja, ha a hólyag kapacitása 50 cm^3-en alul van; a *Luys*-féle separatort főleg nőknél s gyermekeknél alkalmazza gümös cystitis esetén. A veseműködés megitélésére a következő eljárásokat végzi: 1. rendszeres vizeletvizsgálatot a 24 órai vizeletmennyiség, a fajsúly és a vegyi elemzés meghatározásával több napon át; 2. a vizelet fagyáspontjának meghatározását és a *Claude-Balthazard* képlet megállapítását; 3. a methylenkékpróbát; 4. a jodkalium- és a phloridzinpróbát kétes esetekben. Hogy ezen eljárások megbizhatók, arra 116 nephrektomiája utal 5 halálesettel. A phloridzinglykosuria nem megbizható és nem utal okvetlenül a megfelelő vese épségére, a mivel *Casper* álláspontját támadja meg, bár ez nem sikerül neki teljesen, mert *Casper* sem következtet ezen egy jelből, hanem hangsúlyozza, hogy csak az összes többi jel egybehangzása esetén értékes a phloridzinpróba eredménye.

Nagy jelentőséget tulajdonít *Albarran* az experimentális polyuriának és ezen vizsgálati módszert úgy tárja elénk, mintha az eszme, mely *Kövesi*-től és *Illyés*-től ered, az ő sajátja volna. Ezen vizsgálatokból tudjuk, hogy a kóros vesének müködése állandóbb, mint az ép veséé, és a veseműködés ezen eljárásra annál kevésbé változik, minél több parenchyma pusztult el. A higítási eljárás nem permeabilitási próba, a vízkiválasztás specifikus sejtműködés eredménye. Örvendünk, hogy *Albarran* is oly értékesnek tartja a higítási eljárást, melynek helyességéről számos esetben mi is meggyőződhettünk, s csak azt sajnáljuk, hogy nem emeli ki kellőleg a magyar vizsgálók eredményeit, hanem rajtuk felületesen átsiklik és önmagának tulajdonítja ez eljárás meghonosításának érdemét.

E művet mindazoknak, kik a functionális vesediagnostika iránt érdeklődnek, mint jó gyüjtőmunkát, mint alapos tapasztalatokon felépült művet ajánlhatjuk. *Steiner Pál* dr.

Új könyvek: *E. Abderhalden:* Lehrbuch der physiologischen Chemie Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Witzel, Wenzel* und *Hackenbruch:* Die Schmerzverhütung in der Chirurgie. München, J. F. Lehmann. — *A. Wolff-Eisner:* Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung. München, J. F. Lehmann. — *H. Kehr:* Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. München, J. F. Lehmann. — *W. Brügelmann:* Die Behandlung von Kranken durch Suggestion. Leipzig, G. Thieme. — *G. Hünerfauth:* Trink- und Badekuren zu Hause. Leipzig, G. Thieme. — *B. Salge:* Der akute Dünndarmkatarrh des Säuglings. Leipzig, G. Thieme. — *F. Fonck:* Der Traum eines Arztes. Leipzig, G. Thieme. — *F. Fonck:* Radium und Nervensystem. Leipzig, G. Thieme. — *Kolle* und *Hetsch:* Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *G. Hauffe*: Beiträge zur Kenntniss der Anwendung und Wirkung heisser Bäder. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *A. Monti:* Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Ergänzungsband, 1. und 2. Heft. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *P. Mégnin:* Les insectes buveurs de sang et colporteurs de virus. Paris, F. R. de Rudeval. — *H. T. Ricketts:* Infection, immunity and serumtherapy. Chicago, American Medical Association Press. — *J. Sim Wallace:* Supplementary essays on the cause and prevention of dental caries. London, Baillière, Tindall and Cox. — *H. Lambert Lack*: The diseases of the nose and its accessory sinuses. London, Longmans, Green and Co. — *Ch. Barrett Lockwood*: Appendicitis, its pathology and surgery. Second edition. London, Macmillan and Co.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az angina pectorisnak és a vele rokon állapotoknak gyógygymnasticával és a mellkas massage-ával való kezeléséről irván *Hasebrock* elmondja, hogy a jelzett kezelésnek nem képezheti contraindicatioját a szívizom és a szívarteriák betegsége. Ez állítását anginás rohamokban szenvedett két egyén bonczleletével bizonyítja, kiknél 8 havi, illetőleg 1 evi állandó kezelés a rohamok ritkulását és könnyülését eredményezte, bár a bonczolás mindkettőnél az aorta és aa. coronariae előrehaladt sclerosisát mutatta ki. Hasonló symptomás javulást gyakran észlelt, mely kivétel nélkül a pulsus-szám és minőség objectiv javulásával járt. Ha halál állott be, az sohasem történt a kezelés alatt vagy közvetlenül a kezelés után. A mechanotherapia e hatása a peripheriás vasomotor-működés javulásának következménye: peripheriás szívó és nem centrális propulsiv erők használtatnak ki.

Volt azonban elég oly esete is, melyekben a kezelés eredménytelen maradt. Ennek okát abban keresi, hogy pseudoanginánál, tehát a melynél az aa. coronariae anatomiai szűkülete hiányzik s azoknak csak functiós, edénygörcs által okozott szűkülete vehető fel, a roham kiindulhat a mellkasizmok hyperaesthesiájából is *(Rosenbach)*. A roham kiváltásában ilyen érzési reflexneurosisnak is szerepe van azon esetekben, melyekben a szívcsúcson és ettől balra a bordaközben a hónaljvonalig nyomásra érzékenység mutatható ki, vagy körült fájdalompontok vannak baloldalt a szegycsont mellett a bordaközti idegek kilépésének megfelelőleg a II—IV. bordaközben, kövér asszonyoknál a bal emlőn. Ha a kezelésnek sikerül e nyomási fájdalomtüneteket elmulasztani, úgy maguk a rohamok is kedvezően befolyásolhatók, vagy teljesen megszüntethetők; ez állítását 9 ismertetett esete igazolja.

Valószinünek tartja, hogy a jelzett helyek fájdalmasságát azon bőr-, böralatti kötőszövet-, izombeli szövetvastagodások okozzák, melyek magukban is érzékenyek és melyek nyomásuk által a rajtuk elhaladó idegpályákat érzékenyekké teszik. (Ilyenek eléggé ismeretesek lumbagonál, ischiasnál.) A sympathicusnak a bal mellkas érző idegei részéről kiváltott izgalma okozhatja az aa. coronariae összehúzódását, ezzel a szív ischaemiáját, az anginás rohamot. Az érzékenységnek épen baloldaliságát nem tudja megmagyarázni, azonban utal a féloldali neuralgiáknak túlnyomóan baloldali localisatiojára. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 86. köt. 6. füzet.) *R. Zs.*

A pitvar- és gyomrocsműködés teljes dissociatiojának esetét közli *R. Finkelnburg*. 55 éves férfi, ki 35 évvel ezelőtt súlyos fejsérülést szenvedett, *Adams-Stokes*-féle betegség tüneteivel jelentkezik: tartósan ritka pulsus (28—30), öntudatlansági rohamok s ezek kiséretében néha görcsök. A nyaki venákon kifejezett pulsatio, melynek száma a szívsystolek számát 3—4-szeresen meghaladja. Jobb gyomrocsdilatatio és a szívcsúcson systolés zörej. A carotis és jugularis pulsus-görbéjének összehasonlítása szerint az arteriás pulsus nagyjában szabályos, egy-egy pulsusperiodus tartama 12—14 (kivételesen 10—11) ötödmásodpercz. A venás pulsus képe szabálytalan, minden carotis-pulsusra 3—4 különböző magasságú esik. A venás pulsus-görbén a carotisról közlött emelkedésen kivül találunk emelkedéseket, melyek többnyire az előbbieket követik s gyomrocspangási hullámnak felelnek meg, továbbá 4 ötödmásodpercznyi távolságokban pitvarsystolés hullámokat. A hol ezek az előbbiekkel egybeesnek, az emelkedés feltünő magas. A közlött emelkedés és a pitvarsystolés emelkedés közötti távolság állandóan változik, jeléül annak, hogy a pitvar és a gyomrocs függetlenül müködnek, közöttük valódi dissociatio áll fen, az ingervezetés teljesen fel van függesztve, a *His*-féle össszekötő izomrostok nem müködnek.

Esete megerősíti *Rill*-nek az eddig közlött valódi dissociatiós esetekből levont azon következtetését, hogy az automatikusan működő gyomrocs systoléinek száma embernél átlag 30-ra tehető.

Minthogy a betegség ez esetben is három éves s a szerző által észlelt, valamint mások által leirt esetek is évekre terjedő tartamot mutatnak: a vezetési zavar lassú fejlődésénél, addig míg a teljes dissociatio beáll, a szervezet bizonyos mértékig valószinüleg alkalmazkodik az abnormis szivműködéshez és csak az excessiv rohamok birnak a hirtelen halálos kimenet veszélyével. (Deutsch. Arch. für klin. Med. 1906. 86. köt., 4—5. f.) *R. Zs.*

A szív- és a gyomorbélbetegségek egymáshoz való viszonyáról tartott előadást az idei német balneologus-congressuson *A. Schmidt*. Szív-incompensatióknál a gyomor és bélhuzam a pangások által okozott zavarokban — a portális érrendszer közbeiktatása miatt — sokkal kevésbé vesz részt, mint a többi hasüregi szerv. Csak nagyobbfokú és tartós keringési zavarnál észlelhető, hogy csökken a sósavkiválasztás és a zsiremésztő képesség; gyakori az obstipatio, de fehérjerothadás nem áll fenn. Ezzel szemben a a subjectiv panaszok: gyomor-nyomás, teltség, émelygés, felfúvódottság, felböfögés gyakoriak s az egész subjectiv kórképben praedominálhatnak. A jelzett tünetek főoka legtöbbnyire nagyfokú meteorismus. Ennek oka nem a gázok nagyobb mennyiségü képződésében, hanem azok hiányos felszivódásában keresendő, a minek ismét a gyomor és a belek venás vérének a pangás folytán beálló hiányos lefolyása az oka. Épen ezért ugyanezen tünetet találjuk májcirrhosisnál vagy kezdődő peritonitisnél is.

A pangás igen alkalmas talaj levén hurutokra, gyakran csatlakoznak hozzá gastritisek és enteritisek, melyek néha súlyos hasmenésekben, csillapíthatlan hányásban nyilvánulnak, s a szívtüneteket felülmulva, előtérbe kerülnek. Néha a hasmenés a pangás folytán véres, sőt (*Romberg* tapasztalataival szemben) profus bélvérzés esetét is említi a szerző.

Bél- és gyomorbántalmak sokkal ritkábban váltanak ki tüneteket a circulatiós készülékben. A mennyiben előfordulnak, 1. tachycardiás illetőleg allorhythmiás, vagy 2. angina pectorishoz hasonló állapotokat és 3. asthma dyspepticumot okoznak. Leggyakoribb a dyspepsiás állapotoknál diaetás hibák után beálló tachycardia, esetleg arhythmiával, a mely némelyeknél habituálisan jelentkezik, minden bő étkezés után. Legtöbben a felhalmozódó gázoknak a gyomorfal vagusvégződéseire gyakorolt nyomására és ez által a vagustonus felfüggesztésére vezetik vissza, valódi tachycardia paroxysmalis ez alapon nem fejlödik. *Grob* hasonló körülmények közt bradycardiát észlelt.

A 2. csoportba tartoznak a *Rosenbach* féle emésztési reflexneurosisok: étkezés után, kivételesen üres gyomornál támadó, angina pectorishoz hasonló tünetek, szapora, arhythmiás érveréssel. Mindenkor emésztési zavarok képezik az alapját, de az előbbi és a 3. csoporttól való éles elválasztásuk *(Rosenbach)* nem jogosult, mert mindkét irányban észlelhetők átmenetek. (A szerző esetei közül a 2. tulajdonképen nem erre, hanem az elsődleges szív-incompensatiókkal szövődő gyomorzavarokra szolgáltat példát. *Ref.*)

Az asthma dyspepticum *(Henoch)* eseteire tulajdonképen az asthma elnevezés, főleg az asthma bronchialera vonatkoztatva, jogosan nem alkalmazható. A levegőhiány inkább subjectiv érzés, melynek objectiv jelei vagy hiányoznak, vagy mindössze felületes, szapora légzésben nyilvánulnak. Asthma cardialere inkább emlékeztetnek a tünetek, a mennyiben csaknem mindig szabálytalanságok mutatkoznak a szívműködésben és érverésben. Okukra nézve, úgy, mint az előbbinél is, a felpuffadt gyomor közvetlen mechanicai hatása mellett a vagusvégekből kiinduló reflexhatásokat is nagyban szerepeltetik

A szerző szerint csak az vehető biztosra, hogy mindhárom alaknál a tünetek alapját a szív működészavara képezi. Az bizonyos, hogy a gyomor-bélzavarok hasonló tüneteket többnyire nem okoznak, s ha igen, akkor is a szívműködés valami elsődleges zavara jobbára kimutatható; de ha nem is mutatható ki, annál nehezebb a szívneurosis kizárása. Ennélfogva e zavarok beállását mindenkor a gyomor-bélbántalomnak valami primaer szívműködési rendellenességgel való szövődésére vezeti vissza.

Ezen gastro- és enterogen szívneurosisoknak diagnosisa a szív- és bélfunctiók zavarának időbeli egybeesésére támaszkodik. Az alapul szolgáló gyomor-bélbetegség többnyire könnyebb és functiós természetü (kiválasztási rendellenességek, atoniák, gyomorneurosisok). A felső has nagyfokú meteorismusa jóformán sohasem hiányzik. A prognosist általában jónak tartják, ha nem valami szervi szívbaj játszik benne szerepet; utóbbi esetben súlyos következményekkel járhat. A gyógyeljárás az emésztési zavarok meg-

szüntetésében áll, mire nézve érthető okokból gyakran első sorban a digitalis bir jó hatással. (Berl. klin. Wochenschr. 1906. 14. szám.) *R. Zs.*

Sebészet.

A kézfertőtlenítésről értekezik *Schumburg*. Kisérletei nyomán azon tapasztalatra jutott, hogy a szappannal és kefével való mosás a bőr csiratartalmát alig kevesbíti meg. Sőt gyakran a szappanos mosás után több csirát talált a bőrön, mint a mosás előtt, noha közben a kefét váltotta és a kezeket steril vízzel le is öblítette. Ellenben azt tapasztalta, hogy már 1½—2 perczes alkoholos mosás a bőrön levő bakteriumok számát csökkenti. Közönséges denaturált spiritussal ugyanezen eredményre jutott, de sem ez, sem az absolut alkohol nem ad teljesen kielégítő eredményt. Kisérletei nyomán ajánlja, hogy alkohol aether-elegyet használjunk 2 : 1 arányban ½0% os salétromsavval vegyítve, ez oldatot a kéz jól türi és úgy a kézen tapadó zsírt, mint a csirákat eltávolítja. Elegendő már 2½ perczig tartó mosás. Ha ezen mosakodás után még desinficiáló szert is akarunk használni, a 10%-os hydrogenhyperoxydot ajánlja, a mely kevésbé izgatja a bört mint a sublimat. (Arch. f. klin. Chir. 1906. 79 k. 1 f.) *Heusner* szerint csak azon anyagok diffundálnak és jutnak a mélyebb rétegekbe, a melyek a bőrön levő zsírokat oldják, ezért ha az a törekvésünk, hogy a desinficiáló szer a bőr mélyebb rétegeibe is belejusson, előbb zsíroldó anyagokat kell alkalmazni. E czélra kitünően megfelel az aether, még inkább az olcsóbb benzin, melyhez az erősen desinficiáló jodot adja. 1‰ jodbenzinnel előzetes szappanos mosás nélkül 5 perczig mossa a kezeit, majd egy másik edényben levő jódbenzinnel még egyszer leöblíti őket, s utána 2‰ jodvaselin-kenőcscsel bekeni. Hasonló módon történik a műtéti terület megtisztítása is. Ez eljárás használata mellett a fonálgenyedések száma is csökkent. A módszert egyszerűsége s olcsósága, valamint az időmegtakarítás miatt is követendőnek véli. (Zentralbl. f. Chir., 1906. 8. sz.)

Steiner Pál dr.

A gyomor és a bélrendszer subcutan sérüléseinek sebészeti kezeléséről számol be *Voswinckel*, Körte tanár osztályáról. 14 esetet észlelt, melyekből 2 gyógyult. A műtét, valamint a bonczolás alkalmával tett észleleteiből a következő tanulságokat vonja:

1. Gyomor-bélsérülés gyanúja esetén minél előbb operáljunk.
2. Ha a beteg olyan állapotban kerül elénk, hogy a műtétet alig birná ki, analepticumokkal és subcutan konyhasó-infusiókkal igyekezzünk olyan állapotba hozni, melyben operálható.
3. A subcutan gyomor-bélsérülés legjellegzőbb tünete a shock, az intensiv nyomási fájdalmasság főleg a traumát szenvedett helyen, s az egyenes hasizmoknak deszkakemény megfeszülése.
4. Kisebb, körülirt bélsérülésnél elegendő az egyszerű egyesítés s felette serosavarrat; kiterjedtebb sérülésnél az illető bélrészlet resectiója végzendő.
5. Ha a peritonitis már nyilvánvaló s csekély a remény a beteg megmentésére, meg kell kisérleni a bélnyilás elzárását.
6. Az egész hasüregnek steril konyhasóoldattal való öblítése nagyon fontos és sohasem mulasztandó el, mert ezzel nemcsak a bejutott fertőző anyagot távolítjuk el, hanem a hashártyát olyan állapotba hozzuk, a melyben az a visszamaradt csirákkal szemben sikerrel megküzdhet. (Arch. f. klin. Chir., 1906. 79. k. 2. f.) *Steiner Pál* dr.

Appendicitisnél az appendixben található pontszerű vérzések jelentőségét vitatja *Bayer* és *Lotheissen*. *Bayer* a féregnyújtvány nyálkahártyáján oly gyakori capilláris vérzéseket a műtét következményének tartja, míg *Lotheissen* ezen elváltozást a féregnyújtványgyuladás termékének véli. Álláspontjának igazolására felemlíti *Lauenstein* és *Revenstorf* 89 esetét, melyek közül 30 esetben a haemorrhagia nem volt konstatálható, noha a féregnyújtvány kiirtása minden esetben ugyanazon módon történt. *Lotheissen* szerint a haemorrhagiák egyenes arányban állanak a betegek műtét előtti panaszaival; minél súlyosabb a baj, annál kiterjedtebb a vérzés, s ezért a capilláris haemorrhagiák nem műtermék, hanem a kóros elváltozás eredménye gyanánt fogandók fel. (Centralbl. f. Chir., 1906. 17. és 21. sz.) *Steiner Pál* dr.

Venereás bántalmak.

Syphilis-oltási kisérleteket végeztek majmokon *E. Finger* és *K. Landsteiner* (Bécs), részben *Finger* klinikáján, részben *Weichselbaum* kórboncztani intézetében. Az érdekes eredményekre vezetett kisérletek négy irányban folytak s így a dolgozat is ugyanannyi fejezetre oszlik. Az első sorozatban a szerzők alsóbbrendü majmok oltásával foglalkoztak, s egyúttal vizsgálták a syphilises egyének vérsavójának hatását a lues virusára. Az oltások helye rendesen a szemhéjak bőre volt, olykor a has és genitaliák bőre. Az oltások technikája abban állott, hogy a bőrön részben bő scarificatiókat végeztek, részben mély tasakokat képeztek, hogy a syphilises anyag minél mélyebben és bőségesebben hatoljon a szervezetbe. Az oltások sikere ugyanis főképen ettől függ. Anyagul leginkább sclerosisok és luxuriáló papulák részletei és váladékai szolgáltak. A serumvizsgálatok úgy folytak, hogy a konyhasóoldatban suspendált syphilises virust különféle higításban összehozták syphilises egyének vérével. Természetesen megfelelő ellenőrző kisérletek sem hiányoztak. Kisérleti állatokul szolgáltak cynocephalus hamadrias-ok, macacus cynomolgus-ok, macacus sinicus ok és macacus rhesus-ok. Az oltások csaknem mind positiv eredménynyel jártak, a mennyiben a bevitel helyén hol erosiók, hol fekélyesedések képződtek, a melyek a szerzők szerint lueses nyilvánulásoknak tartandók. Ezt főleg az incubatiós időszak fennállása, a más majmokra való átoltbatóság és az oltás kapcsán kifejlődött immunitás támogatja. Nem közömbös az oltás sikerére, hogy milyen testrészen történik az. Legalkalmasabb a szemhéj bőre. A majomfaj mineműsége nem bizonyult fontos tényezőnek. Ez igen fontos, mert így az olcsóbb fajták is jó kisérleti anyagot szolgáltatnak. A szerzők általános haematogen úton keletkezett másodlagos tüneteket nem észleltek, említést tesznek azonban regionárius másodlagos tünetekről.

A második sorozatban az oltások állatról állatra történtek, a mi különben már *Metschnikoff* és *Roux* nak is sikerült. 21 kisérlet közül 19 határozottan positiv eredményt adott. A majom-syphilis virusa hatásosság dolgában úgy látszik nem áll mögötte az emberi virusnak. A harmadik kisérleti sorozatban a szerzők meg akarták állapitani, hogy mily befolyás gyakorolható az oltások lefolyására előzetesen a szervezetbe vitt élő vagy megölt virus által. Tapasztalataik szerint élő virusnak intraperitoneális bevitele után későbbi syphilisoltások a bőrön hatástalanok. Gyakorlatilag is igen fontos kérdést vizsgáltak a negyedik kisérleti csoportban: a gummának fertőző képességét kutatták. Tudjuk, hogy az ú. n. tertiaer syphilises jelenségek contagiositásának kérdése már hosszú idő óta discussio tárgya. Míg a régebbi észlelők a késői lueses jelenségek fertőző képességét tagadták, addig az újabb vizsgálatok egyre bizonyosabbá tették, hogy pl. a gumma is csak olyan lueses megbetegedés, a mely fertőzésre vezethet. A szerzők kisérletei ezt a kérdést is positiv irányban eldöntötték, mert a gummarészletekkel oltott állatok typusosan viselkedő oltási fekélyt kaptak. Az oltáshoz nem elegendő az elhígult gummiszerü anyagot használni, a széli infiltratumból is kell venni. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 78. köt., 2—3. f.) *Guszman.*

Idegkórtan.

Az aphasia tanának megdöntése czélja *P. Marie* legújabb munkájának. A kiváló tudós 50 bonczolt aphasia-eset alapján következőkép itélkezik.

Minden aphasiás beteg többé-kevésbé rosszul érti azt, a mit az ember mond neki. A beszéd megértésének ez a zavara különböző fokú, némelyik egy szót sem ért meg, a másik az egyszerű dolgokat megérti. Ha az ember megelégszik azzal, hogy egyszerű kérdéseket vagy felszólításokat intéz a beteghez, mint pl. öltse ki a nyelvét stb., akkor elkerüli a figyelmünket a zavar egy része. A beteg ugyanis sokszor csak az összetettebb dolgokon akad meg. Ilyen összetett felszólítás pl a következő. „Keljen fel, menjen az ablakhoz, kopogjon rajta háromszor, azután jöjjön vissza, menjen a szék körül és üljön le“. Az a kérdés, hogy ha a beteg ezt képtelen megtenni, szósüketséggel van-e dolgunk. A kérdésre nemmel kell felelnünk, mert a beteg az egyes szót, sőt az egész mondatot megérti és mégsem tudja végrehajtani a kapott parancsot. Ennek oka az intelligentia megfogyatkozása. Az intelli-

gentiának ezt a fogyatkozását teszi Marie az aphasia legfontosabb pontjává, míg az eddigi nézet azt vallotta, hogy az kevéssé, vagy épen nem zavart az aphasiában. Az intelligentia zavara és nem a szó megértésének hiányossága magyarázza, ha a muzsikus elfelejt kóta nélkül játszani, ha a beteg nem ismeri meg, hogy hány az óra, vagy ha számolni nem tud. Az intelligentia zavara volt az oka annak, hogy egy a felületes vizsgálatkor intelligensnek látszó szakács a rántotta készítésekor először a tojást tette a serpenyőbe és azután adta rá a zsírt és az így készült, fel nem tálalható étele külsején meg sem ütközött.

Az aphasiás ember intellegentiája sok megtévesztő körülmény következtében látszik épnek. Nevezetesen a beteg affectusai nem változnak, az aphasiás tisztában van társadalmi helyzetével és gyakran élénk mimikája van felinduláskor. Az élénk mimika csalékony volta szembeötlő lesz, ha a beteget felszólítjuk, hogy valami conventiós taglejtést végezzen, pl. arczával undornak adjon kifejezést, vagy hosszú orrot csináljon, vagy hogy taglejtéssel valamit megmagyarázzon. Mindez a betegnek nem sikerül.

A mondottak alapján *Marie* arra a következtetésre jut, hogy a *Wernicke*-féle érző aphasia lényegében intelligentiazavar, a *Broca*-féle (mozgató) aphasiában ugyanazok a tünetek, csakhogy azokhoz a beszédzavar is járul. A kéregalatti mozgató aphasia *Marie* szerint nem egyéb anarthriánál és egyáltalában nem tartozik az aphasiához.

Az *anarthria lokalizálása* a lencsemagban, a belső tok elülső szárában, vagy a külső tokban lehet. Az anarthria oka ép úgy lehet a jobb, mint a bal oldal sérülése. Ha agyik oldalon történt a sérülés, akkor a baj javulhat, mert a túlsó oldal a functiót átveszi. Ha kétoldali a sérülés, akkor javulás nem áll be. Az anarthria tünettanában eddig több pontra nem voltak figyelemmel, és pedig különösen arra, hogy itt nemcsak az articulatio zavart, hanem a beszéd összes mechanikai alakelemei, mint a kilégzés ereje, gyorsasága, rhythmusa és az intonatio.

A Broca- és Wernicke-féle aphasia lokalizálásakor arra kell gondolni, hogy csak egyféle aphasia van (intelligentia-zavar), tehát az aphasiának csak egy lokalizálása van: a gyrus supramarginalisban és a két első temporális lebeny egyes részeiben. Kis területeket a kéregben egymástól elkülöníteni itt már azért sem lehet, mert a fehérállomány is beteg és sokszor nagyobb sérülést hord magában, mint a milyen az agykéregé. Minthogy a Broca-féle aphasia = intelligentiazavar + anarthria, tehát ennek lokalizálása a most említett helyek sérülése + a lencsemag megbetegedése.

A lencsemag betegsége többnyire lágyulásban áll, a mely az arteria fossae Sylvii obliteratiojának következése, és mert az arteria fossae Sylvii obliteratioja a 3. homloklebeny táplálkozását *is* megzavarja, és ebben is lágyulás áll elő, jutottak arra a gondolatra, hogy a Broca-féle aphasia a 3. homloklebeny megbetegedésének következése. Azonban ez ellen szól, hogy több *jobb kezes* betegnek sérült volt a bal 3. homloklebenye és nem volt aphasiája, viszont több aphasiásnak ép volta a bal 3. homloklebenye. *Marie* aphasia-eseteinek csak a felében volt beteg a bal 3. homloklebeny.

Mint a rövid kivonatból látszik, a vázolt felfogás mindenben ellenkezik az eddig vallott nézetekkel. (Semaine médicale, 1906. május 23.) *Kollarits Jenő.*

Bőrkórtan.

Pruritus cutaneus vese- és mellékvesebántalom kapcsán czímmel közöl igen érdekes esetet *Th. Veiel*. Az eset 61 éves asszonyra vonatkozik, kinek már évek óta volt igen heves viszketése. A bőre erősen beszűrődött, e mellett hámlás, helyenként nedvezés. Mindezek a tünetek a heves viszketésből eredő vakarás következményei. A viszketést semmiféle eljárással sem lehetett csillapítani. A beteg később sajátszerű elváltozásokat mutatott. A bőr igen erősen festékes, sötétbarna lett. Az erős pigmentatio főleg a nemi szerveken és a háton jelentkezett és nem függött össze a heves vakarással. A sclera ezzel szemben feltünő fehér (gyöngyfehér, *Addison*) színt öltött. A beteg nemsokára uraemiába esett és csakhamar meghalt. A bonczolat másodlagos zsugorodással járó idült diffus vesegyuladást állapított meg, a mihez még a mellékveséknek tömlös elfajulása szegődött. A szerző szerint tehát az Addison-kórságnak esetével állunk szemben, melynek legkoraibb tünete a heves pruritus volt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 80. köt. 1. f.) *Guszman.*

Angina és erythema czímen foglalja össze nézeteit az erythemás bőrlaesiókról *W. Lublinski* (Berlin), a ki szerint két idetartozó bőrbetegség van: az erythema exsudativum multiforme és az erythema nodosum. Ezek rokon betegségek, de nem azonosak. Ezenkivül észlelhető egy heveny exanthemás betegség, mely analog módon a vörhenynyel és a kanyaróval, főleg a gyermekeket lepi meg, s ez az erythema infectiosum. E bántalom, mely rendesen könnyebb lefolyású és csak ritkán jár szövődményekkel, felületes és mélyebb erythemákban nyilvánul. Az erythemás elváltozások e két alakja néha combinálódik. Az erythemák legsúlyosabb alakja nem más, mint septicaemiás betegség. Ennek legtöbbször streptococcusos angina a kiinduló pontja, de eredhet egy más testrésznek infectiós bántalma kapcsán is. A szerint, hogy az elhurczolt kórokozókat a felületes vagy a mélyebb gyüjtőerek fogják fel, jő létre a multiformis vagy a nodosus erythema. Ha úgy a mélyebb, mint a felületes venákat éri a fertőző anyag, akkor mindkét formája az erythemának nyilvánul. Az összes többi szövődmény (pneumonia, pleuritis, endo- és pericarditis, izületi gyuladás stb.) úgy magyarázható, hogy a szervezetet elárasztották a mikrobák. Ezek után ajánlatos, hogy az ilyen fertőzésen alapuló erythemákat ne a tisztán bőrbetegségeknek tekintendő bántalmak nevével illessük, hanem sepsises vagy metastasisos erythemáknak nevezzük. (Medizinische Klinik, 1906. 19. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Helyi érzéstelenítésre a cocain helyett a stovaint ajánlja *Kugel*. Előnye, hogy csak 120° hőmérsék mellett bomolván, forralással csirátlanná tehető; hogy oldatai nem romlanak meg egyhamar; hogy mérgező hatása sokkal kisebb; végül, hogy ára is mérsékelt. 1—10%-os oldatban használható. 10%-os sterilizált oldata beforrasztott üvegcsövekben jön forgalomba. (Wiener klinisch-therap. Wochenschrift, 1906. 7. szám.)

A ricinus-olaj kellemetlen íze *Ritter* szerint leplezhető a következő rendelésmóddal: Rp. Saccharini 0·12; Essent. menth. pip. guttas V; Spir. vini rectificati qu. s. ut fiat solutio, cui adde Olei ricini 240·0 (Ref. La semaine médicale, 1906. 18. szám.)

Gummikeztyűk használata bonczoláskor. *Kuliga* azt ajánlja, hogy a gummikeztyü fölé még vékony tricotkeztyűt húzzunk, a minek az az előnye, hogy a tárgyak nem csúsznak ki oly könnyen a kézből. Bonczolás után a keztyűket kezeinken megmossuk és 2%-os formalinban elteszszük, mint a melyben nagyon jól konzerválódnak. (Zentralbl. f. path. Anatomie, 17. kötet, 7. f.)

A mesotan, a mint ismeretes, rendkivül kedvezően hat izületi csúz eseteiben. Csak az a baj, hogy rendes használatmódja mellett (olajjal elegyítés) könnyen okoz erős izgalmi tüneteket a bőrön, sokszor még akkor is, ha bizonyos elővigyázati szabályok szemmeltartásával alkalmazzuk. Ezért Ruhemann már a mult évben a mesotannak kenőcs-alakban használatát ajánlotta, és ezt teszi újabban *Weiss* bécsi docens is. 1 rész mesotanhoz 3 rész vaselint vesz, sőt érzékeny bőrűek részére 5 részt. Előnye a kenőcsalakban használatnak még az is, hogy ilyenkor a masszálás is használható, tehát a gyógyszeres hatás a sok esetben nagyon előnyös mechanikai hatással egybeköthető. (Die Heilkunde, 1906. 5. füzet.)

Vegyes hirek.

Választás az orvosi karon. Az orvoskari tanártestület választásait az 1906/7. tanévre folyó hó 1.-én ejtette meg, következő eredménynyel. Dékán lett Lenhossék Mihály ny. r. tanár, jegyző Tangl Ferencz ny. r. tanár, kari könyvtáros Klug Nándor ny. r. tanár, helyettes szigorlati elnökök Thanhoffer Lajos és Lieberman Leo ny. r. tanárok. A magántanárok képviselőikül az orvoskari tanártestületben a jövő tanévre Gerlóczy Zsigmond dr. és Temesváry Rezső dr. magántanárokat választották meg.

A tanártestületnek ugyanazon ülésében a következő orvostanhallgatók nyertek ösztöndijat: Bujanovics-féle 150 K.-ás szigorlati

ösztöndíjat Kass András, Schordann-féle 320 K.-ás kölcsönt Barcsai Ábrahám, Csausz-féle 200 K.-ás ösztöndíjat Schütz János és Koszorús Kálmán.

A Budapesti kir. Orvosegyesület 1906. május 26.-án tartott rendkivüli ülésében elfogadta az igazgató tanács által előterjesztett „dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályadíj-alapitvány és segélyző alapitvány szabályzatát".

Safranek János dr. működését mint Tusnádfürdő hivatalos orvosa ismét megkezdte.

Fuchs Sándor dr. fővárosi száj-fogorvos áthelyezte lakását Kerepesi-út 19. szám (Szentkirályi utcza sarok) alá.

A pesti izr. hitközség kórházában 1905.-ben 2475 fekvő beteget ápoltak, még pedig a belosztályon 1377-et, a sebészeti osztályon 625-öt, a szemészeti osztályon 350-et, a nőbeteg-osztályon 123-at. Egy-egy beteg átlagos ápolási ideje 21 napot tett. A halálozási százalék 8·3 volt. A bejáró betegek összes száma 27,394-re rugott 142,487 rendeléssel. A sebészeti osztály fekvő betegein 471, járó betegein 1284 műtétet végeztek. A szembeteg-osztály fekvő betegein 289, járó betegein 2054 műtét történt. A nőbeteg-osztályon a műtétek száma 86 volt; a gégebeteg-rendelésen 183, a fülorvosi rendelésen pedig 235.

Az I. sz. női klinikán májusban a szülések száma 127 volt (62 először szülő és 65 többször szülő). A született magzatok száma 129, és pedig élő 122, halott 5, maczerált 2; érett 108, kora 15, éretlen 6; fiú 59, leány 68, kérdéses nemű 2; törvényes 44, törvénytelen 85. A szülőosztályon haláleset nem fordult elő. A gynaekologiai osztályon 84 beteget ápoltak, közülük 1 halt meg.

Az I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika május hóban 57 esetben nyujtott segélyt; a műték száma 44 volt.

A II. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum májusban 130 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 109 volt.

A kolozsvári önkéntes mentőegyesület május hóban 199 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 36 betegszállitást végzett, 53 esetben mint mozgóőrség működött és 2-szer téves jelentés folytán vonult ki; összesen tehát 290 esetben működött.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő osztálya májusban összesen 97 esetben működött.

Megjelent: *Chyzer Béla:* Egészségtan. A kereskedelemügyi m. kir. minister megbizásából iparisкolák és iparosok részére. Budapest. Pesti könyvnyomda r.-t. kiadása. Ára 2 kor. 50 fillér. — *Udránszky László* tanár: A száj szerveinek melegérzékenysége és melegfájdalomérzékenysége. Különlenyomat a Purjesz-emlékkönyvből. — *Reinbold Béla* dr.: Emésztési vizsgálatok mesterséges gyomorsipoly esetében. U. o. — *Veress Elemér* dr.: Néhány ideg-izomélettani megfigyelés cossus lignіperda hernyóin. U. o. — *Veress Elemér* dr.: A látóterek vetélkedésének egy példájáról. — Megjegyzések a látással kapcsolatos szétsugárzás természetére vonatkozólag. — Az izommerevedés lefolyásáról. — A Molisch-Udránszky-féle alpha-naphtolkénsav-reactioról. — A laterális és mediális egyenes szemizom érzékenységéről. Valamennyi különlenyomat a kolozsvári Orvos-természettudományi Értesitő 1904—1906. évfolyamából.

Meghalt. *Tarnowski B.* dr., a bőrkórtan és syphilidologia tanára, Szt.-Pétervárott május 18.-án 68 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Garré* boroszlói tanár a heidelbergi sebészeti tanszékre való meghivást nem fogadta el. — Recklinghausen tanár helyére a strassburgi egyetem kórbonczolástani tanszékére *Chiari* prágai tanárt hivták meg. — *Mc Kendrick*, az élettan tanára a glasgow-i egyetemen, nyugalomba vonul.

Az orvosi praxisból. Bécsben az orvosi körökben a következő eset jár szájról szájra. Egy nőorvos rendelésén fiatal hölgy jelentkezik fehér folyásról szóló panaszszal. Az orvos megvizsgálja, s hüvelyében condom-ot talál; ezt eltávolítja s a hüvelyet kiöbliti. A fehér folyás maga jelentéktelen; az orvos megnyugtatja a hölgyet, hogy baja néhány öblítésre el fog mulni. Néhány nap mulva az orvos véletlenül találkozik a hölgy férjével, a ki ismerőse, s bizalmasan figyelmezteti őt, hogy ügyeljen máskor arra, hogy a condomot ne hagyja a felesége hüvelyében, mivel ez ott mechanice hurutot és gyuladást okozhat. A férj megköszöni a jó tanácsot s nem szól egyebet. De mi történik? A férj egyenesen az ügyvédjéhez rohan s megindítja a felesége ellen a válópört, mert ő életében sohase használt condomot. A bíróság ki is mondja a válást, s mivel a nő beismeri, hogy az urát megcsalta, a nőre nézve lehető legkedvezőtlenebb módon, minden tartásdíj megitélése nélkül. A dolognak azonban az orvos is kárát vallja, mert az elvált asszony egy idő mulva pert akaszt a nyakába, a büntető törvényszéknél az orvosi titoktartás megsértése miatt s a polgári bíróságnál kártérítés követelésével. Mind a két bíróság elitélte az orvost.

Amerikából. Jowa állam törvényhozó testületében annak egyik tagja, R. H. Gregory dr. törvényjavaslatot terjesztett elő, mely szerint hatalmaztassanak fel az orvosok a gyógyithatatlan betegek megölésére, ha ez a humanismus szempontjából kivánatos. Gregory dr. javaslatában azt mondja, hogy csak olyat javasol, a mit a kórházakban az orvosok és különösen a sebészek úgy is megtesznek nap nap után (?). A leprások, a gyógyithatatlan rákban sinylődők, a hülyék, a nyomorék gyermekek terhére vannak a társadalomnak, hozzátartozóiknak, önmaguknak. Az ilyen nyomorúságos, kinlódó élet megszüntetése emberséges cselekedet, sőt követelménye az emberiességnek. Az orvosi kivégzés első feltétele azonban Gregory dr. javaslatában, hogy a beteg maga kivánja, hogy vessenek véget szenvedéseinek. Az az orvos, a kit a beteg erre felszólitott, még két más, jóhirű orvost s egy birósági személyt hiv össze tanácskozásra. Ha ezek egyhangúlag arra a meggyőződésre jutnak, hogy a beteg gyógyithatatlan, s hogy élete csak lánczolata lenne a testi és lelki kinlódásnak, a miért is helyén van a beteg kérésének a teljesitése, kötelességük erről a beteg legközelebbi rokonát vagy hozzátartozóját értesiteni. Ha ez is megadja hozzá a beleegyezését, a három orvos a birósági személy jelenlétében chloroformmal vagy más altató szerrel véget vet a beteg szenvedéseinek. Az eljárásról hivatalos jelentést kell tenni a hatóságnak. A formák mellőzése, bár a csekélyebb részletben is, súlyos büntetést von maga után. Elmebetegeknél, hülyéknél s 10 éven aluli gyermekeknél a beteg legközelebbi hozzátartozói kérhetik az orvosi kivégzést. A parlament a javaslatot márczius 10.-én egyhangúlag, megbotránkozással visszautasitotta. Gregory dr. jónak látta el se menni az ülésre.

Lapunk mai számához a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Pyramidon és a Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár Nervinol prospektusai vannak csatolva.

T. olvasóink b. figyelmét felhivjuk **Előpatak-Gyógyfürdőnek** mai számunkban közétett hirdetésére.

Szénsavasfürdők. Vérszegénységnél és női bajoknál, továbbá a szivműködés zavarai esetén a szénsavasfürdők igen jó szolgálatot tesznek; Hazánkban a dr. Wágner-féle mesterséges szénsavfürdőberendezések vannak leginkább elterjedve, melyeknek a természetes szénsavas források felett tulajdonképen előnyük van, t. i. az, hogy a szénsavtartalom tetszés szerint szabályozható. Arra is sokszor van eset, hogy egy forrásnak szénsavtartalma elapad, vagy pedig egyálta'án nem is volt szénsavtartalma; ily esetekben is igen jó szolgálatot tesznek a dr. Wágner-féle telitőberendezések, mivel tény, hogy a mesterségesen fejlesztett szénsav hatása azonos a természetes szénsavéval.

Tarcsa fürdő (Vasmegye.) A saison május hó 20.-án vette kezdetét, és már is sokan vannak e kies magyar női gyógyfürdőben, hogy gyógyulást leljenek Magyarországnak egyedüli glaubersótartalmú szénsavdús vasas, hires vasláp (moor) fürdőiben, valamint a mintaszerűen berendezett legmodernebb vízgyógyintézetben. Az utóbbi években Bartha dr. v. tanársegéd és Glück dr. fürdőorvosok és bérlők által folyton eszközölt újitások és czélszerű berendezések folytán azon fokra emelkedett Tarcsa, hogy egy modern gyógyfürdőhöz és üdülő helyhez kötött kivánalmaknak teljesen megfelel.

„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.

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

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

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

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

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). Ujonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek számára. Mérsékelt árak. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVIII. rendes tud. ülés 1906. május 26.-án) 618. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület rákbizottsága. (Ülés 1906. május 25.-én) 619. l. — Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató ülés 1906. február 14.-én) 620. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (IV. rendes ülés 1906. márczius 1.-én) 621. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 622. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tud. ülés 1906. évi május hó 26.-án.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Az elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Klug Nándor, Jendrássik Ernő és Pándy Kálmán tagtársakat.

Az elnök jelenti, hogy a napirend előtt Schächter Miksa kér szót. Az orvosegyesület erre megadja az engedélyt.

Schächter Miksa: Köszönöm a t. Orvosegyesületnek, hogy a szólásra engedélyt adott. A mult ülésen volt itt egy bemutatás, mely Alexander Béla kartársunknak februárban tartott „plastikus Röntgen-képek“ czímű előadásához akart kommentárral szolgálni olykép, hogy Alexander methodusát detektálni kívánták, ezt azzal indokolván, hogy nem ismertette módszerét. Én értesítettem erről Alexandert, elküldöttem neki a „Deutsche med. Wochenschrift“ azon számát, melyben Schellenberg iparkodott az Alexander módszerét felfedezni, elküldöttem Alexandernak az orvosegyesület mult heti jegyzőkönyvének másolatát is. Válaszából van szerencsém közölni, hogy ő azért nem ismertette sem itt, sem külföldön módszerét, mert még egy évig akart ezen a kérdésen dolgozni és egy terjedelmes, részletes munkát kivánt készíteni, de ezek után már most meg fogja ismertetni módszerét. Ezenkivül azt jegyzi meg, hogy az ő módszere nem azonos azzal, a mit itt ismertettek, az ő methodusa nem photographiai trick, hanem komoly Röntgen-munka.

Azért terjesztettem ezt a tisztelt Orvosegyesület elé, mert Alexandernak nincs módjában itt felszólalni, ez lévén az orvosegyesület utolsó ülése a nyári szünidők előtt. Ezért kérem a tisztelt Orvosegyesületet, kegyekedjék ezt tudomásul venni.

Elnök: Schächter tagtárs felszólalása közérdekű. Kérem a tisztelt Orvosegyesületet, hogy tartózkodjék itéletével addig, míg Alexander tagtárs maga fogja ismertetni módszerét.

A szellemi műveletek mechanismusa és lokalizálása.

Jendrássik Ernő: Az előadó megkisérli az emlékkép mivoltának és helyének meghatározását és erre vonatkozó eredményeit a következő pontokba osztja: 1. *Az érzéki észrevevés és az emlékképek.* Az optikai képek a vezető pályáknak csak belső részletén jutnak be a nyakszirti kéregmezőbe, ezek a pályák a Vicq d'Azyr pontban terjednek szét. Ennek a fonatnak igen nagy a kiterjedése és területén az ingerület az idegsejteknek óriási számára birhat befolyással. Ezekben a sejtekben rögzítődnek az emlékképek külön-külön. Ha ebbe a fonatba kivülről ingerület kerül, indukálás révén megszólal a már hasonló módon meghangolt sejt, a többi ellenben néma marad. Ha még nem talál hasonló hangolású sejtre, akkor még lakatlan sejtbe vétetik fel. Némely sajátság révén az emlékkép alakjára és nagyságára is következtetést vonhatunk. Nagy tárgyról egész sorozata a részletes emlékképeknek marad bennünk, megfelelően annak, hogy az ilyen tárgyat egy tekintetre nem vehetjük fel szemünkbe. A hallási emlékképek csekélyebb számúak, ennek megfelel a szövettani lelet is. Mindkét érzéki észrevevés terén meg kell különböztetni a lényeges és nem lényeges sajátságokat; az utóbbiak a fény, a szín, a hang, a hangmagasság, az előbbi a forma, a motivum, a szó.

2. *Az emlékezés s az associálás.* Az associálás útján csak igen kevéssé sikerül az érzéki emlékképek felelevenítése. Az associálásban az egyik sejtről a másikra megy át az ingerület; ezen útjában nem a pályák kijárása a vezető, hanem az emlékképek összhangzása. Az ingerület átvitelének és fennállásának ideje meghatározható s ezek a meghatározások nagyon érdekes világot vetnek a beszéd, a mondatszerkezet alkotására, a zenei és egyéb művészetek szabályaira.

3. *A centrumok elhelyezésében* nagy rend uralkodik. Ezt bizonyítják épületi jelenségek is, mint pl. a talentumok korlátozottsága, stb. A hasonló fogalmak összekerülését az előadó az emlékképek rokon hangolása alapján magyarázza. Végül a gondolkozás és cselekvés menetét tárgyalja.

Korányi Sándor: Nehéz az előadáshoz hozzászólni, mert annak minden mondatát át kellene gondolni, azért bizonyos kétséggel fogok hozzá a felszólaláshoz, az iránt nevezetesen, hogy helyesen fogtam-e fel a dolgot és így helyesen reflektálok-e reá. A fősúlyt az előadó arra a nézetére helyezte, hogy az emlékezeti képek az agynak idegsejtjeiben localizálódnak. Ezt kisérlet tárgyává tenni nem lehet. És ha valaki, mint Munk, azt mondja, hogy majmon kiirtotta a „veder“-nek és benn hagyta a „gyümölcs“-nek a székhelyét, erre súlyt helyezni nem lehet.

A szókép is egy sejttel függ össze, mondja az előadó. Megvallom, hogy másképp képzelem a dolgot. Ha valaki aphasiássá lesz és aphasiája visszafejlődik, akkor a tüneményekben bizonyos törvényszerűség mutatkozik. Jackson szerint könnyebb laesionál az ember elfelejti azon képességeket, melyeket később tanult és kevésbé gyakorolt be, és megmaradnak azok, melyeket előbb tanult és jobban begyakorolt. A mikor pedig újból megtanulja a dolgokat, előbb tanulja meg azokat, melyeket jobban gyakorolt, és később azokat, melyeket később tanult meg. Igy pl. a német elfelejti a francziát és angolt; a franczia elfelejti a németet és angolt, de az anyanyelve megmarad. Egy nyelven belül is lehet ezt konstatálni. Ezen szabály alól a régebbi irodalomban Kussmaul könyvében van kivétel, a mikor, ha jól emlékezem, egy német embernek az olasz nyelvtudása maradt meg.

Igy van a dolog egyéb képességekre nézve is. Agraphiás lehet a beteg, de még beszél; de hogy ne tudjon beszélni, irni azonban tudjon, ez aligha fordul elő, nem is tudom, hogy van-e arra észlelet. Zenei képességét elvesztheti valaki a nélkül, hogy elvesztené beszélő képességét; hogy fordítva legyen a dolog, talán nem is fordul elő.

Tanulságos esetet említett az előadó, hogy asphasiás beteg a számadást meg tudta csinálni, mig a beszédet és irást elfelejtette. Ha a beszéd hibája tisztán a laesio által elpusztitott sejtektől függene, akkor a baj változó helye szerint az aphasiák képe is sokkal változatosabb volna és Jackson törvénye alig állhatna fenn azzal a szabályossággal, a melylyel azt észlelhetjük. Ugy képzelem, hogy az emlékezeti képnek igen sok eleme van és ezek az elemek hagynak nyomot a sejtekben. Igy igen heterogen emlékezeti képeknek közös eleme egy sejtben hagyhatna nyomot. Az emlékezeti képben, mely pl. a zöld posztóval leterített asztalról keletkezik, benne van a zöld folytán ugyanaz az elem, a mely a fa emlékezeti képéhez is hozzátartozik, és talán ez az asztal és a fa e közös elemük folytán ugyanazon sejtekre hathatnak és a közös sejtek mellett persze még igen sok másra is hatnak külön-külön. Az általános fogalom alapját talán a sejteknek bizonyos összessége adja meg, melyek ugyanazon általános fogalom alá és a tárgyak mindegyikénél ingerületbe jutnak. Az individuális emlékezeti kép pedig az általános fogalométól azon elemek emlékezeti képessége folytán különbözik, a melyek az ugyanazon általános fogalom alá eső individuumokéval közösek.

Minden emlékezeti kép nagyon sok elemből áll és elemeinél fogva sok sejttel áll kapcsolatban. Lehet, hogy a sejtek különböző elemek iránti fogékonyságuk szempontjából nem azon elvek szerint vannak csoportosítva és elkülönítve, a melyek szerint az emlékezeti kép elemeit az iskolai psychologia és philosophia megkülönbözteti. De akármilyenek legyenek is ezek az elvek, valószinübbnek tartom, hogy az emlékezeti képek nem egységesek, hanem elemeik vannak bizonyos idegrendszeri részekben lokalizálva és az emlékezeti kép fölébredése ezen részek együttműködésének eredménye.

Hogy egy sejt egy fogalommal álljon összefüggésben, nem tudom elképzelni. Nem kisérleti eredményekről van szó, csak az egyéni gondolatmenet vezet ezen eredményre; nem tudom, de azt hiszem, ezen gondolatmenetnek is megvan a jogosultsága.

A előadó azt mondotta, hogy egy hangszer hangjaira nem lehet emlékezés, hogy ezt nem lehet felidézni, ez is individuális dolog. Vannak, a kik fel tudják emlékükben idézni pl. az orgona vagy a trombita hangját.

Oláh Gusztáv: Kétségtelen, hogy az egész psyche nem más, mint a külvilág és az arra való reflex; felvett benyomásra vagy reflexre emlékezeti képek automatikus érvényesülése. A dolgot olyformán képzelem, hogy a fonográf lemezén vizsgáljuk a karczolást, de nem mondjuk, hogy ez a dallamnak lényegét teszi. Az agysejtek nem őriznek meg tulajdonképen semmit, azokban nincs semmi, de közvetítenek. Az agykéreg sem eszméletet, sem képzetet nem produkál, kell hozzá szervi érzet, mely megszólaltassa.

Az associatiós elmélettel egyszer már baj volt, mert többet láttunk benne, mint sémát. Sémának kitünő. Mikor Meynert felállította ezen theoriát, abba a hibába estünk, hogy ezen sémát valónak vettük, hogy minden sejt hordozója egy érzéki benyomásnak. Meynert azt mondja, hogy egy gyermek, kinek agysejtjei nincsenek megtermékenyítve, s a ki még nem látott lovat, a mikor meglátja a lovat és hallja nyeríteni, a ló bevonul agyába és nyerítése is, és a két sejt terhes viszonyba lép; ha nyerítést hall, eszébe jut a ló. Ez séma, de ezek a sejtek csak elemei lehetnek egy képzetnek, mint a hogy egy zongora billentyűi elemei lehetnek egy akkordnak, de nem lehet keresni benne egy teljes képet. Az asztalnak képe talán sok ezer sejtnek a működéséből áll elő. A totalitás szükséges.

A Meynert-féle elméletből kimagyarázták a téveszméket. Lechner itt előadta, hogy két képzet társviszonyban lévén a kijárt pályákon, ha a vezetékben hiba van, kerülő úton más sejteket ráz fel nyugalmi állapotukból és létrejönnek a téves képzetek. Inkább azt hiszem, hogy sémás értelmet lehet ezen sejtassociatiós tannak tulajdonítani. A szervi érzeteknek nagy fontosságot tulajdonítok és a psyche megértésének követésében ennek nagy szerepe lesz.

Az állatok hogyan értik meg egymást? Ha meggondoljuk, milyen csekély módosulást szenvednek a hangszalagok, és a módosított hang a társlényben ugyanazon feszültségi érzeteket kelti, belátjuk, hogy az izom- és szervérzeteknek hordozói, de nem felraktározói az agysejtek. Ezekben semmi sem raktározódik fel, hanem csak közvetítettek.

Id. Klug Nándor: Azt vélem, tisztelt Orvosegyesület, hogy mindnyájan a legnagyobb érdeklődéssel hallottuk az igen érdekes előadást, annál is inkább, mert gondolkodni valót hagyott. Engedjék meg, hogy

az előadás azon részére tegyek rövid megjegyzést, mely szerint — ha jól értettem meg — az emlékképek külön-külön sejtekben volnának beraktározva. Jól tudom, hogy mennyire bizonytalan talajon állunk akkor, a midőn az agyműködések localisatiojának ennyire minutiosus voltáról beszélünk, midőn még a felett is vita folyik, vajjon a „lelki működések“ a sejtekben vagy az azok között az agykéregben foglalt idegfonatokban folynak-e le. A physiologia a sejtekre nézve azt mutatja, hogy ugyanazon sejtben dissimilatio és assimilatio egy és ugyanazon időben folyik, a mi a sejt csak más-más helyén történhetik meg; egyetlen sejtben különböző enzymák képződnek, melyek különböző anyagforgalmi folyamatokat tartanak fenn; egysejtű élő lények éreznek, mozognak, eledelüket megválasztják. Egyetlen sejt tehát többféle functiora képes.

Ily körülmények között jogosnak vélem azt a következtetést, hogy az emlékképek alakjában beálló változások egyetlen sejtben vagy azonos működést szolgáló sejtekben nagyobb számmal lehetnek jelen. Az, hogy az aggkorban elfelejtjük a közel mult eseményeit, míg a fiatal korban szerzett benyomások élénken megmaradnak, a mellett szól, hogy a fiatalon szerzett tapasztalatok, emlékek mélyebb nyomokat hagytak, nyilván mert még szűziesebb talajra találtak, mint a későbbi benyomások, melyek más emlékképekkel elfoglalt sejtekben kevésbbé mély nyomokat hagyhattak vissza. Azért is felejtjük el könnyeben a később megtanult nyelvet anyanyelvünknél. Valószínűnek tartom ezek miatt, hogy egyugyanazon idegelem több emlékkép megőrzésére szolgál.

Donath Gyula: Az emlékképek localisatiojának érdekes és fontos kérdését könnyen vette a régi classikus psychologia, mely az agyszervvel nem törődött, de még a Flourens-féle agyphysiologia is, mely az agyat functionálisan homogen egésznek tekintette. Az agylocalisatio tana fényes haladásainak ellenére, melyeket a klinikai észleleteknek, kórboncztani vizsgálatoknak és az állatkisérleteknek köszönünk, még most is nagy nehézségek tornyosulnak elénk, ha pontosabb képet akarunk az emlékkép létrejöttéről alkotni. Hogy a szellemi működések fontosabb kategoriái egymástól szétválasztandók és hogy valóban különvált helyeken mennek végbe, azt mutatja például a motorius aphasia, a mikor a beteg tudja, hogy mily szót akar mondani, érti is, hogy ha hallja, de nem tudja kiejteni; míg a sensorius aphasiánál a beteg hallja a szót, utána is mondja, de nem tudja, hogy mit jelent, ép úgy mint mi egy idegen nem tanult nyelvet nem értünk. De hogy még ugyanezen centrumon belül is localisatióknak kell lenni, azt az a tény mutatja, hogy a motorius aphasiánál az egész szókincs elveszett egy-két szó kivételével, pl. „igen“ vagy „nem“, vagy talán csak egy érthetetlen szótag maradt meg, mely a legkülönbözőbb ismétlésekkel és hangmodulatiókkal variáltatik. A megmaradt szavak rendesen a használtabbak, de nem mindig. A mi a beszédre áll, az a többi közt a zenére is érvényes, a mennyiben itt is a zenei hallásnak, értelemnek és kivitelnek akár hangszeren, akár énekkel, különböző pályák felelnek meg, ép úgy mint az agraphia vagy alexia mindegyik külön a betű- vagy hangjegyirásra, vagy az olvasásra vonatkozhatik. Én egy czigányzenészről az instrumentális amusia egy esetét közöltem; a betegnél initiális paralysis következtében apoplexiform roham állott be. Ezen beteg hirtelen elveszitette minden zenélő képességét, egy praeludáló melodia kivételével, melyet kifogástalanul játszott. Értette és felismerte a melodiát, ha előtte játszották, de még ha mutatták is neki, nem tudta utána játszani. Csak lassan tértek vissza az egyes melodiák, és pedig nagyjában előbb a gyakrabban játszottak, pl. a Rákóczy-induló, s később a ritkábban gyakoroltak. A beszédben vagy a végtagok mozgatásában ezen beteg semmi zavart nem mutatott. Hogy a régi és gyakran reprodukált emlékképek jobban megmaradnak, mint az újabban szerzettek, az a többi között a nyelvek tanulásánál is mutatkozik. Én például egy új nyelv tanulásakor a szókat néha a megelőzőleg tanult nyelv szavaival összetévesztettem, de nem a régebben megtanultakkal. Analogiája ez a physiologiai opticában az utóképek concurrentiájának a látótérben. Erős indulatok is néha reprodukálhatják egy szó emlékét, a mi az illetőnek különben nem sikerül. Mindez nézetem szerint a mellett szól, hogy az egyes emlékképek egymás mellett vannak elhelyezve, ha nem is egy idegsejtben, de mondjuk a centrum egy részletében, és hogy a gyakorlat által jobban kifejlődött és táplált pályák jobban ellenállanak valamely kóros folyamatnak, mint a kevésbé gyakorlottak.

Pándy Kálmán: Az előadó nézetéhez hozzájárulok, csak egy dologról feledkezett meg, az állatkisérletekről, melyek a functionak mobilisatioját igazolják. Kétségtelen, hogy a hallás, a látás, a bőrérzékenység, a mozgások bizonyos agyrészletekre localizáltak és ha ezek kiirtatnak, más részek átvehetik a localisatiót. Ennek igen szép példája az, a mit Schrader galambokon bizonyitott. Agyféltekéket irtott ki és a galamb elfelejtett turbékolni, de bizonyos idő mulva visszatért a turbékolás. Ilyen kisérletek vannak más centrumokra vonatkozóan is.

A functiók localisatioja a pyramispályában van. Ha a pyramispályát a gerinczvelőben átmetszszük, spinális hemiplegia jön létre. De a functiokat a sejtekbe localizálni nem lehet, ezek csak a sejtcomplexumoknak együttes kihasználása és a pályák kihasználása által magyarázhatók. A sejtekben csak minimális részei vannak annak, a mit szóval és gondolattal kifejezni szoktunk. Ezek csak eredmények, melyeknek csak minimális részei vannak a sejtben. Az associatioval szemben merev álláspontot elfoglalni nem lehet, mert kell, hogy az ingerület valahol tovább menjen a sejtnyúlványokban vagy a rostban. Vagyis a sejtek közti közlekedést fenn kell tartani.

Jendrássik Ernő: Zárószavában köszönetet mond a felszólalóknak, a kik neki alkalmat adnak nehány megjegyzésre. Nem hiszi, hogy azok, a kik áttekinthető, bár sémaszerű kép helyett csak az emlékképek szövődött voltát hangsúlyozzák, olyat mondanak, a mivel ismereteinket előbbre lehetne vinni. A physikában is a mathematikai sémázás volt az előrejutás legfontosabb tényezője. Korányi Sándor kérdésére megjegyzi, hogy az emlékkép alatt egységet ért ugyan, de nem vitatja, hogy az csak egyetlen egy sejtben foglaltatnék, sőt a mint kiemelte, minden nagyobb tárgy emlékképe számos, nem egészen egyenlő intenzitású emlékképre oszlik. Hogy a szavak külön-külön localizált egységes emlékképek, arról a felhozottak alapján meg van győződve. Az aphasiás állapotnak sorozatos visszafejlődése az olyan kóresetekben, a melyekben az illető agyvelőterület nyomás alatt állott és az alól felszabadul: természetes megfejtést talál abban, hogy a javuló szerv épen legerősebb képességeiben mutatja legelőbb visszatérő munkaképességét. Az ilyen esetek localizálásra egyáltalán nem alkalmasak és bizonyitékul semmi irányban nem használhatók. Nem a nagy kiesés értékes a fennforgó kérdések elbirálására, hanem a kis körre korlátozott. A hangok emlékképének felidézését illetőleg tudomásul veszi Korányi megjegyzését, mindenesetre különbözők az egyes egyének ebben a tekintetben. Sajnálja, hogy a felszólaló nem osztja nézetét abban a tekintetben, hogy szellemi működéseink összes törvényeinek alapja az agyvelőnek alkotásában és működésében rejlik, hogy az ilyen irányban felismert törvényekből visszafelé lehet következtetést vonnunk ezen szerv működésére; ez a törvényszerűség olyan biztosnak tünik fel előtte, hogy ezen irányban nézetét fenntartja. Oláh Gusztáv megjegyzésére felemliti, hogy a szervi érzésről már a szegedi vándorgyülésen elmondta nézetét, annak az érzésfajnak nincsen köze a szóban forgó tárgyhoz. Az agyvelő totalitása olyan fogalom, a mely a localizálás tanával teljesen ellentétes; a vikariáló működés pedig a valóságban nem létezik, ezt Pándyval szemben is hangsúlyozza, s főképen kiemeli azt az esetét, a melyben a beteg csakis a határozó szófüggelék (a nyelvészek „rag“-nak mondják) kellő alkalmazásának képességét veszitette el; ámbár legalább másfél év óta iparkodik a klinikán a beteget erre újra begyakorolni, minden törekvése meddő maradt. Klug Nándornak a sejtek táplálkozási és elválasztó működéseiről vett példáját alig tartja alkalmazhatónak a szóban forgó kérdésben, nem látja valószínűnek az emlékképek halmozhatóságát egy-egy sejtben. Épen abban a körülményben, hogy meg tudjuk különböztetni az egyes emlékképeket egymástól, a legfőbb bizonyitékát látja az izolált localizálásnak. A Donath említette amusia szintén támogatja a külön localizálást. Azokban az esetekben, a melyekben apoplexia után csak egy-két szó, rendszerint olyan káromkodásféle vagy jajgatás marad meg, valószinű, hogy ezek a megszokott nem is associált mondások kétoldalilag vannak localizálva, mint némely más működés is. Pándy állatkisérleti adatait nem tartja alkalmazhatóknak az emberre, ezt az összes klinikai adatok kétségtelenül bizonyítják.

A Budapesti kir. Orvosegyesület rákbizottsága.

(Ülés 1906. május 25.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Zimmermann Károly.**

Bókay Árpád kapcsolatban az idén Lissabonban tartott nemzetközi orvoscongressus határozatával, hogy a congressus 1909-ben Budapesten fog ülésezni, a mikor is a rákbetegség ügye is tárgyalásra kerül, czélszerűnek tartaná, ha erre kellőképen előkészülnénk. Az ország bizonyos orvosait, pl. a sebészi osztályok vezetőit, nőorvosait stb. bizonyos előre megbeszélt időben, pl. a tanév kezdetén vagy a karácsonyi szünetben 5—6 napra meg kellene hivni Budapestre országos rákcongressusra. A congressus ideje alatt délelőttönként a kórházak sebészeti és nőgyógyászati osztályain, a sebészeti és nőbeteg-klinikákon előre gyüjtött beteganyagon a rák legkülönfélébb műtéti modorai volnának bemutatandók, bőrbeteg-osztályokon, továbbá Röntgen- és fénytherapiával foglalkozó intézetekben pedig a rák palliativ gyógykezelése volna demonstrálandó. Délutánonként az orvosegyletben a rákkérdés különféle fejezetei előadások alakjában elméletileg volnának tárgyalandók, esetleg kórboncztani bemutatásokkal kapcsolatban.

Verebély László az eszmét melegen pártfogolja. A részleteket a rákbizottság elnökére kellene bizni, a ki kérdőívek útján előre meggyőződhetnék arról, hogy az ország orvosai közül kikre lehetne számitani.

Róna Sámuel szerint a congressusnak többek között meg volna az a gyakorlati haszna, hogy fel lehetne világositani az orvosokat a Röntgen-therapiájának valódi értékéről rák eseteiben.

Bókay Árpád úgy képzeli, hogy a congressus előadásai nyomtatásban is megjelennének; az orvosi könyvkiadó-társaság szivesen fog vállalkozni kiadásukra. A congressus előkészitéséhez szükséges nyomtatványok stb. kiadásait az orvosegylet viselné.

E tárgyra vonatkozó eszmecsere után a bizottság egyhangúlag hozzájárul és határozatilag is kimondja, hogy *a budapesti kir. orvosegylet égisze alatt tervezett országos rákcongressus rendezésével a rákbizottság elnökét bizza meg.*

Az elnök jelenti: 1. hogy az utolsó rákbizottsági ülés határozata értelmében a Dollinger és Tauffer klinikáin a rák sebészeti gyógykezelésével elért eredményekre vonatkozó munkálatokat az ország összes orvosainak elküldték;

2. hogy az országos rákstatistika adatait a statistikai hivatal a vele előzetesen megállapitott elvek szerint összeállitotta s hogy azok magyarázó szövegét a nyár folyamán meg fogja irni, úgy hogy reméli, hogy az egész dolgozat őszszel meg fog jelenhetni;

3. hogy a nemzetközi sebésztársaság mult évben tartott bruxel-

lesi congressusa Dollinger indítványára felvette a jövő congressusra tárgyai közé a rákkérdést is és hogy ugyanezen indítvány értelmében a congressus alkalmával rákkiállítást is fognak rendezni;

4. hogy a nemzetközi orvoscongressus tárgyalásaiban az ezidei lissaboni congressus határozata értelmében a rákbetegség a tárgyalások jelentékeny részét fogja alkotni;

5. hogy a bécsi orvosegylet az ausztriai orvosokhoz a rák gyógykezelése ügyében körlevelet intézett, a mely az „Österreichisches Sanitätswesen“ című lapban jelent meg;

6. hogy úgy, mint a hogy a Bársony tanár vezetése alatt álló I. számú egyetemi nőklinikán az ambulantia betegei között a rák gyógykezelésére vonatkozó figyelmeztetést osztanak szét, ő is szerkesztett hasonló felhivást, a melyet az I. számú sebészeti klinika ambulans betegei között szétosztatni szándékozik. E felhivást, a melyet a bizottság utolsóelőtti ülésén már bemutatott és a bizottság óhajának megfelelően némiképen módositott, ezennel bemutatja. A felhivás a következő:

Felhivás a rákbetegség korai gyógyitására.
A rákbeteget meg lehet gyógyitani, ha korán megoperálják.

Egészségünket sokféle veszedelem fenyegeti. A leggonoszabbak egyike a rákbetegség. Sok ezer embert pusztit el évente, de csak azért, mert a betegek nem keresik fel idejekorán az orvost, hanem a bajt a kezdetén semmibe sem veszik, háziszerekkel kuruzsolják, kenegetik, flastromozzák avagy égetik. Mindez pedig nemcsak hogy hiábavaló, hanem már csak azért is ártalmas, mert ezalatt telik az idő, a baj mindjobban belefészkeli magát a testbe és később már az orvos sem tudja megmenteni a beteget. Pedig a rákos beteget meg lehet menteni, ha idejekorán fordul az orvoshoz.

A rákbetegségnek csak egy biztos orvossága van. Ez az operatio. Minél korábban ismerik fel a rákbetegséget s minél korábban operálják meg a beteget, annál bizonyosabb, hogy betegségéből egészen kigyógyul. Ha tehát valakinek a teste felületén vagy pedig a testében olyan daganata nőtt, vagy pedig olyan fekélye támadt, a mely rák is lehet, az ne vesztegesse az idejét kuruzslással, hanem azonnal forduljon orvoshoz és tőle kérjen tanácsot.

A rák a test felületén néha úgy mutatkozik, mint egy apró csomócska, a mely nem akar elmulni, hanem ha lassan is, de folyton növekedik, később pedig sokszor ki is fekélyesedik.

Lehet az embernek rákja a test bármely részén.

Keletkezhetik a rák a fejen vagy az arczon bárhol, különösen a szemhéjakon, az orron, a fülön, pipás embernek pedig különösen az ajka azon helyén, a hol a pipát fogja. A szájban a rákos csomó vagy fekély a nyelven, a foghúson vagy bárhol egyebütt keletkezhetik.

Asszonyoknál gyakori a rák az emlőben. Itt mint egy csomó jelenik meg, a mely eleinte nem is fáj, csak később jönnek belé nyilalások, és ha sokáig meg nem operálják, akkor később ki is fekélyesedik.

A belső szervekben is megnő a rák. Ha valaki sokáig rekedt, ha a nélkül, hogy okát tudná, nehezen tud nyelni, ha hosszabb idő óta gyomorbaja van, ha a hasa bármely részében csomót érez, ha a székelésnél fájdalmai vannak, a széklete véres és a végbeléből genyes, véres kifolyása van, ha a vizelete véres, vagy ha az asszonynak a szeméremtestéből van szokatlan időben kifolyása, forduljon orvoshoz és vizsgáltassa meg magát.

Vannak más betegségek is, a melyek a rákhoz hasonló daganatokat vagy fekélyeket alkotnak és hasonló tüneteket okoznak, a milyeneket az imént leirtunk, pedig sem nem olyan veszedelmesek, mint a rákbetegség, sem megoperálni az ilyen betegeket nem kell; de biztosra megismerni, hogy a betegnek csak jóindulatú betegsége van-e, avagy pedig rákja, azt csak az orvos tudja. A kiben az orvos rákbetegséget ismert fel, vagy olyat, a melyik a rákra gyanús, az ne essék kétségbe, mert ha a rákot idejében felismerik és operatioval jókor eltávolítják, a rákbetegséget meg is lehet gyógyitani!

A felhivás felolvasása után nyilatkozatra kéri fel a rákbizottság tagjait aziránt, hogy óhajtanak-e a felhiváson változtatni.

A bizottság a felhivást egyhangúlag elfogadja.

Az Elnök inditványára az orvosegyesület következő tagjait választották még meg a rákbizottság tagjaivá: Bókay Árpád, Navratil Dezső, Róna Sámuel, Steiner Pál, Verebély László.

Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1906. február 14.-én.)

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

(Folyt.)

Invaginatio ileocoecalis gyógyult esete.

Berger Gyula: S. T.-né, 32 éves napszámosnő f. é. január 31.-én vétetett fel Hültl tanár osztályára, a mikor is előadta, hogy két nappal azelőtt reggel széklete után igen heves görcsös fájdalmak támadtak hasában, különösen jobboldalt az ileocoecalis tájon, úgy, hogy ágyba kellett feküdnie. Azonban állapota nem javult, a fájdalmak ismétlődtek, azóta sem szék, sem szelek tőle nem távoztak, s egy nap óta gyakran hány és csuklik.

Vizsgálatkor azt találtuk, hogy a gyengén fejlett nőbeteg arcza beesett, nyelve bevont. Hőmérsék 37°. Pulsus 108. Has puffadt, kevéssé feszes és érzékeny, a kitágult vékonybelek peristalticája jól kivehető. Az ileocoecalis tájon a spina ant. sup. és köldök között egy hengerded, sima felületű, rugalmas, kb. kisökölnyi tumor tapintható, mely nyomásra alig érzékeny, oldalirányban jól mozgatható.

Már ezek alapján gondoltunk az invaginatiora, s ez a narcosis alatt megejtett vizsgálatnál megerősitést nyert, a mennyiben ekkor éreztük, hogy a tumor a kezünk érintése alatt hol megkeményedik, hol pedig puhább lesz.

A műtétet azonnal felvétele után végeztem Hültl tanár szives megbizásából. A köldöktől a symphysisig vezetett metszésen át hatoltunk be, a peritoneum megnyitása után a hasűrből alig zavaros savó ömlik bőven, s a sebbe tágult, vörösen belövelt vékonybélkacsok tolulnak, melyek visszahelyezése után az emlitett tumort sikerült kiemelni s ekkor kitünt, hogy csakugyan intussusceptioval állunk szemben és pedig az intussuscipienst a coecum és az ileum utolsó, kb. 20 cm.-nyi részlete alkotta, az intussusceptumot pedig az ileumnak kb. 40 cm. hosszú részlete. E bélrészletek serosája majdnem teljesen épnek volt mondható, s jóllehet az invaginatio több mint 48 órás volt, a desinvaginatio mégis elég könnyen sikerült az ismert fogással, t. i. nem az intussusceptumot húzzuk ki, hanem az intussuscipiensből lassanként kinyomjuk, illetőleg az intussuscipienst huzzuk le az intussusceptumról. Ezután meggyőződve a belek épségéről, a beleket reponáltuk, a hasüreget teljesen zártuk, collodium-kötést téve reá.

A beteg a műtét után opiumot kapott a peristaltica csökkentésére, s csak a 3. napon adtunk neki beöntést. Azóta a bélpassage teljesen helyreállott, a seb per primam intentionem gyógyult.

Balás Dezső: Felemliti egy 22 éves katona esetét, kit a helyőrségi kórházból végbélcsomóinak operálása után a tovább fennálló vérzés miatt szabadságoltak. Janny osztályára vették fel, a hol szóló megoperálta. A sphincter ani felett a prostatára is átterjedő, de ujjal elérhető daganata volt. A próbaexcisiót Genersich tanár intézetében adenocarcinomának ismerték fel. Szóló Krasket végzett. A végbél magas resectioja után a prostatát is excochleálta, pacquelinezte és a beteg meggyógyult. 3 esztendeje tart a javulás. Tehát fiatal egyénen idejekorán végzett carcinoma-operatio jó eredményt ad.

Carcinoma ventriculi esete.

Ádám Lajos: Sch. F. né, 56 éves, róm. kath., varrónő előadja, hogy 2 év óta görcsös húzó fájdalmakat érez gyomrában, melyek azonban néha hónapokig is kimaradnak. Étvágya már hosszabb idő óta nincsen és különösen a húsételtől undorodik. Gyomorbajával egyidejűleg kis mogyorónyi daganatok keletkeztek nyakán, melyek az utóbbi időben rohamosan megnőttek. Az utóbbi időben kb. 20 kgm.-ot fogyott.

Status praesens. A középtermetű, igen erősen lesoványodott nőbeteg feltünően halvány, cachectikus kinézésű. A nyakon jobboldalt borsónyi-mogyorónyi csomókból álló, ép bőrrel fedett, de az alappal összekapaszkodott, tömött, nyomásra kissé érzékeny, az állkapocsszöglettől a sternocleidomastoideus mentén a kulcscsont felett vagy 2 cm.-re véget érő kb. gyermeköklnagyságot elérő mirigycsomó látható. A mellkasi szervek nem mutatnak physikális elváltozást. A has epigastrialis része besüppedt, a mesogastrium elődomborodó. Ezen elődomborodást a gyomornak in toto való lesülyedése és kitágulása okozza. A gyomor határait szabad szemmel is jól ki lehet venni. A kis curvatura contourja a bordaszél alatt, a nagy curvaturáé a köldök alatt 3 harántujjnyira tünik elő. A köldöktől jobbra a jobb bimbóvonalig felfelé 3, lefelé 2 harántujjnyira a köldök alatt véget érő, mintegy 1½ ökölnagyságú, egyenetlen felszinű, nyomásra kissé érzékeny, minden irányban igen mobil resistentiát lehetett tapintani. Diagnosis: carcinoma pylori.

A műtét, melyet január 13.-án chloroform-narcosisban végeztünk, mindenben igazolta feltevéseinket. Tekintve az asszony lerontott szervezetét, radikális műtétre gondolni sem lehetett, s ezért gastroenterostomia antecolica anteriort végeztünk rajta. A műtétnél, tekintve, hogy a tágult gyomor telve volt igen átható szagú bűzös folyadékkal és ételmaradékkal, a melyben az egy héttel azelőtt megevett káposztadarabokat jól meg lehetett különböztetni, igen nagy segitségünkre volt a Hültl tanár által construált aspiratiós készülék. A műtét reggelén mért 38·7° C. hőmérsék délutánra 37·5-re esett és a gyógyulás alatt, mely egészen simán folyt le, nem is emelkedett 37° C. fölé.

A javulással egyidejűleg a nyakon levő mirigycsomó is spontan visszafejlődött. A javulás oly rohamos és oly feltünő volt, hogy február 3.-án radikális műtétre, pylorusresectiora határoztuk el magunkat. A műtétet annál könnyebben véltük kivihetőnek, mert a 21 nappal előbb végzett első műtétnél a pylorust teljesen mobilnak találtuk, a gastroenterostomia következtében a gyomrot üresnek, a jobb táplálkozás és a kisebb megterhelés folytán pedig a gyomor falát kevésbé szakadékonynak tételeztük fel, mint a milyen az első műtétnél volt.

A műtétnek ezen esetben azonban ilyen 2 étage-ban való végrehajtása kivihetetlennek bizonyult, mert a gyomrot a hasfalhoz odanőttnek, a kis curvatura mentén a mirigyeket borsónyira-mogyorónyira megnagyobbodottnak és carcinomásan elfajultnak találtuk. A rákos mirigyek a hasfallal szorosan és nagy terjedelemben össze voltak kapaszkodva. Zártuk tehát a hasüreget és ma, a műtét után 12. napon, daczára a rák előbb emlitett rohamos terjedésének, jól táplálkozik és elég jó közérzetnek örvend a beteg.

Portiocarcinoma 26 éves nőben.

Paunz Sándor: Egy 26 éves nőbeteget mutatok be, ki 1905. október közepén azon panaszszal fordult hozzám, hogy utolsó havi baja

rendes időre jött ugyan meg, de egy hónap óta csaknem állandóan vérzik, vagy véres folyása van. Minthogy genitális vizsgálatról egyáltalán hallani nem akart, stypticumot rendeltem azon kikötéssel, hogy ha vérzése rövid időn belül meg nem szünik, feltétlenül vizsgálatnak vesse alá magát.

Egy hónap mulva újból jelentkezik nálam s előadja, hogy vérzése csak fokozódott, szaga is van, s igen legyengült. Az akkor megejtett digitalis-vizsgálatnál legnagyobb meglepetésemre egy a portio vaginalis uteri mellső ajakán ülő, nagy diónyi, rendkivül szakadékony daganatot találtam, melynek pontosabb körültapintása igen profus vérzést okozott, s a melyet csakis carcinomának tarthattam, a mit a tükörvizsgálat megerősített.

A beteget tamponáltam, s rögtön a szt. István-kórház III. sebészeti fiókosztályára küldtem ki, a hol Hültl tanár úr szivességéből másnap meg is operáltam.

Minthogy egy csupán a portio elülső ajkára szorítkozó, s a hüvelyre reá nem terjedő carcinomával állottam szemben, mely bizonyára elég korai még, s a parametran nyirokutakra a legnagyobb valószinüséggel még át nem terjedt, a mi mellett a méh eléggé megmozgatható volta is szólt, a vaginális totalexstirpatiót tartottam helyén valónak. Először más személyzet gummikeztyükkel excochleálta a tumort, majd a portio elülső ajkát teljesen amputálva, még paquelinnal kiégettettem. Erélyes hüvelydesinfectio után következik az új assistentiával a műtét.

Minthogy a méh alig húzható le, Döderlein-féle felezéssel iparkodom az uterust kihozni. Igaz ugyan, hogy a méh felezése az implantatio szempontjából határozottan contraindikált, esetemben azonban ezt kizártam az által, hogy a tumort a portioval együtt előzetesen amputáltam. A felezés s a méh kibuktatása az igen rövid parametriumok s feszes lig. ovaricopelvicumok miatt igen nehezen ment, s a két uterusfelet nem lehetett semmiképen sem a szeméremrés elé kihúzni. Természetesen ily viszonyok között a parametriumok s ligamentumok ellátását a hüvelyben magában csak a legnagyobb nehézségek mellett tudtam keresztülvinni. Rögtöni körülöltésekről s fokozatos átmetszésről szó sem lehetett. Kénytelen voltam egyelőre legalább az exstirpatiót klammerekkel keresztülvinni. Először a bal felet távolitottam el, mely jobban kezem ügyébe esett. A lig. ovaricopelvicum azonban a klammerből kicsúszott, s a spermatica-köteg megfogása a szük nyiláson, a sok klammer között s folytonos vérzés mellett igen nehéz volt. Ezután a jobb uterusfelet távolitottam el, mely még kevésbé volt előhúzható, mint a bal, ugyannyira, hogy technikai okoknál fogva az ovariumot benn kellett hagynom, a mi — portiocarcinomáról lévén szó — különben sem hiba, s az amúgy is fiatal nőre nézve csak előnyös lehet.

Minthogy a beteg még erősen vérzik s e vérzés ellátása csak a klammerek eltávolítása után lehetséges, felülről lefelé egyenként körülöltöm őket, s egyúttal a kicsúszás ellen biztositandó, a hüvelyfalhoz szegem ki. Miután igy az összes klammereket ligaturákkal cseréltem fel s helyet kaptam, feltárás mellett látom hogy a vérzés még mindig az ovaricából van baloldalt. Ezt erős klammerrel megfogva, annyira előhúzom, hogy a közvetlenül fölötte lévő sigmakacs is lejön, s lekötöm, mire a vérzés elál. E ligatura közvetlenül a sigmakacson fekszik rajta, s attól tartottam, hogy annak falát is fogja, eltávolításáról az adott viszonyok között azonban szó sem lehetett, legfeljebb laparotomia árán. A hólyag peritoneumát az elülső, a Douglasét a hátulsó hüvelyfalhoz szegem ki és a hasüreget jodoformgazezel drainezem. A selyem lekötő fonalakat hosszúra hagyom az utólagos eltávolítás végett.

A lefolyás teljesen láztalan. 8. napon a jodoformos gazet eltávolitom; a 14. napon az összes ligaturákat kiszedem, négy hét mulva teljesen gyógyultan távozik.

Jelenleg, három hónappal a műtét után, teljesen jól érzi magát; ismét meghizott, s nehéz munkáját akadálytalanul végzi. A hüvelyboltozat teljesen begyógyult, a parametriumok szabadok; recidivának egyelőre semmi nyoma. Havonként bemutatja magát.

Két körülmény indított arra, hogy az esetet bemutassam; az egyik az, hogy a méhrák ily fiatal korban igen ritka; a másik pedig az a tanulság, a mit belőle levonhatunk, hogy tudniillik rendetlen vérzés esetén feltétlenül vigyük keresztül az exact digitalis- és tükör-vizsgálatot s e nélkül soha semmit sem rendeljünk. Bizonyos, hogy ha esetemben egy hónappal előbb forciroztam volna ezt ki, a végleges gyógyulásra feltétlenül több kilátása lenne a betegnek.

A mi a műtéti mód kritikáját illeti, jövőre azon esetekben, melyekben a méh nehezen húzható le, Wertheim-féle műtétet fogok végezni, s ha a vaginális totalexstirpatiót látnám czélszerübbnek, egy Schuchardt-féle segédmetszéssel fogok magamnak több helyet szerezni, s igy a műtétet megkönnyiteni.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IV. rendes ülés 1906. márczius 1.-én.)

A lépkiirtás után jelentkező lázak egy valószinű okáról négy eset kapcsán.

Herczel Manó: Az irodalomban közölt esetek, valamint az utolsó 1½ év alatt tőle végzett négy lépkiirtás után a reconvalescentia lefolyásának pontos megfigyelése a splenectomiák után jelentkező ismeretlen eredetű lázak ismeretéhez fontos és érdekes adatokat szolgáltatnak.

Első esete 32 éves nőbeteget illet, kinél malariás alapon fejlődött a splenomegalia májhypertrophiával, ascitessel és anaemiával. Az 1904. junius 15.-én végrehajtott splenectomia után a gyógyulást egy majdnem hat hétig tartott bronchopneumonia catarrhalis zavarta, melynek lezajlása után a beteg egészsége teljesen helyreállott.

Második esetében 28 éves nőn végzett infectiosus (?) eredetü splenomegalia, vándorlép és kisfokú másodlagos anaemia miatt lépkiirtást. Az 1904. junius 14.-én végzett műtét alkalmával a kiirtandó lép csonkjának ellátásakor a pankreas farkának egy részlete is belejutott a ligaturába. A műtét után a beavatkozás helye teljesen reactiomentes, a laparotomiás seb per primam gyógyult, ennek ellenére azonban a hőmérsék mégis állandóan subfebrilis, s a műtétet követő 27. napon 39·9 C.°-ra szökik fel. E naptól fogva hatszor egymás után szabályos harmadnapos megjelenéssel, legtöbbször rázóhideg mellett 40 C.° fölé emelkedik a hő; a két-két roham közé eső két napon a beteg láztalan. A malaria-plasmodiumra való vizsgálat negativ eredményü. A lázas mozgalmakkal párhuzamosan a hasban kiirtott lép csonkjának megfelelő tájon fájdalmas ellentállás tapintható, mely jobboldalt a jobb parasternális vonalig ér, lefelé baloldalt a Poupart-szalag felett két ujjnyira végződik a bimbóvonal meghosszabbításában, felső határa a bal bordaiv alatt vész el. A lázak megszüntével felszivó kezelésre a resistentia is eltünik, s a beteg gyógyulása gyorsan halad előre.

Harmadik esetében 36 éves férfi lépét irtotta ki malariás alapon fejlődött anaemiás splenomegalia miatt. Az 1905. julius 7.-én végzett műtét alkalmával a lig. gastrolienale rövidsége miatt a lépcsonk átvágásakor igen közel jutott a gyomorhoz, s főleg a pankreashoz. A műtéti beavatkozás helye itt is teljesen reactiomentes volt, s ennek ellenére a lefolyást a negyedik napon 39 C°.-ig emelkedő lázak komplikálják, melyeket csak részben magyaráz egy heveny bronchitis. A hőemelkedések mellett a lépcsonknak megfelelő tájon fájdalmas, kemény, tenyérnyi resistentia mutatkozik a mélyben, balra a gerinczoszloptól. A műtétet követő 38. naptól a hő normális, s a resistentia megfelelő kezelésre felszivódik. A beteg augusztus 18.-án jó állapotban hagyta el az osztályt, hogy két hét mulva a belosztályt keresse fel, a hol körülbelül hat hétig feküdt lázas mozgalmakkal. Ez idő után egészségesen távozott.

A negyedik eset végül 37 éves nőre vonatkozik, kinek lépét májhypertrophiával párosult splenomegalia miatt irtotta ki 1905. szeptember 27.-én.

Régóta ismeretes, hogy lépkiirtás után a reconvalescentiát az esetek nagy számában olyan hőemelkedések zavarják, a melyek sem fertőzéssel, sem csonkexsudatioval, sem egyéb műtétek után jelentkező más szövődményekkel, pl. pneumoniával kapcsolatba nem hozhatók. A bizonyossággal határosan valószinű, hogy eme lázak, s a hozzájuk társuló exsudatiók a pankreaslaesiók által feltételezett zsírszövet-nekrosisokkal magyarázhatók. A lép anatomiai viszonyai ugyanis olyanok, hogy belső felszinéhez a pankreas farka oly közel esik, miszerint a léperek lekötése vagy a lépkocsány átmetszése csak ritkán eshetik meg a nélkül, hogy a pankreas farka meg ne sérüljön, sőt sokan Billroth ajánlatára a ligatura biztositása czéljából egyenesen beleveszik a pankreast a lekötésbe. Katz és Winkler kisérletes vizsgálatai szerint azonban már a hasnyálmirigy egyszerü lekötése vagy összezúzása is elegendő arra, hogy a hasnyálmirigyből zsiremésztő ferment jusson ki, s a környezetben zsirszövetnekrosist okozzon. A zsirnekrosisuk azután, mint a 2. és 3. eset lefolyása is mutatja, láz és infiltratio lesz a külső tünete. A lázak remissioja és ismételt exacerbatioja úgy értelmezhető, hogy a nekrotizált szövetrészletek bomlástermények meggyülése és felszivódása természetszerüleg periodice történik; ha a periodusok szabályosak, az exacerbatiók is typusos időközökben jelentkeznek, mint a bemutatott három esetben.

Ha tehát figyelmet fordítunk arra, hogy a műtét alkalmával a hasnyálmirigy sértetlen maradjon, a lázaknak is el kell maradniok, s valóban ez volt konstatálható a 4. számú esetben.

Ezek alapján a postoperatiós lázak elkerülése szempontjából a pankreas sérülése kerülendő. Ezt oly módon érhetjük el, hogy a léperet közvetlenül a hilusnál kötjük alá, még pedig külön-külön 2—2 selyemfonállal. Helykimélés czéljából kerülendő a klammerek és az en masse ligaturák alkalmazása, mely utóbbiak az utóvérzések elkerülése szempontjából oly biztosak, mint a külön lekötések.

Zimmermann Károly: Beszámol azon öt lépkiirtásról, melyet Dollinger tanár az I. sz. sebészeti klinikán végzett. Az első esetet vándorlép miatt 1900. május 13.-án operálta, a másodikat Banti-féle betegség miatt 1901. junius 15.-én, a harmadikat vándorlép miatt 1902. november 12.-én, a negyediket és az ötödiket ugyancsak vándorlép miatt 1902. október 28.-án illetőleg 1905. márczius 28.-án. A betegek, az utolsó kivételével, a ki peritonitisben halt el, per primam intentionem gyógyult hassebbel hagyták el a klinikát, élnek, egészségesek, sőt a Banti-féle betegség miatt operált nőbeteg azóta minden baj nélkül két gyermeket szült, s egyszer abortált.

Az összes esetekben a sima gyógyulás ellenére a műtétet követő időben 39—39·2 C.°-ig is felemelkedő lázak jelentkeztek, a melyek a reggeli hőcsökkenéssel (37·2—37·6 C.° ig) 10—14 napig is tartottak, s azután elmultak. Már az első eset közlésekor (Klin. Évkönyv 1901. I. k.) s azóta többször (Klin. Évkönyv II. k. 1903, IV. k. 1905), továbbá Dollinger tanárnak az orvosegyletben 1902. február 1.-én a Banti-féle betegségnek lépkiirtással való gyógyításáról tartott előadásán említés történt arról a különös tényről, hogy teljesen asepsises lefolyás mellett lázasok a betegek. A láz okát adni akkor nem tudtuk; a lépfunctio kiesésében kerestük, bár nem zárkóztunk el azon gondolat elől sem, hogy talán a lépkapu lekötési csonkjában keletkező exsudatum okozza a lázat. Ez utóbbi felvételt az tette valószinűvé, hogy az első beteg hasában baloldalt a lekötött csonk mint fájdalmas duzzanat érezhető is

volt, továbbá, hogy a műtét előtt és után végzett vérsejtszámlálás a második esetben a fehérvérsejtek számát akkor tüntette fel legnagyobbaknak, a midőn a láz tetőfokát érte el. Műtét előtt 3.352,000 vörös-, 4200 fehérvérsejt; hét nappal a műtét után 3.880,000 vörös-, 10,000 fehérvérsejt; 25 nappal a műtét után 3.400,000 vörös-, 15,000 fehérvérsejt 39·1 C.° hőmérsék mellett.

Bár a láz eredetére nézve az előadó által említett azt a keletkezési módot, hogy a láz a pankreas farkának az érlekötésbe való befoglalása, sérülése, s az így szabaddá vált pankreas-fermentumnak a retroperitoneális szövetben zsírnekrosist előidéző hatása által keletkezik, egyes esetekben valószínűnek tartja, nem tud elzárkózni azelől sem, hogy a lázat az esetek egy más részében a lépműködés kiesése idézi elő, a mennyiben az addig a lép által a vérből kiküszöbölt tönkrement vértestek a keringésben maradnak és lázat okoznak, ép úgy mint láz keletkezik akkor is, ha valamely egyén defibrinált vérét ugyanazon egyénbe fecskendezzük.

(Folyt. következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A szívműködés rendellenességeinek ismerete az új, gondos vizsgálatok nyomán oly haladást tett, hogy a gyakorló orvost is igen közelről érdeklő adatoknak szakszerű összefoglalása valóban szükségletet kielégítő munkának mondható. Az említett tárgy egyik legtapasztaltabb kutatója, *Hering*, a XXIII. belorvostani congressuson oly kitünően ismertette orvosi tudásunk ez ágának mai állását, hogy előadásának rövid kivonatban közlése czélszerünek látszik.

A szívrendellenességek kutatása az orvosi tudománynak egyik leghálásabb fejezete, mert a klinikai tapasztalatok s az állatkisérletek szépen egybevethetők. Bebizonyított dolog, hogy a kisérlet czéljaira használt emlős állatok s az ember szíve azonos élettani törvényeknek hódol.

Az emberi szív működésének rendellenességeit, a nélkül, hogy a szívműködés elméleteinek tételeit figyelembe vennők, öt csoportra oszthatjuk.

1. *Pulsus irregularis respiratorius.* Pathologikusnak csak akkor tekinthető, ha már gyenge légzésnél is kifejezett, vagy ha szándékosan visszatartott légzéskor is megvan. Fiatal egyéneknél szokott kifejezett lenni. Előfordul: reconvalescentiában lázas bajok után, neurastheniában s vagus-izgalommal járó agyvelőbajokban. Szervi szívbajokkal kevés összefüggése van. Reconvalescentiás bradycardiát kisérő, a légzéssel összefüggő arhythmia nem szivgyöngeség jele. Klinikai jelentősége az, hogy a keletkezésében szerepet játszó idegrendszer fokozott ingerlékenységét s a szívgátló vagusrostok tonusát jelzi.

2. *Extrasystolés arhythmiák.* Megkülönböztethetünk α) auricularis, β) atrio-ventriculáris és γ) ventriculáris extrasystolékat. A jelenség hovátartozását a szivlökés, ütérlökés és venapulsus (pitvar-venapulsus) egyidejű graphikai analysisével döntjük el. Ventriculáris extrasystolék beékelődhetnek két rendes összehúzódás közzé a rhythmus zavarása nélkül (interpolierte Extrasystole). Néha a ventriculáris extrasystole visszamenőleg egy pitvar-extrasystolét okoz. Az extrasystolét kiváltó inger lehet mechanikai, chemiai és ideges. A mi a klinikai jelentőségét illeti: e működészavar maga nem nagy horderejű. Az extrasystolék ismerete fontos azonban azért, hogy a szív más működészavarait helyesen fölismerjük. A „Herzflimmern" név alatt ismert szivzavar annyiban érdemel figyelmet, mert a kisérleti tapasztalatok alapján valószinű, hogy a „hirtelen szívhűdéses halál" nehány esetében ez volt a halál oka.

3. *Pulsus irregularis perpeteus.* Mindig kamra-venapulsussal kombinált, s ebben rejlik jelentősége is.

4. *Vezetési zavarok.* Többféleképen nyilvánulhat. *a)* Egy-egy szivgyomor-systole kimaradása. Rendesen digitalis vétele után észlelhető; a vagusra gyakorolt hatás folytán jő létre. *b)* Dissociatio. A szivgyomrok a pitvaroktól függetlenül működnek. A dissociatiot meg kell különböztetni a szivblokktól, az utóbbinál a gyomor mozdulatlan, az előbbinél automatikusan dolgozik. A dissociatio mindig átmenő rostok zavara, mig gyomorsystole- kimaradás vagus-izgalom útján is létrejöhet. Azon esetek, melyekben eddig dissociatiót észleltek, mind az Adams-Stokes-féle tünetcsoporthoz tartoztak, s viszont Adams-Stokes-féle bántalom alatt a dissociatiót érthetjük. A gyakorlatban dissociatiót diagnostizálhatunk, ha átlag percenkénti 30 pulsust találunk, s a pulsusszám atropin-injectiora, vagy a Czermák-féle vagus-kisérletre nem változik. A dissociatio súlyos szivbántalom jele.

5. *Pulsus alternans.* A pulsus alternansnak szivlökés-alternálás felelhet meg. A kis pulsus gyakran észlelhető késése nem jelzi, hogy a megfelelő systole is késett volna. A p. alternans szivgyöngeség jele; a szív állapota annál rosszabb, minél kisebb a kis hullám.

Dalmady dr.

Aneurysma három gyógyult esetéről számolt be *Huchard* a párisi „Académie de médecine" május hó 8.-án tartott ülésén. Az egyik esetben a bal subclavia, a másik kettőben az aorta volt az aneurysma székhelye. Az orvoslásmód kezdetben teljes ágynyugalomban, majd tej- és vegetarianus-diaetában állott; e mellett vérnyomást-csökkentő és és értágító gyógyszereket (trinitrin, natriumnitrit, jodsók) kaptak a betegek. (La semaine médicale, 1906. 19. szám.)

PÁLYÁZATOK.

1335/1906. sz.

Bihar vármegye mezőkeresztesi járásának alólirott főszolgabirója a Berek-Böszörmény község székhelylyel rendszeresitett és B.-Böszörmény, Körösszegapáti, Szakál, Magyar-Komorog és Mező-Sas községekből álló berekböszörményi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom azokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. § és az 1876. évi XIV. t.-cz 143. §-a alapján, valamint eddigi működésüket is feltüntető b zonyitványaikkal felszerelt kérvényüket hozzám f évi junius 20.-ig nyujtsák be, mert később érkezett kérvényeket figyelembe nem veszek.

A körorvos javadalmazása a következő: 1. évi fizetés 1500 korona; 2. természetbeni lakás mellékhelyiségekkel; 3. fuvarátalány 167 korona, mely összegnek 300 koronára felemelése tervbe vétetett s ez iránt a tárgyalások folyamatban vannak; 4. megfelelő díjazás mellett ellátja Berek-Böszörmény községben a halottkémi és húsvágatási biztosi teendőket.

A látogatási díjak a következőkben vannak megállapitva: a székhelyen és az orvosi körben lakók az orvos lakásán vagy köri látogatás alkalmával a községházánál 40 fillért fizetnek, a székhelyen vagy körutakon a beteg lakásán 80 fillért. E díjak éjszaka kétszeresen számittatnak.

Körutakon kivül a körorvosnak természetbeni fuvarra és nappal 2 korona, éjjel 4 korona díjazásra van igénye.

A körorvos községeit hetenként egyszer beutazni köteles.

A választást Berek-Böszörmény községházánál junius hó 22.-én délelőtt 9 órakor tar.om meg.

Az állás f. évi julius hó 1.-én elfoglalandó.

Mező-Keresztes, 1906. évi május hó 31.-én.

Cziffra Kálmán dr., főszolgabiró.

3534/1906. eln. sz.

A bustyaházai m. kir. erdőhivatal kerületéhez tartozó **bustyaházai kincstári erdészeti orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állással, mely a X. fizetési osztályba tartozik, a fizetésen és törvényszerű személyi pótlékon kivül természetbeni lakás, évi 41 m³ házhoz szállitott illetményfa, 9 kat. hold holdanként és évenként 10 koronával megváltható rétillet-mény, évi 500 korona lótartási átalány és 20 kor. irodaátalány élvezete van összekötve. Székhely: Handalbustyaháza.

Felhivom mindazokat, kik ezen állás elnyeréséért pályázni kivánnak, hogy keresztlevelükkel, végzett tanulmányaikat, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt szakképzettségüket, eddigi foglalkozásukat és az államerdészeti szolgálathoz szabályszerüen megkivánt ép és erős testalkatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket, hozzám czimezve, a bustyaházai m. kir. erdőhivatalhoz legkésőbb 1906. évi junius hó 15.-ig nyujtsák be.

M. kir. földmivelésügyi minister.

1062/1906. sz.

A munkácsi állami gyermekmenhelynél az 1200 korona évi fizetés, első osztályú élelmezés, két szobából álló lakás, fütés és világitással jutalmazott **másodorvosi állás** megüresedvén,

felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyitványaiknak hitelesitett másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb folyó évi junius 20.-ig küldjék be.

Munkács, 1906. évi május hó 14.-én.

csatári Nuszer Lajos dr., s. k., igazgató-főorvos.

Bereg vármegye közkórházánál rendszeresitett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, az orvos személyére első osztályú élelmezés, avagy e helyett a költségvetésben megállapitott összeg.

Az 1906. évre lakás- és fütésváltság díjában 1000 korona, legkésőbb 1907. év május 1.-től a kórház telkén, külön épületben elhelyezett, négy szobából és tágas mellékhelyiségből álló természetbeni lakás, fütés és világitás.

A kinevezés egy évre ideiglenes történik, melynek elteltével az állás véglegesithető. A véglegesitett kórházi tisztviselők kötelezőleg tagjai a vármegyei tisztviselők nyugdijintézetének.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy képesitésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket hozzám 1906. évi junius hó 18.-áig nyujtsák be.

Beregszász, 1906. évi május hó 30.-án.

Gulácsy István, alispán.

Sz. 642/906.

A m. kir. belügyminister úr f. évi 33,579. szám alatt kelt rendeletével a csikvármegyei közkórháznál rendszeresitett **segédorvosi állásra** vonatkozó 8583/905. számú törvényhatósági bizottsági határozatot jóváhagyta s ebből kifolyólag az állásra a pályázatot kihirdetem s felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy a főispáni teendőkkel megbizott vármegyei alispán úrhoz czimzett pályázatukat legkésőbb f. évi junius hó 25.-éig alulirott igazgatóságnak megküldeni szíveskedjenek.

Az alapszabályszerüleg előirt kötelességek mellett a segédorvosi állás évi 1400 korona fizetéssel és teljes ellátással (1 butorozott szoba lakásul, fütés, világitás és élelmezés) van javadalmazva.

A kinevezés két évre szól, azonban megujitható.

Csik-Szereda 1906. május hó 25.-én.

2—2 *Veress Sándor* dr., igazgató.

Nagyméltóságú gróf Wenckheim Frigyes úr lébeny-szt.-miklósi uradalmában (Moson vm.) az orvosi állás megüresülvén, annak f. évi augusztus hó 15.-ére való betöltésére ezennel pályázat hirdettetik az alábbi évi javadalmazással:

Szabad lakás külön udvarral, készpénz 1300 korona, buza 8 hl., kétszeres 12 hl., árpa 4 hl., ó bor 2 hl., keményhasáb tüzifa 30 köbméter, lágyhasáb tüzifa 30 köbméter, kert 600 négyszögöl, tengeriföld 2400 négyszögöl, öreg soványsertés 1 darab.

Pályázók a pályázatukat legkésőbb f. évi juliu: hó 1.-ig a lébeny-szt.-miklósi uradalmi felügyelőséghez adják be; bizonyitványoknak a másolata kéretik, melyek vissza nem küldetnek. Pályázók bővebb felvilágositásért a fentirt jószágfelügyelőséghez fordulhatnak. 3—2

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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

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

mely nemcsak a vérszegénységet gyógyitja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. K. Na. amm. brom. és 0·005 arsent),

Kellemes izénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levö más készitményt.

Késziti és kapható: **Raditz Ignácz**

„Fehérkereszt" gyógyszertára

Budapest, IV., Fövám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

EPILEPTIKUS gyógy- és nevelöintézet **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., III. oszt. évi 600 k. Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetök fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendö a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendü apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdö igazgató tulajdonosa. Posta, vasut, telefon helyben.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedök, 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 kezelöség. Prospektusok dijmentesen.

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. Gümökórosok és tüdöbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nök hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által elöidézett 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) készitményeinek újonnan bevezetett és védjegyezett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkivül jóizü hashajtó felnöttek 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 vezérképviselöség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Föraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,**

VI., Király-utcza 12.

Fersan

(Jolles)

Vas- és phosphortartalmú tápláló- és erösitő szer.

Körülbelül 90% vízben oldódó és felbontott fehérjeanyaggal

Jelentékeny haemoglobin és vörös vérsejt-szaporodást idéz elő.

Fokozza az étvágyat, növeli a testsúlyt és erösiti 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!

Klimatikus gyógyfürdő.

GLEICHENBERG

(Stájerország)

Nyári üdülő. Idény: május-október.

Gyógyjavallatok: A légzőszervek hurutos bajai (Asthma, (Emphysem) az emésztési szervek, szívizmok megbetegedésénél, idegbajoknál stb.

Gyógyeszközök: Inhalatiós therapia, pneumatikus kamarák, hidegvíz-gyógyintézet, szénsavas fürdők, Fango-gyógymód. **Gyógyforrások:** Konstantin-, Emma-, Remete-forrás, Szt. János-kút.

Kimerítő képes prospectussal szolgál, lakás- és kocsimegrendeléseket elfogad az igazgatóság.

VIZGYÓGYINTÉZET

VÖSLAU-GAINFARN.

Déli asúttal 1 óránvira Bécstől. Egész éven át nyitva.

Vasuti, posta-, távirda- és telefon-állomás (Vöslau 1.).

Valamennyi természetes diaetetikus gyógymód. — Négy külön szakmára oktatott segédorvos.

Prospektusokat küld az intézet vezetősége vagy a vezető-tulajdonos:

Dr. THEODOR FRIEDMANN, WIEN, I., Operngasse 16. — Telefon 7274.

Az intézetben egy magyar ajkú segédorvos is van.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Borosznó gyógyfürdő és vízgyógyintézet

(Zólyom megyében).

Mértföldekre terjedő fenyvesek közt. Vasúti állomás, posta, távirda, telefon a fürdőtelepen. **Klimatikus gyógyhely,** pormentes havasi levegő, enyhe éghajlat. Modernül berendezett **vízgyógyintézet. Glaubersós ásványvize** (4 forrás) rendszeres ivókúrákra kiválóan alkalmas mindazon esetekben, a hol a karlsbadi gyógymód indikált. Svéd gymnastika. Elektrotherapia. Diaetetikus kúrák. Fürdőorvos **Wiesinger Frigyes dr.** Budapestről.

Száznál több száraz szoba. Kitünő konyha, olcsó árak. Prospektust szívesen küld **az igazgatóság.**

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Kissingen

elősegíti az anyagcserét.

Rákóczy Maxbrunnen világhirű, gyomor- és bélzavarok, elhájasodás stb. ellen. a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. — Alacsony ára miatt mint **asztali víz** a legszélesebb körök is használhatják, továbbá kapható: **kissingeni keserűvíz, kissingeni fürdősó, bocklet i aczélforrás.**

Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett.

1651

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII, Szövetség-utcza 14—16. sz.

Telefon 90—46.

Gyógy- és vízgyógyintézet

PARSCH

SALZBURG mellett.

Jelentékeny gyógyeredmények ideg- és belb tegekné'. Üdülők részére is (gyógyhasználat nélkül). Tíz perczuyi tárolság a város központjától. Prosp. ingyen. *Dr. BREYER.*

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.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

A mélyen tisztelt kartárs urak figyelmébe.

SCHWARZ ALAJOS dr. fürdőorvos folytatja orvosi gyakorlatát 1844

Pőstyénben, Ferencz József-út 42. szám alatt.

Vegyi, górcsövészeti 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.

Előpatak

gyógyfürdő kiválóan jó eredménynyel használható a **gyomor, vese, hólyag és a méh hurutos bántalmainál, máj- és lépbajoknál, köszvénynél és csúznál, altesti pangásoknál, valamint bármely az idegesség alapján fejlődő betegségnél.** A nagyhirű **előpataki gyógyvizek** orvosi javaslat szerinti ivása, összekötve a megfelelő és itt feltalálható kisegitő gyógyeszközökkel (meleg és hideg fürdők, vízgyógyintézeti kezelés, massage, svédtorna, diaetetikus étrend) **rendkivül kedvező eredményt mutat fel.** Fürdőidény: **május 15.-étől szeptember 15.-éig.** Vasúti állomás: Földvár és Sepsiszentgyörgy, honnan állandó olcsó kocsiközlekedés van. Lakás, ellátás olcsó és választékos. Az elő- és utóidényben (május 15.-től junius 15.-éig és aug. 20.-tól szept. 15.-éig) a gyógy- és zenedijnak fele fizetendő, lakások 50%-al és ellátás is sokkal olcsóbb. **Az előpataki ásványvíz,** mely a szénsavdús, égvényes vasas vizek között első helyet foglal el, mint gyógyeszköz, háznál is használható és **üdítő, kellemes ital** tisztán vagy borral vegyitve, nagy kedveltségnek örvend. Itthon és a külföldön évenként egy millió palaczknál több kerül forgalomba. Szétküldési hely Előpatak, de kapható a legtöbb városban és nagyobb kereskedésben.

Prospektust kivánatra ingyen küld az igazgatóság.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.

Fenséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társasélet.

Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvízgyógymód, villam s fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, gégeés légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.

1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivó-vízvezetékkel kitünő édesvízzel.

Ötvenedik évfolyam. 24. szám. *Budapest, 1906. junius 17.*

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 KOZLEMÉNYEK.

Borszéky Károly: Közlemény a budapesti k. m. tudomány-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.) Klinikai tapasztalatok az újabb helybeli érzéstelenitő szerekkel. 623. lap.

Detre Sándor és Sellei József: Közlemény a „Jenner-Pasteur-intézet" laboratoriumából. A serum-lipoidok méregellenes hatásáról. 625. lap.

Korányi Sándor: Az idült szivbajok kezelésének alapelvei. 628. lap.

Boros Ernő: A prostata, az ondóhólyagok és kivezetőcsöveik bántalmainak újabb kezelésmódja. 630. lap.

Tárcza. Verebély Tibor: Úti Jegyzetek. 630. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Em. Rádl:* Geschichte der biologischen Theorien seit dem Ende des XVII. Jahrhunderst. — *E. Zabel:* Das Spiel des Zwerchfells über den Pleurasinus und seine Verwertung in der Praxis. — *Lapszemle. Belorvostan. Knauth:* A szív gümőkórjának érdekes esete. — *Dieulafoy:* Az aortitis syphilitica kezelése. — *Haedicke:* A tüdőgümőkórosak étvágytalanságának orvoslása. — *W. Leuchtweis:* Adams-Stokes-féle betegség esete. — *Sebészet. Lexer:* Heveny gyuladások kezelése Bier féle pangásos vérbőséggel. — *Gyermekorvoslás. Hamburger:* Veleszületett gümőkór. — *Walz:* A veleszületett vékonybélelzáródás kórjelzése. — *Banks:* A purpuráról. — *Chartier:* Csecsemőkori mongolismus két esete. — *Ideghórtan Mainzer:* Az állatok hysteriája. — *Salomonson:* Phosphorsavas kreosot okozta polyneuritis tuberculosisban. — *Bőrkórtan. Meirowsky:* A Finsen fénynek hatása az ép bőrre. — *Berger:* Az epidermolysis bullosa hereditaria viselkedése a Röntgen-sugarakkal szemben. — *Húgyszervi betegségek. J. Kohn:* A Bottini-féle mütét. — *Finsterer:* A húgycsőkövekről. — *R. Parker:* A megnagyobbodott prostata kiirtása. — *Munoz Ruiz de Passanis:* A phosphaturia. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Meyer:* A húgyutak súlyosabb megbetegedéseinek gyógyitása. — *Rey:* Thiocol használata szamárhurut eseteiben. — *Habicht:* Jothional. 632—635. lap.

Vegyes hirek. Kitüntetés. — Tuberculosis-ankét a belügyministeriumban. — A nemi betegségek ellen alakult országos védőegyesület. — Meghalt. — A budapesti poliklinika kimutatása. — Kisebb hirek külföldről. — Congressus. — Orvosok a parlamentben. — Az operatiós keztyük történetéhez. — A hypnotismus új alkalmazásmódja a szülészetben. — A chininfogyasztás rohamos csökkenése. — Synaesthesia. — Pályázatok. — Hirdetések. 636. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 637. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 637. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 639. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 639. l.

Melléklet. F Hoffmann-La Roche & Cie. czég Digalen prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos)

Klinikai tapasztalatok az újabb helybeli érzéstelenítő szerekkel.

Irta: *Borszéky Károly* dr., első tanársegéd.

Valamely helybeli érzéstelenítő szer valódi értékének elbirálása nem könnyü feladat; a fájdalomérzés és a fájdalomnyilvánítás módjai, fokozatai annyira egyéniek, hogy az érzéstelenség fokának megitélésére nincsen semmi mértékünk, mert csakis a beteg bemondására vagyunk utalva. Nem egyszer történik, hogy a beteg a beavatkozást minden szó nélkül, a fájdalomnyilvánítás minden jele nélkül eltüri, de azt állítja, hogy nagy fájdalmat érzett, és viszont nem egy beteg már akkor kiabál és jajgat, a mikor még semmi sem történt vele, csupán kiméletet akar kelteni viselkedésével. Az is ismeretes, hogy bizonyos testtájakon, lobos területeken a mütétek fájdalmasabbak, mint máshol; végül azt is számba kell venni, hogy az érzéstelenítő szer alkalmazásának módjától is sok függ: mig az egyik teljes érzéstelenséget tud elérni, addig a másik csak tökéletlen vagy semmi eredményt nem tud felmutatni.

Magától értetődik, hogy a helybeli érzéstelenítő szerrel szemben túlságos nagy követelményeinknek nem szabad lenni; alkalmazásának megvannak jól ismert határai, a melyeken túllépni nem lehet. Hosszantartó, mélyre hatoló, bonyolódott beavatkozásoknál sem az alkalmazott szerben, sem a betegben nem kereshetjük a balsiker okát. A helybeli érzéstelenítő szer nem lehet hivatva az általános bódítást helyettesiteni.

De hogy a helybeli érzéstelenítő szer megfeleljen feladatának, szükséges, hogy alkalmazásának helyét érzéstelenné tudja tenni a nélkül, hogy akár helybelileg, akár távolhatásában valami káros következménye volna a szervezetre.

A cocainról már régóta ismeretesek ilyen káros befolyások; ezért, valamint a kész oldatok kevésbé tartós volta és a sterilizálás lehetetlensége miatt: nagy haladásnak kell tartani minden olyan szert, a mely a cocain előnyeivel bir annak hátrányai nélkül.

Különben a cocain rovására irt káros tulajdonságoknak sok esetben nem a szer maga, hanem annak minden birálat nélkül való alkalmazása az oka. A tapasztalás mutatja, hogy a legtöbb cocainmérgezés a gége- és orrgyógyászatban fordul elő, a hol a cocain 10 és 20 százalékos oldatait használják, minden mérték nélkül kenvén be a nyálkahártyát ilyen tömény oldatokkal. A sebészek, kik e tekintetben óvatosabbak, ritkábban észlelnek cocainmérgezést. A 2. számú sebészeti klinikumon csakis 1%-os oldatot használunk, sohasem lépvén túl a maximális adagot; igaz ugyan, hogy teljes érzéstelenséget néha nem is tudunk elérni, de jelentéktelen cocainismus tünetein kivül (végtagzsibbadás, szárazságérzés a szájban, múló izgatottság, fejfájás) valódi cocainmérgezést egyetlen alkalommal sem észleltünk.

Idők folyamán nem egy pótszere került forgalomba a cocainnak (eukain β, acoin, tropococain, tolococain, anaesthesin, nirvanin stb.); mindegyikről sok jót lehetett olvasni, de egyik sem tudta kiszorítani a cocaint; feledésbe is mentek és ez bizonyítja legjobban, hogy sorsukat meg is érdemelték.

Ez az oka annak, hogy nagy tartózkodással és bizalmatlansággal fogad manapság mindenki egy feltalált új cocain-pótszert.

Ujabban három ilyen szert találtak fel és hoztak kereskedésbe; mind a háromról kedvező birálatokat lehet olvasni, még pedig tekintélyes sebészektől. E három szer: a *stovain*, *alypin* és *novocain*. *Réczey* tanár klinikumán mind a hármat kipróbáltuk. Eredményeinkről az alábbiakban számolok be, megjegyezvén, hogy a hatás mérlegelésénél inkább pessimistikusan jártam el.

* * *

I. Stovain

A három szer között a legrégibb; 1904-ben állította elő synthetikus úton *Journeau*. A cocainnal és az eukainnal két közös atomcsoportja van. Fehéres pikkelyes por, a mely 175° C.-nál olvad és vízben igen jól oldódik. Vizes oldata habár gyengén, de határozottan vörösre festi a kék lakmuspapirt. Oldatai 120° C.-ig hevíthetők a nélkül, hogy a stovain bomlást szenvedne. Autoklavban 115° C. mellett 20 perczen át hevítve semmi változást nem mutat. Nagy előnye tehát a cocain felett, hogy használat előtt sterilizálható. Physiologiai és mérgező hatását illetőleg számos vizsgálat történt állatokon és embereken egyaránt. Ezekből kitünik, hogy a stovain a befecskendezés helyén értágulást okoz a cocain érszűkítő hatásával szemben *(Billon, Chaput, de Lapersonne)*. *Pouchet* szerint ezen értágulás csak nagyon rövid ideig tartó, múlékony lehet, mert állatkisérleteinél ilyent nem észlelt. Ezen helybeli vérbőség magyarázatát illetőleg a vélemények eltérők. A stovain hívei szerint ezen értágulás csak részjelensége az érmozgató középpontra gyakorolt hatásnak, míg *Braun* szerint tisztán csak helybeli izgalom eredménye, a mit a stovain savi vegyhatása idéz elő a szövetekben. *Lapersonne, Sauvez, von Billon* és *Launoy* állatkisérletei kimutatták, hogy a stovain mérgező hatása $^1/_2$—$^1/_3$-szor kisebb, mint a cocainé. A mérgező adagok állatoknál tonicoclonikus görcsök között collapsust okoznak.

A stovain, melynek befecskendezésre szolgáló adagai a cocainéivel azonosak, az alkalmazás helyén, akár mint intracutan, akár mint perineurális vagy infiltratiós befecskendés, a cocainnal egyenértékü vagy majdnem egyenértékü érzéstelenséget okoz. Az érzéstelenség a befecskendezés után 1—4 percz alatt áll be. *Pouchet* szerint a stovainnak még jelentékeny antiseptikus hatása is van.

Fourneau a stovaint tisztán theroretikus alapon ajánlotta a cocain pótszeréül; lássuk, hogy a betegeken tett tapasztalatok mennyiben felelnek meg a várakozásnak.

Reclus óta, a ki először alkalmazta a stovaint emberen, máig már számos közlemény jelent meg, a melyek mindegyike nagyobb számú kisérlet eredményéről számol be. *Braun* a stovain alkalmazását károsnak tartja, kisérleteket vele nem is végzett, mert szerinte a savi vegyhatás már magában véve elegendő ahhoz, hogy valamennyi más esetleges előnyét lerontsa. *Reclus* a stovaint állandóan alkalmazza a cocain helyett és az összes műtétek két harmadát ilyen stovain-érzéstelenítés mellett végzi. Szerinte a mindennapi sebészet körébe tartozó mütétek mindegyike végezhető ilyen érzéstelenítés mellett; ezenkivül alkalmazta a stovaint gastrostomiánál, anus praeternaturalisnál, szabad és kizárt sérvmütéteknél (lágyék-, czomb- és köldök-sérveknél egyaránt), aranyér-, hydrokele-, varikokele-mütéteknél, castrationál, szabad petefészektömlőkiirtásnál, gümős hashártyagyuladásnál és empyemánál. A stovainról csakis jót mond; az érzéstelenség pontosan bekövetkezik és elég hosszú ideig is tart (csupán hosszabb mütéteknél említi meg a bőrvarrat érzékenységét); semmiféle helybeli káros hatásról vagy mérgezésre mutató tünetekről nem tesz említést. *Chaput* 18 esetről számol be; köztük volt egy tracheotomia, két átfúródásos hashártyagyuladás miatt végzett hasmetszés és egy arthrotomia idegen test eltávolítása czéljából. A befecskendezett mennyiség 1—20 cgm. Az érzéstelenséget 17 esetben teljesnek mondja, csupán egy esetben nem volt kielégítő az eredmény. *Woskresenski* 30 esetben tökéletes anaesthesiát tudott elérni; a befecskendezésre 0·5—1%-os oldatokat használt és az elhasznált legnagyobb adag a 12 cgmot nem haladta túl. Mütétei között volt strumectomia, alsó ajak- és orrcarcinoma plastikával és Bassini-féle mütét. Csak jót említ, semmiféle káros vagy ki nem elégítő tulajdonságot nem észlelt.

Nagyobb számú esetről számol be *Schiff*. Ő endermális, hypodermális és peripherikus befecskendéseket végzett 0·5, 0·75 és 1% oldatokkal. Az elhasznált legnagyobb mennyiség 8 cgm. volt. 196 eset közül 181-ben (92·5%) az elért érzéstelenséget jónak, a cocainnal egyenértékünek mondja; 15 esetben (7·5%) az érzéstelenség nem volt kielégítő. Ezen utóbbi esetek legnagyobb részét foghúzások és tályognyitások teszik. *Schiff* ezen rossz eredményt a foghúzásnál az alkalmazásmód nehézségének tudja be. Az alkalmazott oldatok között hatás tekintetében különbséget nem észlelt. 17 esetben feltünő volt a befecskendezés helyén a vérbőség. Ha adrenalinnal együttesen alkalmazta a stovaint, utóvérzéseket kapott. Mérgező hatást nem észlelt, csupán egy foghúzásnál; midőn 1% oldatból 4 cgm.-ot fecskendezett be, állott be rosszulét és szivdobogás. Nem tartja kizártnak, hogy a befecskendezett folyadékból nyelt a beteg és ez okozta az említett tüneteket. A stovain érzéstelenítő hatását a cocainéval teljesen egyenértékünek tartja, a minek igazolásául felemlít eseteket, a melyekben hosszabb bőrmetszések felét cocainnal, felét stovainnal érzéstelenítette és eltérés a metszés két fele között nem volt. Hasonló észlelést találunk feljegyezve *Chaput*-nál is. *Kugel* 20 esetről tesz említést *Mosetig* osztályáról. A befecskendés után vérbőséget vagy elhalást nem észlelt. Mérgezési tünetek még 10% oldat befecskendése után sem mutatkoztak.

Róna Dezső 42 esetről számol be. 0·5—1%-os oldatokat használt részben tisztán, részben tonogennel. 1—30 cgm. mennyiséget használt el részint intracutan, részint subcutan befecskendezésekhez. Az elért érzéstelenséget jónak tartja, utóvérzéseket nem észlelt, valamint mérgezésre való tüneteket sem. Egyik esetében, a midőn gümös fekélyeket kapart ki az arczon és nyakon, a betegen semmi mérgezési tünet nem mutatkozott, pedig 30 cgm. stovaint használt el; a mütét vége felé a stovainkészlet elfogyván, 4 cgm. cocaint fecskendezett be, a mire mérgezési tünetek állottak be, a mi — szerinte — élénken bizonyitja a cocainnak a stovainnal szemben való fokozott mérgező hatását.

Valamennyi szerző tapasztalata megegyezik abban, hogy a stovain kevésbé mérgező, mint a cocain és hogy hatása nem sokkal marad a cocainé mögött. Az egyedüli szerző, a kinek tapasztalatai az említettekéivel ellentétesek: *Sinclair*, ki 16 cgm. stovain befecskendezése után két alkalommal mérgezési tüneteket látott. Minthogy tehát (szerinte) a stovainból nagyobb adagokat kell használni, hogy a cocainnal azonos érzéstelenséget érhessünk el, a stovain relativ mérgező hatása alig mondható kisebbnek, mint a cocainé. Tapasztalatai még a stovain helybeli ártalmatlanságát is kétségessé teszik és *Braun*-nak adnak igazat, ki négy izben észlelt a befecskendezés helyén bőrelhalást. *Gemuseus* semmiféle tekintetben sem tartja jobbnak a stovaint mint a cocaint.

A stovain csekély mérgező hatása arra indította a sebészek egy részét, hogy lumbalanaesthesiánál is alkalmazzák a cocain helyett. *Sonnenburg* 56 esete közül 11-ben nem volt kielégítő az érzéstelenség. *Milko* 100 esete közül teljesen hatástalan volt a stovain spinális befecskendése 5 esetben, egy esetben a hatás tökéletlen, egyben az anaesthesia csak féloldali volt. *Hermes* 114 stovainnal végzett lumbális analgesiája közül 26 esetben, *Preindlsberger* 30 esete között 10-ben a befecskendés hatástalan volt. Az újabb közlemények között több olyan is van, mely a stovain ártalmatlan voltát is kétségessé teszi. Szemmozgató izombénulásokat (*Loeser* két esete), diplopiát (*Hermes, Israel*), abducensbénulást (*Adam*) találunk feljegyezve, a melyek mind a stovain rovására iratnak. Kérdés azonban, hogy mennyiben oka mindezeknek a stovain és mennyiben maga a lumbális punctio utáni nyomáscsökkenés, a mit a spinális folyadék lebocsátása vált ki. *Adam* inkább ebben, illetve az általa okozott vérzésben látja a bénulás okát és nem a stovainban. *Sandberg* esetében a stovain befecskendezése után a légzés egy időre megszünt és csak 25 percznyi mesterséges légzéssel lehetett a beteget megmenteni.

A stovainnal végzett spinális anaesthesia azon szempontból fontos, hogy itt is kevésbé ártalmasnak, kevésbé mérgezőnek bizonyult, mint a cocain. *Sonnenburg* azon tapasztalatai alapján, a melyeket stovainos spinális anaesthesiáknál tett, azt mondja: „Das Stovain besitzt, bei gleicher Dosis, eine etwas geringere Wirkung als das Cocain, aber seine toxische Eigenschaften sind so gering, dass man die Dosis bedeutend vergrössern und damit denselben Effekt erzielen kann wie mit dem Cocain, ohne die

fatalen Nebenwirkungen". A legtöbb észlelő czirányú tapasztalatai megegyeznek a *Sonnenburg*-éivel. Így *Bier* 103 esete közül csak 8-ban észlelt csekélyebb mérgezésre való tüneteket, míg 305 cocainnal végzett lumbális anaesthesiájánál 70%-ban voltak ilyen tünetek jelen. *Chaput, Kendirdjy* és *Bertaux, Tuffier, Polák, Dönitz, Tillmann, Caplescu-Poenaru, Finkelnburg, Milko* és *Steiner* közleményeikben egyhangúlag mind constatálják a stovain előnyét a cocain felett. Ezt *Braun* is elismeri és a következőleg magyarázza: „Seine spezifischen Reizwirkungen treten weniger hervor bei Injektion in den Spinalkanal, oder machen keine Symptome, vielleicht weil die injizierte Lösung sofort durch Cerebrospinalflüssigkeit stark verdünnt wird."

Biberfeld állatkisérleteket végzett; 5 kutyán 10% stovainoldatot fecskendezett be a gerinczcsatornába; míg más szereknek befecskendése után az állat néhány óra mulva teljesen magához tért, addig stovain-befecskendés után két kutyán észlelte, hogy a bénulás maradandó volt. A bonczolásnál nagyfokú belöveltség volt megállapítható az agyburkon. A szemészetben, az orr-, gége- és fülorvostanban, a bőrorvostanban és a szülészetben is tettek kisérleteket stovainnal. *Huchard* neuralgiáknál is ajánlja a stovain-befecskendéseket; két makacs ischias esetében jó eredménynyel alkalmazta. *Demaillasson* igen jó eredményt látott 1% oldatnak befecskendése után makacs és igen heves zsábánál, a mely a nervus auriculotemporalisból indult ki. *Lazarus* a tabeses gyomorkrisisek megszüntetésére ajánlja a stovain spinális befecskendezését.

Klinikánkon a stovaint összesen 85 esetben alkalmaztuk; a befecskendéseket részint endermatice, részint hypodermatice végeztük; foghúzásoknál a befecskendés a foghúsba illetve a csonthártya alá történt; panaritiumoknál, benőtt körmöknél és hasonló műtéteknél az Oberst-féle eljárást alkalmaztuk. A befecskendésekhez a Riedel-féle készítményt használtuk; kezdetben steril-oldatokat kész phiolákban, később közönséges vizes oldatban, használat előtt közvetlen sterilizálva.

Összes kisérleteinkben 1%-os vizes oldatot használtunk, tisztán, mellékvesekivonat hozzáadása nélkül. A befecskendezett mennyiség a műtétek szerint átlag 3—7 cgm. stovain volt. Kezdetben az adagokkal óvatosabban bántunk és csak miután azok ártalmatlan voltáról meggyőződtünk, emeltük fel az adagot. Az egyszerre alkalmazott mennyiség 12 cgm. volt.

A befecskendéseket minden válogatás nélkül mindenütt ott alkalmaztuk, a hol azelőtt cocaint vagy Schleich-féle infiltratiót használtunk. A műtétek egy részét a klinikumon fekvő betegeken, más részét járó betegeken végeztük.

Eseteink egyikében sem észleltünk semmiféle káros helybeli hatást, sem nagyobb vérzékenységet vagy vérbőséget, sem elhalást vagy utóvérzést. Mérgezésre való tüneteket két esetben észleltünk. Az egyik egy sérv- és hydrokele-műtét volt 36 éves férfiúnál; a befecskendett stovain mennyisége 8 cgm. volt. A befecskendés után mintegy 10—12 percz mulva az addig egészen csendes beteg beszédes lett, nevetgélt, tréfált, arcza kipirult, szóval teljesen olyan tüneteket mutatott, a milyeneket cocainismus névvel szokás megjelölni. Ez az állapot 10 perczig tartott, a mikor rövid ideig tartó fejfájás után mindezen tünetek elmultak. A délutáni látogatás alkalmával a beteg teljesen jól érezte magát, semmiféle más tünet nem mutatkozott. A másik eset egy Oberst szerint spina ventosa miatt végzett ujjperczkiizesítés volt fiatal leánynál; a befecskendezett stovain mennyisége 6 cgm. volt. Erős fejfájás, émelygés, hányás és általános rosszullét mutatkozott, de csak rövid ideig. Stovain-befecskendéssel végzett műtéteink a legkülönbözőbbek voltak; ezeknek csoportosítását szükségesnek tartom azért, mert az érzéstelenség megitélésénél az is számbaveendő.

Gyökeres sérvműtét Bassini szerint	20
Különböző daganatkiirtás	14
Hydrokele	6
Castratio	2
Kiizesítés; idegen test ujjban	6
Panaritium, benőtt köröm	6
Aranyeres csomók, cauterezés	7
Foghúzás	5
Transplantatio	2
Végbélsipoly	3
Phimosis	4
Lymphomakiirtás	3
Tályognyitás	4
Idegkimetszés	1
Penis-amputatio	1
Urethrotomia externa	1

Ezen műtétek mindegyikénél az érzéstelenség a befecskendés után 4—6 percz alatt következett be és eltartott 20—35 perczig is. Néhányszor, a midőn a műtét elhúzódott és az érzéstelenség múlófélben volt, a műtét ideje alatt még fecskendeztünk be stovaint (bonyolódott sérvműtéteknél). *Teljesen hatástalan volt a stovain három műtétnél:* 1 mélyen fekvő tályog megnyitásánál a nyakon, 1 foghúzásnál és 1 idegkimetszésnél. Az első kettőnél 5, az utolsónál 8 cgm. volt a befecskendezett stovainmennyiség.

Ki nem elégítő volt az eredmény 16 esetben; és pedig

Sérvműtét	5
Daganatkiirtás	4
Foghúzás	1
Phimotomia	2
Hydrokele	2
Tályognyitás	2

A többi *66 esetben az érzéstelenség vagy teljes, vagy legalább is kielégítő volt.* Feltünő, hogy a lobos területeken végzett műtétek, valamint a foghúzások tekintélyes részében az érzéstelenség nem volt kielégítő.

Saját tapasztalataink alapján megerősíthetjük tehát a stovainra vonatkozólag tett azon tapasztalatokat: hogy *helybelileg teljesen ártalmatlan szer, hogy mérgező hatása a cocainénál jóval csekélyebb és hogy biztosan sterilizálható.*

Azonban tapasztalataink alapján azt kell mondanunk, hogy a *stovain érzéstelenítő hatása a cocain azonos mennyiségeinél jóval csekélyebb;* számbavehető hatás elérésére legalább két, sőt háromszor oly nagy adag szükséges, mint a cocainból. Egészen veszélytelennek sem merjük mondani, a mi a túlmagas adagok alkalmazását illetőleg óvatosságra int. *Elég jó pótszere a cocainnak, de hatás tekintetében nem versenyezhet vele.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a „Jenner-Pasteur-intézet" laboratoriumából.

A serum-lipoidok méregellenes hatásáról.

Irta: *Detre László* dr., egyet. magántanár és *Sellei József* dr.

Azzal a méregellenes hatással, melyet a különböző normális vérsavók a tetanus bacillusa által termelt véroldó méreg, a tetanolysin ellenében kifejtenek, az ú. n. *antitetanolytikus hatással* már nehány éve foglalkoznak a serologusok. A kutatók eleinte hallgatagon felvették, hogy a *normális* vérsavónak antitetanolysinjei teljesen azonosak az immunizálás folyamán képződő ú. n. immunantilysinekkel; csak később derült ki, hogy a normális antilysinek több tulajdonságuk miatt élesen elkülönítendők az azonos hatású immunanyagoktól.

Mi már több izben foglalkoztunk e kérdéssel, és azon feltünő analogiák alapján, melyek a normál lysinek és zsírnemű anyagok között fennállanak, kifejeztük azt a meggyőződésünket, hogy ellentétben a többi vizsgáló véleményével, *a normális savóban egyáltalán nincs is immunanyagszerü antilysin, ellenkezőleg: az antilytikus hatást csakis a zsírnemü lipoidok közvetitik, a melyek az illető méregnek (tetanolysin) lekötésére képesek, és immunhatásokat fejtenek ki, a nélkül, hogy immunanyagok volnának.* E felfogás

ellenében egyes szerzők azt hozták fel, hogy a zsírtalanítás után, mint a mely eljárás az összes zsírokat kivonná, tetemes antilytikus hatás marad még vissza a vérsavóban. De vajjon ki tudjuk-e vonni a rendelkezésünkre álló eljárásokkal a vérsavó *összes* zsírjait? Bárki, a ki a fehérjetartalmú anyagok (pl. tej) a zsírtalanításának módszereit ismeri, tisztában van vele, hogy szabatos, quantitativ zsírkivonás mily nehéz művelet. Még a *Liebermann*-féle eljárásnál is, a mely a legtökéletesebb zsírkivonó eljárások egyike, a fehérjemaradékot igen bonyolult vegyi eljárásnak kell alávetni, hogy belőle minden residuális zsírt kivonhassunk. Ezt az eljárást azonban már azért sem lehetett vizsgálatainkban alkalmaznunk, mert a fehérjealkatrészek megtartásáról kellett gondoskodnunk.

A különböző serumok teljes zsírtalanítása nekünk sem sikerült, azonban azt találtuk, hogy némely állatserum benzinnel vagy aetherrel való *többszörös* kezelés után védőhatásának jelentékeny részét elveszti, annyira, hogy belőle *csak igen kevés* marad vissza, és ez a kevés kirázással többé el nem távolítható. Ily irányú vizsgálatokra a *galambserumot* találtuk legalkalmasabbnak, mert a galambserum még igen kis mennyiségben is kiváló antilytikus hatású. Igy némely kisérletünkben a galambserum 0·01 cm³ mennyisége meg tudta védeni az emberi vérsejtek 5%-os emulsionak 0·10 cm³ mennyiségét a teljes oldás ellen.

A serumnak benzinnel való ½ óráig tartó rázása után a védőképesség az eredeti hatás 1/10 ére, másodizbeni kivonás után 1/20-ára száll le. A mi világosan mutatja, hogy a védőhatás valóban főkép a lipoidoknak tulajdonítható.

Midőn így kisérletileg beigazolódott, hogy a serum antitetanolytikus hatását első sorban a lipoidoknak köszöni, *e lipoidhatás mechanismusát* tanulmányoztuk. A lipoidok szerepe kettős lehet: *1. csupán mint tágabb értelemben vett oldó anyagok szerepelnek és a megfelelő mérgeket a fehérjeszerü tulajdonképeni méregellenes anyagokhoz vezetik, a melyek azután a mérgeket megkötik és ily módon a méreg iránt érzékeny vörösvérsejteket megvédik*; *vagy pedig 2. a lipoidok teljesen úgy hatnak, mint a valódi ellenanyagok, a melyek a nekik megfelelő antigenekkel vagy adaequat anyagokkal eleinte laza, később azonban szorosabb vegyi összeköttetésbe lépnek, a melynél azután sem az egyik, sem a másik egymásra reagáló testnek tulajdonságai fel nem ismerhetők.*

A kérdés tehát igy áll: *vajjon csupán közvetítő szerepük van-e a lipoidoknak*, vagy pedig *vivői-e a méregellenes tulajdonságoknak?*

Az első felvétel igen valószinű. *Overton* és *H. Meyer* vizsgálatai óta tudjuk, hogy az endocelluláris lipoidoknak fontos biologiai tulajdonságaik vannak. A serumlipoidoknak is ily közvetítő szerep tulajdonítható. A lipoidok ezen felfogás szerint tehát nem antitoxikusan hatnak, hanem csak oly módon, hogy hasonlóan az amboceptorokhoz, a lysinnek azon fehérjenemű anyagokhoz való lekötését közvetítik, a melyek azután kifejtik a valódi antilytikus hatást. Ezen utóbbi véleménynyel — bár nem határozott formában — eddig csakis a bakteriumos agglutininekre vonatkozólag találkoztunk.

Hogy a fentemlített két lehetőség közül melyik a valószinübb, azt csak kisérletekkel lehet megállapítani, és azt hiszszük, hogy sikerült a kérdést az alábbiakban csakugyan meg is oldanunk.

Mindenekelőtt azt vizsgáltuk, *vajjon egyaránt védik-e a különböző állati serumok a különböző vörösvérsejteket, vagy pedig a hatásban különbségek vannak oly értelemben, hogy minden egyes serum legerélyesebben a saját fajtájabeli vörösvérsejteket védi, míg másfajta vörösvérsejtek ellenében gyengébb védelmet fejt ki?*

Erre vonatkozó vizsgálataink kiderítették, hogy pl. 4 különböző állatból származó serum (galamb, ember, nyúl, ló) közül legerősebben hat a galambsavó, azután jő az emberé, majd a nyúlé és végül a lóé, akármily vérsejteket használtunk fel a titrálás alkalmával indikátornak, azaz akár a galamb, akár az ember, akár a nyúl, akár a ló vérsejtjeit a tetanolysin ellenében legerősebben védte meg a galambsavó, legkevésbé a lósavó.

Látható ebből, hogy *a serum védőereje annak állandó tulajdonságát képezi*, a mely különböző indikátorokkal, vagyis különböző vörösvérsejtekkel szemben mindig egyenlő hatásban nyilvánul. És ez a törvényszerüség is arra vezetett bennünket, hogy belássuk, hogy ezen viszonyokban nem a fehérjealkotórészeknek specifikus tulajdonságai, hanem csakis a különböző serumoknak különböző védőlipoid-tartalma lehet a mérvadó. Érdekes volt megtudni azt, vajjon az egyes serumfajok által kifejtett hatás megfelel-e az egyes különböző serumok kivonása által nyert lipoidok védőhatásának?

Jelesül meg akartuk vizsgálni, *vajjon az egyenlő módon elkészített kivonatok közül tényleg a galambserumkivonat véd-e legerősebben, míg a lóserumkivonat leggyengébben?*

Kisérleteink e tekintetben is positiv eredménynyel jártak. *A lipoidok ClNa-oldatban emulgeálva, lényeges védőerőt képesek kifejteni*, és így a kisérleti czélra felhasznált serumok lipoidja közül a galambserumlipoid igen erősen védett, míg a lóserumlipoid majdnem semmit. *A kisérleti eredmény nem változott akkor sem, a midőn az extractumot nem ClNa-oldatban, hanem zsírtalanított vagy nativ serumban emulgeáltuk*, a két védőhatás ilyenkor csak összegeződött, de nem fokozódott. Csupán egy rendellenesség tünt fel már első, ebben az irányban végzett kisérletünkben, a mely azután további theoriás eredményünkhöz vezetett, t. i. a lipoidvédőhatás nem állott a lipoidmennyiséggel proportionális viszonyban; *a védőhatás maximumát a lipoidnak csakis kisérletileg megállapított közepes mennyisége fejtette ki.* Nagyobb vagy kisebb mennyiségek ismét csak kisebb védelmet tudtak kifejteni. *A lipoidok ugyanis, miként ez e paradoxon megfejtésére irányuló vizsgálatainkból kiderült, már maguk is rendelkeznek bizonyos haemolytikus tulajdonságokkal*, mely véroldó hatás az olajok és zsírok ilyen hatásával analogiába hozható. A zsírok kölcsönösen oldják egymást, és ily módon a vörösvérsejtek semipermeabilis lipoidtartalmú határrétege vagy határhártyája is megtámadtatik, a mi azután haemolysisre vezet. A lipoidok véroldó hatása csak igen lasan megy végbe. Két órai thermostat mellett a lipoidok e hatása még nem jelentkezik, csupán 4—5 óra mulva kezdődik a haemolysis, a mely azután gyorsan halad előre. E hatás a lipoidmennyiséggel arányosan következik be. Minthogy a galambserumlipoid oldó hatását előzetes kisérletekből már jól ismerjük, képesek voltunk a tetanolysinméreg és lipoid közti kölcsönös hatást pontosabban tanulmányozni. És ekkor egy eddig teljesen új és váratlan eredményhez jutottunk, a melyet a következőkben foglalhatunk össze:

Ha a galambserumlipoid a tetanolysinre hat, akkor nemcsak a tetanolysin, de a lipoid is elveszíti véroldó képességeit.

Kisérlet 1905. november 17.-én. 0·03 cm³ galambserumot 3 cm³ benzinnel kirázunk. A kirázott serumot vízfürdőn 56°-on hevítjük a benzingőzök eltávozásáig, azután megállapítjuk védőképességét. Minden csőben 0·10 cm³ 0·3%-os tetanustoxinoldat, továbbá 0·50 cm³ konyhasóoldat és 0·10 cm³ 10% mosott nyúlvéremulsio. Eredmény 2½ óra thermo után:

Serum	0·02	0·01	0·005	0·002	0·001	Kontroll
Nativ galambs.	nincs oldás	nincs oldás	oldás nyomai	közepes oldás	igen erős oldás	teljes oldás
Kivont s.	erős oldás	majdnem telj. old.	teljes	teljes	teljes	

Tehát: a benzinnel való rázás után a serum hatásának több mint 9/10-ét elvesztette (v. ö. nativ 0·002: közepes, kivont 0·02: erős).

Lássuk most a kivonat védőerejét. A benzinből 0·10 cm³, 0·20 cm³ és 0·30 cm³-t lemértünk kémcsövekbe, melyeket jelöljünk L_1, L_2, L_3 jelekkel. $L_1 = 0·10$ cm³ benzinnek lipoidja, azaz megfelel 0·01 serumnak; L_2: 0·02 serum, L_3: 0·03 serum lipoidját rejti.

A csöveket 24 óráig hagytuk thermostatban, majd lekapartuk a képződött száraz pikkelyes kivonatot és emulgeáltuk konyhasóoldatban. Majd megtitráltuk védőhatását 0·3% tetanustoxinnak 0·10 cm³ mennyisége ellen 0·10 cm³ 10% nyúlvéren. Eredmény:

1.	A kivonat *oldó* hatása ... ... { $L_1 + 0{\cdot}50$ ClNa $L_2 + 0{\cdot}50$ ClNa $L_3 + 0{\cdot}50$ ClNa	0 0 0	0 0 0	0 kezdődő igen erős	kevés (I) teljes (II) teljes (III)
2.	A kivonat *védő* hatása ... ... { $L_1 + 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet. $L_2 + 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet. $L_3 + 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet.	erős oldás 0 0	igen erős 0 0	teljes nyomok közepes oldás	(teljes (IV) majdnem teljes (V) (teljes (VI)
3.	Kontrollméreg oldó hatása .. $0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet.	teljes oldás	teljes	teljes	teljes (VII)
4.	*Nativ* serum védő hatása ... $0{\cdot}01$ nativ s. $+ 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet.	0	nyomok	nyomok	nyomok (VIII)
5.	*Kivont* serum védő hatása... $0{\cdot}01$ nativ s. $+ 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet.	majdnem teljes	majdnem teljes	majdnem teljes	teljes (IX)
6.	Kivont serum + lipoiddal erősítve { $L_1 + 0{\cdot}01$ kivont s. $+ 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet. $L_2 + 0{\cdot}01$ kivont s. $+ 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet. $L_3 + 0{\cdot}01$ kivont s. $+ 0{\cdot}50$ ClNa $+ 0{\cdot}10$ Tet.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	nyomok (X) majdnem teljes (XI) igen erős (XII)
		20 percz thermo	2 óra thermo	4 óra thermo	20 óra szobahő

Látható e kissé komplikált kisérletből: hogy a méregnek teljesen oldó mennyiségét (l. 3. rovat), a nativ serumnak 0·01 mennyisége igenis képes volt neutralizálni (l. 4. rovat), míg a kivont serum védő hatása minimális volt (l. 5. rovat). A kivonat védő hatásának (l. 2. rovat) értelmezése 2 órai thermo után könnyen megyen: L_2 és L_3 (= 0·02 illetőleg 0·03 serum lipoidja) véd, ellenben 0·01 serum lipoidja (L_1) nem; ellenben látjuk, hogy már másnapra L_2 erősebben hatott, mint L_1 és L_3! Egyelőre azonban elégedjünk meg azzal, hogy *a kivonat tetemes védő hatást tud kifejteni.* A szabálytalanságokat azonnal megértjük, ha az 1. sorozatot veszszük szemügyre: ebben tetanusméreg nincs, és a lipoid maga hat a vérsejtekre. Látni való, hogy a 4. órában megindul a *lipoid kifejtette oldó hatás,* mely fokozatosan nő az idővel és a lipoid mennyiségével. Az a kérdés már most, minthogy két véroldó méreggel dolgozunk, úgymint a lipoiddal és a tetanusméreggel, vajjon a Tetanustoxin + Lipoid-csövekben (l. 2. rovat 4 óra mulva) az oldást mindkét componens hozza-e létre vagy csak az egyik. Régebbi kisérleteinkből tudjuk azonban, hogy a tetanustoxin, mint igen labilis anyag, igen gyorsan — kb. 2 óra alatt — elveszti véroldó képességét, úgy hogy a haemolysis 2 órai reactioidő alatt befejeződik és tovább nem erősbödik. Nyilvános volt tehát, hogy *az a véroldás,* a mely 2 órás incubatio *után* áll be, *már nem lehet a tetanusméreg hatásának eredménye, hanem csak a másik lehetséges tényezőé, azaz a lipoidoké.* Lipoidhatás okozta ezek szerint 4 óra mulva az oldódást a II. és III., továbbá az V. és VI csövekben. (A IV. csőben a tetanus hatott, mert az oldás már 2 óra mulva indult meg!) Hasonlítsuk össze a II. csövet az V. csővel, a III. csövet a VI.-kal. A két csőpárban egyazon lipoidmennyiség van, de míg a II. és III.-ban tisztán a lipoid szerepel, addig az V. és VI.-ban tetanusméreg is van jelen. A II. csőben az oldás foka: „kezdődő"; a IV.-ben „nyomok"; a III. „igen erős", a VI.-ban közepes": azaz a *tetanusméreg egyidejű jelenléte meggyengítette a lipoidnak véroldó képességét.*

További kisérletek teljesen igazolták ezen feltevésünket. E kisérleteket akként végeztük, hogy a tetanustoxint a lipoidemulsioval összehozva, e keveréket két órán át tartottuk thermostatban és csak 2 óra mulva adtuk a csövecskékbe a megfelelő vörösvérsejtemulsiót, vagyis oly időben, a midőn a tetanusméreg hatását teljesen elveszítette és az oldás beállását csupán a lipoidcomponenseknek lehetett tulajdonítani. *Ily kisérleteinkből tényleg az derült ki, hogy a tetanusméreg képes volt a lipoidemulsio oldó hatását jelentékenyen csökkenteni.*

Még azon vizsgálataink eredményéről óhajtunk röviden beszámolni, a melyek azon kérdésre vonatkoznak, vajjon a tetanusmérget közömbösítő és a vörösvérsejteket oldó lipoidok ugyanazon serumra vonatkozólag azonosak-e a vagy pedig egymástól különbözők-e. Az első esetben a különböző serumok véroldó és antitetanolytikus képességének egymással párhuzamosan kell haladnia, a másik esetben azonban ily parallelismusnak nem kellene fennállania. Ennek eldöntése czéljából a 4 különböző serumból — galamb-, ember-, nyúl- és lóserumból — a melynek antitetanolytikus hatását már előbb behatóan tárgyaltuk, benzines extractumot készítettünk és ennek megállapítottuk véroldó hatását a tengerimalacz vörösvérsejteivel szemben. Az eredmény az identifikálás ellen szólott. Emlékeztetünk arra, hogy a serumok antitetanolytikus hatásának sorrendje — az általunk vizsgált serumokat illetőleg — a következő volt: galamb, ember, nyúl és ló. A véroldás eredménye azonban nem ilyen sorrendben következett, a mennyiben a nyúlserumkivonatok többnyire erősebben oldottak, mint az emberi serumlipoidok. A galamb- és lólipoidok e 2. sorozatban is az előbbi sorrendet tartották meg. Tehát nem valószinűtlen az, hogy az itt tekintetbe jövő anyagok egymástól részben különbözők és kivánatos volna, hogy ezen viszonyok vegyi szempontból behatóbban tanulmányoztassanak.

Feltünő, hogy *Bang* és *Forssmann* a véroldó serumok tanulmányozásakor is 2 különböző lipoidot tudott előállítani, a melyek egyike a haemolysint a vörösvérsejtekhez tudja lánczolni, a másik pedig a tulajdonképeni antigennek felelne meg, a mennyiben érzékeny állatba fecskendezve, azt haemolysinképzésre serkentené. És ha valónak bizonyul az, a mit e két kutató állít, hogy az egyes serumok különböző lipoidjai bizonyos specificitással rendelkeznek és hogy a fehérjéknek az immunitás szempontjából fontos két tulajdonsága, t. i. az *antigenitás* (immunanyagokat kiváltó képességük) és a különböző immunanyagokkal szemben nyilvánuló *specificitásuk* a lipoidokra vonatkozólag is kimutatható, akkor ezen anyagoknak rendkivüli fontos szerepének volnánk nyomában, melyet a lipoidok nem csupán — az egyesek által így nevezett — pseudoimmunitásnak, hanem a valódi immunitásnak mezején is visznek.

Vizsgálataink tehát kiderítették:

1. *Hogy a különböző állati serumok antitetanolytikus hatása különböző és főleg az állatfajtól függ, oly annyira, hogy a különböző állatfajokra nézve körülbelül állandó sorozat állítható fel.*

2. *Az állati serumok antitetanolytikus képessége javarészt lipoid alkotórészüktől függ.* A serumnak zsíroldó anyagokkal való gyakoribb kezelése után visszamaradó antilytikus értéke ugyan fehérjéktől is függhet, de valószinübb, hogy ezt a hatást is, a mely az összértéknek csupán kis töredékét (5—10%) teszi, lipoidok okozzák, a melyek a fehérjéhez vannak erősen kötve.

3. Vajjon a lipoidok csupán physikális értelemben működnek, tehát oldószerként szerepelnek-e, vagy pedig mint a mérget megsemmisítő anyagok, erre nézve kimutattuk, hogy

a) lipoidok önmagukban, azaz minden fehérjeadjuvans nélkül is képesek a méregnek közömbösítésére;

b) hogy e közömbösítés közben tulajdonságaikban fontos változást szenvednek el, a mennyiben haemolytikus képességeiket részben elveszítik; a mi arra vall:

c) hogy az a mélyreható változás, a melyet a lipoidok a neutralisálás folyamán elszenvednek, vegyi természetü, hogy tehát a lipoidok és a méreg közt vegyi folyamat játszódik le.

4. *A lipoid + tetanolysin-reaction igazolódott be először, hogy az ellenanyag az iránta affinitással rendelkező antigennek vagy adaequat anyagnak behatására nemcsak ez iránt való affinitását, hanem egyéb jelleges tulajdonságait is elveszíti.*

Az idült szívbajok kezelésének alapelvei.

Előadta: *Korányi Sándor* ny. rk. tanár.

(Vége.)

Használjanak-e súlyos szívbetegeiknél alkoholt vagy kámfort? Azért foglalom egybe a kettőt, mert hatásuk sokban hasonlít. Válaszom reá, hogy lehetőleg nem. Csak egy indicatiojuk van: a hirtelen collapsus. Ezen eseten kivül ne izgassák kámforral, ne mérgezzék alkohollal szívbetegeik szívét, a melynek izomzatát nem kímélhetjük, nem óvhatjuk eléggé.

A súlyos állapotban levő szívbeteg kezelése néha fényes eredménynyel jár, máskor eredménytelen marad. Bizonyára tapasztalták mindnyájan, mennyivel kevesebb az eredménye jól situált betegeknél, mint a kórházban. E sajátságos tüneménynyel nemcsak a szívbetegeknél találkozunk, hanem sok más chronikus bajnál is. Magyarázata egyszerű. A szegény munkás beteg szívét életmódjával terheli túl, hiányosan kezeli és mire kórházba kerül, állapota sokkal súlyosabb, mint a hogy az szívizomdegeneratiojának megfelelne. Itt, kedvezőbb viszonyok közt, elérhetjük, hogy állapota szívizmával harmoniába jut. A vagyonos, gondosan kezelt beteg állapota e harmoniától nem tér el lényegesen. Mire nagyon rossz állapotba jut, szívizma annyira tönkrement, hogy nincsen az a therapia, a mely nála fényes eredményekre vezetne. E harmonia fenntartása, legkisebb megzavarásának helyrehozása az a czél, a melyet minden betegeinknél elérni igyekszünk. Legalább ez az egyik czélunk. A másik, hogy szívizma minél lassabban romoljék. Az utóbbit már nagyrészt elérjük, ha az elsőre dolgozunk. A szív önmagát táplálja. Ha a keringés kedvezőtlen viszonyok közt rosszabb, mint a milyet a szívizom kedvező viszonyok közt fenntarthatna, önmagát is rosszabbul táplálja és így romlik.

Lássuk, hogyan küzdhetünk az ellen, hogyan részesíthetjük szívbetegeinket a súlyos incompensatio prophylaxisában hathatósan?

A súlyos incompensatio prophylaxisa a könnyű incompensatio helyes kezeléséből áll. Ez egyszerű; fő eszközei a nyugalom és a digitalis. Néha pár napi ágybanfekvés elég lehet egymagában is. Legtöbbször azonban reászorulunk a digitalisra. Ne adjuk ezt könnyebb incompensatioban szenvedő betegeinknek nagy dosisban. Elég lesz talán 0·20—0·40 centigramm naponta. Reáérünk kipróbálni. Ha elégtelen volna, közben nagyobb dosist is adhatunk. E könnyű esetekben a strophanthus is jó szolgálatokat tesz. Ez a szer különösen a kevésbé ellenőrizhető betegeknek való. Ha láthatjuk betegünket naponta, a kis incompensationak is legjobb szere a digitalis. Más gyógyszerekre alig szorulunk. Leginkább még a diuretinhez folyamodhatunk, részben legalább abból a czélból, hogy kitakarítva a hydropsot és csökkentve a keringés akadályát, könnyítsük a szív számára a normális keringési sebesség létrehozását. A bal venás szájadék bántalmaiban szenvedő betegek sokszor könnyű decompensatióknál is sokat kínlódnak dyspnoejukkal. Ennek gyógyszere megint a digitalis és esetleg az oxygen.

Van-e módunk arra, hogy a könnyű decompensatiót is megelőzzük, vagy legalább késleltessük? Kétségtelenül van. És ennek az alkalmazása az orvos legfőbb feladata. Vele egy életét élvező, többé-kevésbé munkaképes embert tart fenn. A decompensatio időszakában a kezelés már csak egy beteg életet nyújt meg. Ha ez is fontos, mennyivel fontosabb az előbbi feladat lelkiismeretes teljesítése?

Emlékezzünk vissza mai előadásom első betegére. Az anatomus súlyos beteget látna benne, a kinek sorsa meg van pecsételve. Az orvos egészen mást lát. Nagy hiba esett a beteg szervezetének épségében. De a szervezet néhány alaptulajdonságának érvényesítésével, azzal, hogy functioja a megváltozott physikai viszonyokhoz alkalmazkodik, és azzal, hogy morphologiai sajátságai az állandóan megváltozott functio szükségleteihez hozzáalakulnak, eléri azt, hogy a hibás szervezet tovább élhet. Az orvos érdeklődését e folyamatok szövevényes együttműködésének átértése iránt fokozza az a tudat, hogy azt, a mit a természet tesz a hiba következményeinek elhárítására, elősegítheti, tökéletesítheti, nagyobb tartóssággal ruházhatja fel. De ismernie kell hatalmának határát. Nem tehet mást, minthogy a szervezetnek segítségére siet, a compensatio eszközeit fokozott functiora serkenti vagy elhasználódásukat kiméléssel lassítja. A szívtherapia legtöbb hibája abból ered, hogy némely orvos többet vár a therapiától és lehetetlen feladatot tűzve maga elé, betegének árt.

A szív és az érrendszer berendezése annyiban bámulatosan tökéletes, hogy lehetővé teszi a szívmunka nagyon messzemenő kihasználását. Minden hiba, a melyet valamely kóros folyamat a szív anatomiai állapotának megváltoztatásával hoz létre, a szív egyik vagy másik részére olyan hatással van, hogy működése kihasználhatóságát csökkenti. A compensatio nem egyéb, mint a szív működési képességének olyan fokozódása, a mely a keringés szempontjából hasznos munkatöredéket, a fennálló anatomiai hiba ellenére, normálissá teszi. Többet a compensatio nem tehet. Többet orvosszereink sem tehetnek. Az anatomiai hibák következményei közül nem corrigálhatók azok, a melyeket a szívmunka fokozódása nem corrigálhat. Theoretikus fejtegetések helyett azt, a mit mondani akarok, egy pár példa illustráljon.

Tegyük fel, hogy betegünk az aortabillentyük insufficientiájában szenved. A bal kamra által kihajtott vér egy része nála a diastole alatt regurgitál. A compensatio abból áll, hogy a bal kamra térfogata és ereje úgy megnő, hogy az normális vértartalmán kivül a regurgitáló vért is felveheti és mind a két portiót magából ki is hajthatja. Ennek következménye, hogy az arteriák minden systole után rendellenes mértékben megtelnek. Annyival több vér jut beléjük a rendesnél, a mennyi a szívdiastole alatt az aortából visszajutott a bal kamrába. Ennélfogva az érrendszer teltségének ingadozásai rendkivül nagyokká válnak. A beteg kellemetlen pulzálást érezhet. Érzi szive dobogását. Sokszor szédülésről panaszkodik. A nagy feszülésváltozások kisugárzó fájdalmakat okozhatnak a bal váll, a bal kar felé. Orvoshoz fordul és az hibásan úgy magyarázza a dolgot, hogy a beteg hibájának compensatioja szenvedett. Digitalist rendel. Ha ez hat, nő a vérnyomás, s akkor a beteg nem jobban, de rosszabbul érzi magát. Világos, hogy ennek így kell lennie. Az aorta billentyűinek hibás zárásánál a regurgitáló vért az aorta nyomása hajtja. Ha e nyomás nő, akkor a regurgitatio is nagyobb. A digitalis tehát úgy hat, mintha a billentyűk hibáját nagyobbítanánk. Az az orvos tehát, a ki elrendeli, hibát követ el.

Ugyanez a beteg hosszabb idő mulva más zavarokkal fordul orvosához. Azt mondja, hogy a pulsatio érzése engedett, kisugárzó fájdalmai is megszüntek, de most légzése vált nehézzé. Megvizsgálva, most is csak az aortainsufficientia physikai tünetei állanak fenn, de hozzájuk társult a pulmonalis második hangjának ékeltsége, talán kifejezett arhythmia. A vérnyomás is kisebb mint az előbb. A nyaki venák láthatók. A máj tapinthatóvá vált. Ezek a tünetek azt mutatják, hogy az aortainsufficientia következtében olyan változások jöttek létre, a melyek kihatnak az arteria pulmonalisra, kihatnak a vena cavákra, a melyek tehát az anatomiailag ép kéthegyü billentyü határán túl hátrafelé is terjednek. Mit mutat ez? Azt, hogy a bal kamra most már nem compenzálja teljesen az aortabillentyük hibája által okozott változást a keringés akadályaiban. Az anatomiai hibához a szívizom relativ meggyengülése járult. Kis digitalis-dosis ilyenkor csodás hatású lehet, ugyanaz a digitalis, a mely az előtt ártott. Meddig adjuk azt? Ha tulságossá lesz a hatása, akkor ismét ártani fog, mert újra fokozza a regurgitatiót. Azért a digitalis hatását pontosan kell ellenőriznünk. Kellő ellenőrzés mellett, ha kell, sokáig, heteken, hónapokon át adhatjuk. Ha nem vihető ki eléggé a pontos ellenőrzés, akkor a digitalis teljes hatásának elérése után térjünk át a strophanthusra. Kevésbé kell tartanunk attól, hogy ennek hatása túlmegy a határon, mintha betegünk gyakori ellenőrzés nélkül vesz digitalist. Nagyon czélszerű alakja a strophanthuskezelésnek a Catillon-féle strophantinetartalmú dragék elrendelése. A dosist az esethez kell szabni. Eleinte három szemet adjunk naponta, azután emeljük a dosist a szükséges határig, addig, míg az egyáltalában elérhető hatást elértük.

Még egy példáját hozom fel annak, mikor a digitalis árthet. Valakinek arhythmiája van. Ez néha kellemetlen subjectiv érzésekkel jár, de más bajt nem okoz. A nem kellően tájékozott orvos digitalist rendel. A digitalis nem segít az arhythmián, hanem fokozza azt. Igen messze vezetne, ha az arhythmiákról is bővebben akarnék szólni. Bővebb fejtegetés helyett nézzék el, ha egy tétellel szolgálok, megokolása nélkül. Ez a tétel az, hogy a digitalis csak olyan rhythmuszavarok megszüntetésére

képes, a melyek a vérkeringés hanyatlásával, a szívizom elégtelen működésével állanak kapcsolatban, de még ezeket sem rendezi mindig. Ott, a hol pangás nincs, a vérnyomás rendes, a digitalis az arhythmiára vagy nem hat, vagy fokozza azt.

Tehát a digitalist csak akkor rendeljék, ha oly tünetek vannak jelen, a melyek a szívizom gyengeségére utalnak. Más tünetek ellen nem használhat.

Ezt hallva, sokan önök közül azt fogják kérdezni, hogy mit kezdjenek hát szívbetegeikkel, a kiknél oedama nyoma sincs, a kiknek vérnyomása rendes, nyaki venái üresek és a kiknek mégis sok panaszuk van, és ezek közt különösen az, hogy minden nagyobb testi munka után érzik szívük dobogását, kifogy lélegzetük? Erre a jogos kérdésükre kell még válaszolnom, mielőtt szívbetegeinkből kiindult fejtegetésem végéhez érnék. Válaszomat abban foglalhatom össze, hogy e betegek közt vannak olyanok, a kik egyszerűen nyugalomra szorulnak, vannak olyanok, a kiket gyakorlás útján nevelhetnek odáig, hogy minden nagyobb baj nélkül mászhatnak meg tekintélyes magasságú hegyeket, vannak olyanok, a kiknél kitünő eredményeket érnek el szénsavas fürdőkkel és végül olyanok, a kiket minden elörebocsátott fejtegetés ellenére digitalissal kell kezelni.

Ezeknek a betegeknek helyes osztályozása valóságos művészet. Megpróbálom ez osztályozást pár szóval kifejteni.

Egyik betegünknek nagy bicuspidális-insufficientiája van. E mellett szívizmának állapota kitünő. Míg nyugalomban van, semmi baját sem érzi, de ha a harmadik emeletre megy fel, perczekig nem szünik szívdobogása, légszomjúsága. Mi ennek az oka? Szívizma megteszi a tőle telhetőt. Ha a beteg élénken mozog, megfelelő mértékben emeli az aortában a nyomást. Képzeljék el ennek következményeit. Az aorta vére nagyobb nyomás alatt áll, mikor a systole megindul; a bal kamra tehát nagyobb erővel igyekszik tartalmát belesajtolni. De a kéthegyű billentyű nem zárt teljesen és így ha az aorta felé nagyobb az akadály, a vér annál nagyobb mértékben térhet ki hátrafelé. A nyomásemelkedés tehát úgy hat, mintha a hiba volna nagyobb. Az a compensatio, a mely kielégítő a nyugalom alatt, elégtelenné válik a munka alatt, a mely úgy hat, mintha a hibát növelné. Mit tegyenek? Tegyék a szívet nagyobb hiba compenzálására képessé, mint a mekkora az anatomiai hibája, ha tudják. Ha ez sikerül, betegük munkaképessége nőni fog. A mint az antipyrin nem nyomja le az ép ember rendes hőmérsékét, úgy nem igen fokozza a digitalis az ép szívizom működését. Azt legfeljebb zavarja. Ezért az ilyen esetben a digitalis nem ér semmit, de néha czélt érhetnek a methodikus gyakorlással. E gyakorlás egyik módja a Zander-féle gymnastika, ha azt igazán gyakorlott, lelkiismeretes orvos vezeti, másik módja szénsavas fürdők alkalmazása, harmadik szigorú indicatiók alapján kiválasztott magaslati gyógyhelyek ajánlása. Csupa kétélű fegyver. Ha a szivizom nem elég ép, mind a három árt, még pedig sokat árthat. Legkevésbé talán a szénsavas fürdők árthatnak, leginkább a magaslati gyógyhelyek, ha az indicatiókat hibásan állítjuk fel; azért kétes esetben maradjanak a szénsavas fürdők mellett.

A szénsavas fürdők a pulsus számát nem egyformán befolyásolják, de többnyire leszállítják, a vérnyomást fokozzák. Ha gyengék és a vérnyomást nem befolyásolják, nem érnek semmit, ha azt kellő mértékben emelik, a szívet gymnastizáltatják, erősítik, de ha túlságosan emelik, akkor kifárasztják, ártanak neki. Azért a pulsust és a vérnyomást fürdő előtt és után ellenőrizni kell és a fürdő dosisát a szerint kell esetről esetre, jóformán fürdőről fürdőre megszabni.

Mitől függ a fürdő ereje? Hőmérsékétől, szénsavtartalmától, és attól az időtől, a melyet a beteg benne eltölt. Minél hidegebb, minél szénsavdúsabb, minél tartósabb a fürdő, annál nagyobb a hatása a szívre. Szénsavas fürdőkúrát legegyszerűbb olyan helyen használtatni, a hol természetes bő szénsavas forrás áll rendelkezésünkre, a melynek hőmérsékét szabályozhatjuk, szénsavtartalmát pedig szénsavmentes víz hozzáeresztése által csökkenthetjük. Nálunk Magyarországon Buziás alkalmas ilyen kúrákra. Mesterséges szénsavas fürdők más helyeken is vannak. Ezek is jók, ha bennük a szénsav egyenletes eloszlásáról gondoskodtak. Előnyük, hogy a beteg őket otthon is használhatja. Elmondom, hogyan kell otthon ilyen kúrát vezetni.

Alatta a beteg éljen nyugodtan, munka nélkül. Szerezzen be fakádat, a melyben teljes fürdő készíthető; kezdetben egy fürdőbe 3—4 kg. kősót teszünk. A fürdő hőfoka legyen 28° R. A beteg maradjon benne 10 perczig. Két-három ilyen fürdő után a kősós fürdővízben 100 gm. natrium bicarbonicum crudumot oldunk. Azután egy 100 gm. nyers sósavat tartalmazó üveget a vízbe mártunk, dugóját a víz alatt veszszük ki, azután száját lefelé fordítva, a kád fenekén ide-oda mozgatjuk, hogy a sósav belőle a vízbe diffundálva, a fürdő legmélyebb rétegét foglalja el. Ehhez 10—15 percz kell. Azután megmérjük a víz temperaturáját. Ha az eltolódott, meleg vagy hideg víz hozzáöntésével ismét 28°-ra hozzuk. A beteg a kádba fekszik. A fürdővíz felkavarása a szénsavképződést igen gyorssá teszi. A kádat betakarjuk egy lepedővel, a melyből a beteg feje marad csak kinn és a kitóduló szénsavat egy ápoló legyezővel hajtja el. Legfeljebb 10 percz mulva a beteg kijön a fürdőből. A kád melletti diványon letörlik, de nem maga törülközik. Azután 1—2 órára ágyba fekszik. Később, a mennyire lehet, emeljük a fürdőbe tett szóda és sósav mennyiségét 500—600 grammig, csökkentjük hőmérsékét 20, sőt 14—15° R.-ig, megnyújtjuk tartamát 15—20 perczig, persze csak úgy, ha a beteg tűri. A beteget eleinte másodnaponként, később esetleg naponként fürösztjük. 20—30 fürdő után rendesen elérjük az elérhetőt és ez elég gyakran kielégíti úgy a beteget, mint az orvost.

A gymnastikáról nem szólok. Ahhoz speciálisan berendezett intézet és iskolázott személyzet kell. Ilyen van nálunk pl. Reich vezetése alatt és több sanatoriumban, Buziáson, Balatonfüreden stb. Ha betegeink gymnastikára szorulnak, küldjük őket e helyek valamelyikére.

A magaslati gyógyhelyekről akarok még szólni. Ezek annál nagyobb munkát rónak a keringés szerveire, minél magasabban feküsznek, minél oxygenszegényebb tehát levegőjük. Szándékosan mondom, hogy a keringés szerveire és nem a szívre, mert a munka többletét ép embernél a szív legfeljebb kis mértékben végzi; a többi szerv az, a mely helyette fokozottan működik. Szívbetegeknél e szervek is fokozott mértékben vannak igénybe véve és azért régi tapasztalat, hogy ingadozó compensatiojú szívbetegek magasabb helyeken rohamosan rosszabbodnak. Ha azonban a szívizom ép, akkor a magaslat gyakorlást jelent. E gyakorlást egyszerűen a ritkább levegőtől várjuk. Azért a betegnek nem szabad lejtőkön járni, sokat mozogni, hanem olyan helyeket válaszszunk, a hol vízszintes utak vannak. A gyakorlás annál energikusabb, minél magasabban fekszik a hely. Azért nem szabad szívbeteget pl. Budapestről egyenesen St.-Moritzba küldeni, hanem az átmenetnek lassú fokozatokban kell történnie és a legnagyobb magasság csak ritkán lehet 1500 meternyinél nagyobb.

E gyakorló kúrák indicatioja a szív hiányos alkalmazkodása nagyobb munkához, feltétele a szívizom épsége, a compensatio teljessége a nyugalom alatt. Ha esetleg eredménytelenek maradnak, akkor nincs más mód, mint a beteg munkáját, szabadságát megszorítani, akkor csak egy indicatio áll előttünk: a szív kimélése és ezen indicatio betartása vagy be nem tartása lesz az egyik tényező, a melytől szívének korlátolt alkalmazkodási képessége mellett compensatiojának tartóssága függ.

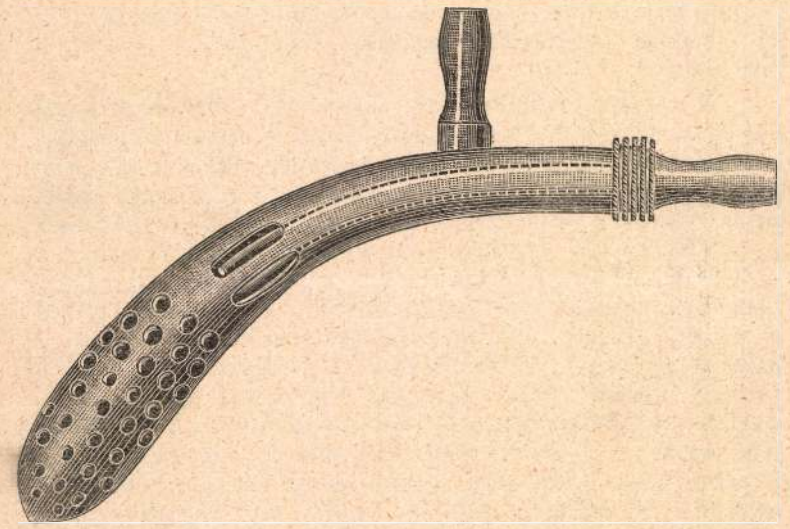
Hogyan ellenőrizhetjük azt, hogy betegünk nem él-e vissza szívének megmaradt munkaképességével, mikor az incompensatio nagy klinikai tünetei még hiányzanak? Sok módot eszeltek ki e czélból. Közülük a gyakorlat szükségeinek nézetem szerint csak egy felel meg nagy egyszerűségénél fogva.

Betegünk vizeletét az ellenőrzésre szánt napokon reggel nyolczтól este nyolczig egy edénybe, este nyolczтól reggel nyolczig egy másikba gyüjtetjük. Egészséges embernél a nappali portio körülbelül kétannyi mint az éjjeli. Jól compenzált szívbetegnél, a ki helyesen él, szintén így áll a dolog. Ha többet tesz, mint a mennyit szíve megbír, akkor a munka idejében, nappal, kevesebb vizeletet ürít, és a többlet éjjel választatik el. Ha az éjjeli portio több a nappalinál, betegünk czélszerűtlenül él, szívét túlerölteti. Ilyenkor korlátozzák foglalkozását. Fektessék le napközben pamlagra 1—2 órára. Talán helyreáll a rendes viszony. Ha nem, akkor pár napi teljes pihenéstől, esetleg a digitalistól várhatjuk ezt.

A prostata, az ondóhólyagok és kivezető csöveik bántalmainak újabb kezelésmódja.

Irta: *Boross Ernő* dr., operateur-urologus.

Az urogenitális rendszernek alig van részlete, melynek gyógykezeléséről annyit közölnének, mint a prostatáéról; de nincs is szerv ezen rendszerben, melynek kezelése alkalmával úgy a beteg, mint a kezelőorvos sokszor hosszadalmas fáradozással is oly csekély eredményt ér el, melyben annyira kimerülne. Ekkor merül fel azon örökké igaz tétel, hogy bizzunk valamit a természetre is és ne akarjunk mindenkor mindent mesterkedéssel meggyógyítani és kierőszakolni, mert könnyen kellemetlen tapasztalatokat szerezhetünk. Nem lehet czélom mindazon kellemetlenségekre kitérni, melyek oly gyakran jelentkeznek a különböző gyógymódokkal kapcsolatban, bármilyen óvatossággal alkalmazzuk is őket a nevezett szerv kórfolyamatainál. Igy pl. az annyira megkedvelt prostatamassagenál hányszor látjuk a hólyagnyak-izgalmak mellett a leghevenyebb mellékheregyuladások keletkezését, bár a folyamat néha látszólag annyira idült és száraz, hogy a mikroskopi kép látóterenként alig mutat egy-két genysejtet, tehát a massage alkalmazása teljesen jogosult Hányszor észlelünk albuminuriát vesealakelemek jelenléte nélkül prostatamassage alatt és és után, hányszor követi különösen a huzamos massaget általános neurasthenia. Sőt állíthatom, hogy feltünően gyakran észleltem kezelés közben erős prostatorrhoeát és spermatorrhoeát, a massage-kúra



után pedig potentiagyengeséget a kéjérzés csökkenésével, úgy hogy ez gondolkodóba ejt, vajjon ezen tüneteket pusztán a prostata és az ondóhólyagok hosszas lobja okozza-e, avagy nincs-e szerepe keletkezésükben a hosszas massagenak is. Bár a faradikus áram molekuláris masszáló és erőművi hatásáról feltétlenül meg vagyok győződve, direct a prostatára és ondóhólyagokra helyezett rectális faradikus elektrodokkal a betegek részéről jelzett ingert alig voltam képes kiváltani, s az egyes közleményekben olvasható lokális megkönnyebbülésről és felfrissülésről sem tettek a betegek említést.

A faradikus endourethrális electródok alkalmazását a legszorgosabb asepsis mellett is (ha ugyan szó lehet arról az urogenitális szerveknél) annyira veszedelmesnek találtam, hogy teljesen mellőzöm. Számos kedvezőtlenül lefolyt esetem miatt a prostata és az ondóhólyagok bántalmainál a massaget csak nagyobb időközökben, ritkán végzem, az endourethrális és rectális faradizálást pedig elhagytam.

Azon meglepő javulásokat észlelve, melyek a nevezett bajokban egyszerü végbélirrigatio után (200—250 gm. vízmennyiséggel) néha beállanak, arra határoztam el magamat, hogy a használatos prostatahütőket oly módon alakítom át, hogy zuhanyozásra alkalmasak legyenek. A zuhanyozással nemcsak thermális hatást érünk el, hanem az egyenletes erővel jövő és huzamosabban beható finom vízsugarak erélyes ingert gyakorolva, a periprostatikus vérerek és nyirokerek müködését lényegesen növelik, úgy hogy a secretio és resorptio fokozódtabb mértékben történhetik. A zuhanyozást a betegek igen jól érzik. A prostatára alkalmazott zuhanyozáskor különösen hideg víz használata esetén az ingert a herékben is érzik egyes betegek. A prostatazuhanyozás üres végbélben történik, mert a végbélben felhalmozódott bélsár elzárhatja nemcsak a készülék szitaszerüen átlyukasztott proximális kúpját, hanem a hüvely 4 külső ablakát is s igy egyfelől a zuhanyozás hiúsulna meg, másfelöl a végbélben összegyült víz sem folyhatna vissza.

A prostata-zuhanyzó a typikus végbélhüsítő formájára készült kúp, a mely — mint az ábrából látható — egy nagyobb segmentuma szerint görbült. A bevezetésre szánt rész 10—12 cm. hosszú, a proximális szitaszerüen átlyukasztott rész 14—16 mm. széles, 12—14 mm. vastag; a müszer distális része, a mely a végbélnyilásban fekszik, 8—10 mm. vastag. A víz befolyására szánt cső a hüvelyben van és ennek $^2/_3$ áig ér fel és itt a szitaszerüen átlyukasztott kúpba torkol. A befolyt víz zuhanyként ömlik ki az átlyukasztott kúpból és permetezve zuhanyozza a prostatát és az ondóhólyagocskákat. A végbélben meggyülemlett víznek visszafolyásáról úgy van gondoskodva, hogy a bevezető cső torkolatán innen a hüvely körül alkalmazott 4 ablakon át befolyik a hüvelybe, honnan a hüvely domború oldalán levő *B* csövön át kifolyik. Hogy a müszert belülről is lehessen tisztítani, a bevezető cső kihuzható, a kifolyásra szánt toldalék pedig lecsavarható.

A zuhanyozó készüléket a következő esetekben használom:

1. Idült prostatabántalmakban, a hol a prostata nagy, kőkemény, szinte pánczélszerü felülettel bir, massage zsal eredmény alig érhető el, reggel és este 5—10 perczig tartó 30—32° R. meleg zuhanyozást alkalmaztatok.

A zuhanyzás időtartamát és a víz hőfokát a betegek tetszés szerint fokozhatják.

2. Prostata-neurosisok ellen, beleértve a hólyagnyak és a hátulsó húgycső izgalmait, görcseit, melyek nemi kicsapongásnak, masturbationak, alkoholismusnak, általános neurastheniának a prostatába és a hólyagnyakra lokalizálódó tüneteiként támadnak, hasonlóan 30—32° R. hőmérsékü zuhanyozást használok, a mely hőfokot a beteg az érzékenység csökkenésével 28—26° R.-ig szállít le.

3. Prostata-túltengés okozta heveny retentionál a kínzó tenesmus ellen 32° R.-nál is melegebben használtatom a zuhanyozást, a mely a tenesmussal járó fájdalmakat tetemesen enyhíti.

4. A prostata és az ondóhólyagok lobosodását kisérő kisugárzó fájdalmaknál a czomb, gát, végbél és herék felé 8—10 perczen át 26—24° R. langyos zuhanyzást ajánlok.

5. A prostata, az ondóhólyagok és kivezető csöveik atoniájánál, lapos, elernyedt, puha prostatánál, prostatorrhoeánál és spermatorrhoeánál hideg, 16° R. zuhanyozást végez a beteg, kezdetben egy perczig; harmadnaponként a víz hőfokát 2 fokkal leszállítja és egy-egy perczczel tovább zuhanyoz; ha a víz 8° R.-t ér el, a zuhanyzás 5 perczig tart.

A készüléknek talán sociális szempontból is van jogosultsága. A hosszas és sokszor eredménytelen kezelés folytán neurastheniássá vált betegeknek a zuhanyzót kezükbe adva felmentjük öket az orvosi rendelések rendszeres látogatása alól s a napi foglalkozásukat hosszabb időre megszakítani képtelen betegeknek vagy a falun tartózkodóknak is lehetővé teszszük, hogy makacs bajukon enyhítsenek.

TÁRCZA.

Úti jegyzetek.

Bern, 1906. május.

Általános emberi vonás, hogy abban a versengésben, mely mai napság a belorvostan és a sebészet határterületein érezhető, az egyéni, személyes ambitio is szót követel mindkét részről. A belorvos, a ki ma a kórágynál az élettan törvényeit kutatja s a biologia elvont kérdéseivel foglalkozik, bizalmatlan a technika kérdéseiben sokszor elmerülő sebészszel szemben; a sebész viszont, a ki joggal bizik lehetőleg tökéletesített sebgyógyulási eredményeiben, türelmetlen a javalataiban óvatosabb belorvos iránt. E szempontból érdekes jelenség, hogy az idei müncheni XIII.

belorvostani congressus fökérdésének, a pajzsmirigy kórtanának egyik előadója sebész: a berni *Theodor Kocher* volt.

E felszólítás elismerése annak, hogy kicsinyes előítéletektől menten, eszközöktől, eredményektől eltekintve az orvosi tudomány egyetlen, valódi czélja: az igazság felderítése, s egyúttal helyesen jelöli meg azt az irányt is, mely az ellentétek elsimítására, kölcsönös bizalom keltésére, sikeres együttműködésre egyedül alkalmas. A két referens előadása érdekesen jellemzi a két tudományszak elvi álláspontját; míg a berlini belorvos, *Kraus* csaknem kizárólag vegyi fejtegetésekkel, anyagcsere-vizsgálatokkal iparkodott a kérdést megvilágítani, addig *Kocher* óriási sebészi tapasztalatából vonta le gyakorlati és elméleti következtetéseit. Az osztatlan lelkesedés, a melylyel előadását a legkiválóbb német belorvosok testülete fogadta, kétségtelen bizonyítéka annak, hogy a sebészi eredmények birálásához, a belőlük levonható élettani tények felállításához nem kevesebb általános tudás és szigorú kritika szükséges, mint a szövődményes belső tünetek elemzéséhez.

S valóban *Kocher* nemcsak a pajzsmirigy sebészetének legkiválóbb mestere, hanem a thyreoidea élettani szerepéről ma alkotott fogalmainknak is egyik előharczosa. Első munkája óta, melyben 1874-ben a golyvakiirtásnak egy új módját ajánlja, akkor mikor a strumamütétekben még a kezdet nehézségeivel küzdött a sebészet, utolsó dolgozatáig, mely 1906-ban 3000 golyvaműtétről számol be, e kérdés megoldásának számos mozzanata füződik nevéhez. 1883-ban *Reverdin* megfigyelései nyomán felállítja a cachexia thyreopriva kórképét s munkájával megindítója a pajzsmirigymüködés kisérleti tanulmányozásának. Behatóan foglalkozik a Basedow-kórral, melynél hyperthyreoidosist véve fel, fokozatos verőéralákötést, esetleg ismételt resectiót végez; a cretinismussal, a melynek athyreoplastikus alakjainál pajzsmirigyet ültet át a bör alá, legújabban a lépbe; a tetaniával, melyet *Gley* vizsgálatai alapján hajlandó a parathyreoideának tulajdonitani. Számos közleménye illeti a strumát, melynek kóroktana, anatomiája s első sorban műtéti technikája érdekli s csakugyan az utóbbit valósággal a typikus beavatkozások tökélyére emeli.

Egész irodalmi tevékenységében épen ez irányú munkáiból domborodik ki legélesebben hatalmas sebészi egyéniségének minden vonása, a melyet misem jellemez jobban, mint az a nyilatkozata, melyet a térdkalácstörés kezeléséről tartott egyik előadásán hallottam tőle. „Ma a tudomány jelen állása s tapasztalataim alapján ezt kell a legjobb eljárásnak tekintenem; lehet, hogy holnap már mást kell mondanom.“ Kocher úgy is mint sebész, úgy is mint kutató tudós, nem valamely határozottt irány merev képviselője; technikájából hiányzik a franczia iskola (Doyen, Roux, Girard) begyakorlás szülte, csillogó gyorsasága; kórtani felfogásában nincs apodiktikus befejezettség. Az ő kiválóságának, mondjuk nagyságának magyarázata a folytonos önmunkálás, a fejlödés, melynek tényezői bámulatos anatomiai tudása, saját megfigyeléseinek szigorúan biráló értékesítése s az irodalom, a tudományos vizsgálatok felhasználása.

Vezetése alatt dolgozva, alkalmam van müködését, eredményeit figyelemmel kisérni; ha ez irányú jegyzeteim egy része talán általános érdekre tarthat igényt, ez csak abban a tudatban történhetik, hogy e sorok nem az ő iskolája változhatatlan elveinek összefoglalását teszik, hanem csakis pillanatfelvételt nyujtanak, a mely azt mondja, hogy Kocher ma így dolgozik.

Legyen szabad ez alkalommal röviden azt az általános keretet vázolnom, a mely talán az első pillanatra egyhangubb, érdektelenebb, mint az egyes kórfolyamatokkal szemben elfoglalt álláspontja, de a mely alapja lévén az egész sebészi ténykedésnek, meggyőződésem szerint az egyetlen eszköz valamely sebész egyéniségének helyes megitélésére; az indicatiók felállítása a sebészi beavatkozás határainak megvonása mindenekelőtt ebben leli magyarázatát.

A mi első sorban a klinikáján jelenleg divatos *anaesthesiát* illeti, altatáshoz csaknem kizárólag aethert használ, Jouillard-Dumont kosárral; a narcosist 15—20 gm. bromaetheterrel kezdi, s azután 20 gm.-os aetheradagokkal folytatja; chloroformot csakis koponyaműtéteknél s gégemetszésen át végzett narcosisoknál alkalmaz a helyi viszonyokkal könnyebben összeegyeztethető technika miatt A helybeli érzéstelenítést ½—1%-os novocainnal végzi, a melyhez cm³-enként egy csepp adrenalint ad; az utóbbi okozta anaemia a jó hatásnak egyik feltétele, de minthogy az ily sebek szélein észlelhető bőrelhalásnak is valószinü okozója, aligha fog a gyakorlatba átmenni; az oldat 15—20 cm³-ét rétegesen fecskendi be. Ugyanezen oldat 1—2 cm³-ével végzi a lumbális érzéstelenitést is. A mi az érzéstelenitési módot az egyes esetekben illeti, egyrészt a beteg kivánságától és általános állapotától, másrészt a műtéttől teszi függővé; általános szabálynak csak azt veszi, hogy a gyermekeket kivétel nélkül altatja. Felnőtteknél a sérvműtétet, a kisebb daganatok kiirtását, a gastrostomiát helybeli érzéstelenítéssel végzi; ugyanígy csinálja a strumectomiát is, a melynél régebben altatott; viszont a felsőállcsont-kiirtást, az állkapocs-műtéteket, a nyelv nagyobb resectioit vagy kiirtását, a melyekhez legutóbbi összeállításában még a helybeli anaesthesist ajánlotta, ma ferde fektetés mellett, tracheotomia után általános narcosisban végzi. Az alsó végtagon csonkításokat, izületi mütéteket, a gát egyes mütéteit, sőt gégekiirtást is szükség esetén spinális érzéstelenítéssel végez igen jó sikerrel.

Metszéseiben teljesen szakit a hagyományosan szentesitett irányokkal s nagyrészt új, úgynevezett „normál metszéseit“ több szempont egyesitéséből vezeti le, melyek közül hol ez, hol amaz jut előtérbe. Irányadója mindenekelőtt a bőr hasadékainak lefutása, a mi az egyesitésre feszülési minimumot teremt s egyúttal gondos összefektetés mellett alig látható hegvonalakat eredményez; így golyvánál az ívalakú harántmetszést, nyelvkiirtásnál a median ajakmetszést, állcsontkiirtásnál a paranasális szögletmetszést alkalmazza, melyek után zavartalan gyógyulás esetén legcsekélyebb a látható defectus. A kellő hely nyerésére kivált előreláthatólag nehezebb, praeparativ beavatkozásoknál ügyel; ezért például Basedow-strumáknál, melyek tapasztalata szerint súlyos mütétek, „szögletmetszéssel“ hatol be. A functionális zavarok bekövetkezését kivált izületek szomszédságában, amputatiós csonkokon kerüli; ezért használja egyebek közt hónalji daganatoknál a szokásos hosszmetszés helyett a harántivalakút. Ugyancsak itt érvényesül törekvése, hogy a behatolásnál lehetőleg kevés lágyrészt sértsen; izületi metszései izomközti hézagokban, az izomtapadások és ideglefutások gondos kerülésével haladnak. A börtisztitás tökéletesebb kivihetőségét tartja szem előtt, mikor a heremütéteket lágyékmetszéssel végzi.

A legnagyobb átalakuláson ment keresztül s fejlödésében a sebkezelés történetének képe az ő mai sebgyógyitási rendszere, sebészi tudásának e sarokpontja. Ő, a ki a bakteriologikus korszak előtt éles észszel a nyilt sebkezelést tartotta egyedül jogosultnak, a ki később az antisepsisnek volt lelkes hirdetője, ma a legszigorubban keresztülvitt s legkisebb részleteiben is átgondolt asepsis hive. Bakterium és szervezet az ő felfogásában azon két egyenrangú tényező, a melyeknek pontos biologikus ismerete az öntudatos sebészet alapfeltétele, s valóban ezt a kettős feladatot valósitja meg rendszere legaprólékosabb részleteiben is. *Eszközeit*, edényeit natrium boracicum-oldatban főzi. *Ruhaneműit*, kötőszereit, törlőit áramló, túlfeszitett gőzben sterilizálja s azon párásan alkalmazza. *Mütőterme* állványait, asztalait, a melyekkel a mütőszemélyzet szükségképen érintkezésbe jut, áramló gőznek teszi ki. *A műtéti terület* előkészitését úgy eszközli, hogy a beteget kaliszappanos meleg fürdő után a mütőasztalon 10 perczig aetherrel, 3—4 perczig absolut alkohollal dörzsölteti; a szükebb mütéti területet gondosan izolálja, a mire igen ügyes kampós csipőket használ, a melyekkel a ruhákat közvetlenül a bőrhöz rögzíti; külön szabott ruhák szolgálják e czélt a nyaki és végtagmütéteknél. *Kéztisztitása* mindenekelőtt prophylaktikus, a mennyiben úgy ő, mint egész személyzete minden sebkezelést, minden belső (száj, hüvely, húgycső, végbél) vizsgálatot s minden oly mütétet, hol fertőző (genyesztő vagy gümős) csirák kétségtelenül vagy valószinüséggel (gyomorbél-mütétek) számításba jönnek, gummikeztyüvel végez. A szorosan vett kézdesinfectiót melegvíz kaliszappan-alkohol mosással kielégitőnek tartja, de a mütéthez e mellett többször változtatott steril czérnakeztyüket használ; egyébként sapkában és a csuklóknál záró steril kabátban dolgozik.

A milyen gonddal kerüli így az ectogen fertőzést, ép oly figyelmet fordít az *endogen infectio* kizárására is. Ott, hol genyes, fertőző üregek: paraarticuláris tályogok, gümős vagy lobos csontgóczok, hasüri tályogok, epehólyag, vesekehely, húgyhólyag, gyomorbélüreg, légcső megnyitásáról van szó, szoros tamponálással

zárja el a testűrök és a sebfelszin csírátlan részeit. Gyomorbélresectionál, féregnyúlvány-kiirtásnál az elzárást erős zúzófogókkal eszközli, a melyek az üregfalakat vékony, mucosamentes kötőszövetes lemezzé nyomják össze, a melyben úgy a metszés, mint a varrás aseptikusan végezhető; magasan ülő rectumresectióknál újabban a végbélen át bevezetett Murphy-gombbal kisérletezik, azonban kevéssé kecsegtető eredménynyel. Lembert-varratoknál a belső varrási vonalat 1%-os lysollal törli le; az esetleg fertőző, nehezen elzárható csonkokat: hepaticus-, ureter-csonkot thermocauterrel roncsolja s xeroformmal behintve sülyeszti el; el nem zárandó üregeket jodoformtamponokkal tölt meg; ezek után a mütétet teljesen megújított asepsissel folytatja.

Mütéti beavatkozásának második vezető elve a *szöveti integritás* lehető megóvása. Ez irányban kivált három fertőzési forrás: a szövetelhalás, a vérömlés és váladék-retentio okozta szöveti dispositio kizárására törekszik. Az antisepticumokat teljesen elhagyta; a *seböblítést* csakis olyankor alkalmazza, ha genynek, szövettörmeléknek mechanikus eltávolítása kivánatos, az öblítést e czélból physiologikus konyhasó-oldattal végzi, viszont a sebkiszáradást a törlők és tamponok már említett páratartalmával iparkodik megakadályozni. Ott, hol a mütéti technika nagyobb zúzott felszinek létesítésével jár, pl. terjedelmes parenchymás golyvák csonkján, tömegesebb lekötéseknél, a zúzott területre jodoform- vagy xeroformtampont alkalmaz. A *vérömleny* képződését első sorban a legpontosabb vérzéscsillapítással gátolja, a mi ugyan a mütét gyorsaságát csökkenti, de mindenesetre eredményeinek biztosítására szolgál; nagyobb parenchymás szervek, kivált a pajzsmirigy resectiojánál e czélból a csonk lineáris zúzását végzi s e helyen alkalmazza a lekötést. Csontok vésési vagy fürészfelszineire, nagyobb daganatok kiirtásakor támadó üregekbe 8—10 napra jodoformtampont helyez. A *váladék* levezetésére üvegdraineket alkalmaz minden oly esetben, a hol vagy nagyobb sebüreg (golyva, daganatok, nagyobb sérvtömlők kiirtása után) maradt vissza, vagy alávájt nagyobb börlebenyek kerülnek egymáshoz (amputatiós csonk, emlőkiirtás sebfelszine), avagy fertőzés forgott fenn (izületi, epehólyag, húgyhólyagmütétek). A draineket zavartalan gyógyulás mellett 24—48 óra mulva eltávolítja; genyedés esetén viszont thymolos öblítésekre használja fel.

Varró és lekötő anyaga csaknem kizárólag a selyem, melyet sublimatban főz ki. Ott hol vaskos sebfelszinek nagy feszülését kell leküzdeni, pl. a hasfalon a peritoneum és bőnye synchron egyesítésekor czérnával varr; ott, a hol valószinű vagy kétségtelen fertőzéssel számol, catgutot használ lekötésre és varrásra; és pedig legújabban az ő eljárása szerint készült juniperus-catgut helyett a Claudius-féle jodcatgutot.

Sebfedésre még drainezett sebeknél is elegendőnek tartja a xeroformgaze-os collodiumkötést. Csakis ott, a hol az anatomiai viszonyok folytán az ilyen eljárás nehézségekkel jár, például a nyakon strumectomia után, vagy a hol erősebb nyomást akar kifejteni, igy nagyobb daganatok kiirtása után a végtagokon, csinál nagy fedőkötést.

Ezek nagy vonásokban azon általános elvek, a melyeket Kocher mütéteinél a helyi viszonyok szerint módositva, de következetesen megvalósitva láttam. Ezekben van a titka annak, hogy például 55 struma- és 62 sérvmütéténél — ezen a sebészi asepsis szempontjából legnagyobb igényü beavatkozásoknál, — melyet ez ideig alkalmam volt Kochernél látni, még csak fonalgenyedés sem volt.

Legyen szabad Kocher müködésének részleteit más alkalommal ismertetnem. *Verebély Tibor* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Em. Rádl. Geschichte der biologischen Theorien seit dem Ende des XVII. Jahrhunderts. I. Teil. Leipzig, Wilhelm Engelmann VII + 320 lap.

A biologikus elméletek ezen történetében a szerző egyfelől a történelmi egymásutánra, másfelől a tények belső összefüggésére fekteti a fősúlyt. Könyve valóban megérdemelné, hogy mintául szolgáljon hozzá, miként kell természettudományi történelmet irni. Helyesen emeli ki, hogy nemcsak mindig arról legyen szó, hogy a dolgok, a tények objective miként állottak, de arról is, miként fogták fel minden időkben elődeink ugyanazon tüneményeket, miként próbálták magyarázni? Ne csak a sorrendbeli egymásutánnak a tárgyalása képezze a történelmi munkák anyagát, hanem magának az *eszmének* a fejlődése is. A történetirók igen gyakran esnek viszont abba a hibába, hogy kritikájukat a modern tanok álláspontjáról gyakorolják: mindent, a mi a modern nézetekkel megegyezik, megdicsérnek; mindazt, a mi azokkal nem tüntet fel valamelyes concentrikusságot, hibáztatják. Ennek az iránynak ugyan megvan a maga jogosultsága akkor, a mikor a tudománynak mai álláspontját mérlegeljük, de azért kézen fekvő tény, hogy maguk a régi tanok helytelen felfogás áldozatául esnek. Innen van azután, hogy ugynevezett történelmi közleményekben gyakran találkozunk ilyen mondatokkal: „Már Hippokrates előtt is ismeretes volt . . .“, „már Galenus is tudta, hogy. . . .“. Ilyen esetekben a régi történelmi nevek mindössze decorativ jellegüek az illető történelmi bevezetésben, előszóban. Megbecsüljük elődeinket, neveiket emlékezetben tartjuk, tüszőket nevezünk el Graaf-ról, sőt az agyboncztanban Herophilosról is szólunk, de elődeink tanaiba, szellemébe, ritkán hatolnak be a szerzők. Mindenki elismeri C. F. Wolffról, hogy megalapitotta az epigenesis tanát és mindenki sajnálkozva teszi hozzá, „kár, hogy a vitalistikus elméletnek volt a hive“, nem törődve vele, hogy a Wolff-féle epigenesis vitalismus nélkül elképzelhetetlen, a nélkül soha létre se jött volna.

Mindezeket a jelzett hibákat, erős, igaz történelmi érzékével elkerülte *Rádl*.

Munkájának eddig csak az első kötete jelent meg. Általánosságban óhajtottuk jelezni, hogy itt a biologikus elméleteknek egy alapos ismerője és lelkiismeretes átkutatója szólalt meg. A munka teljes tartalmára a II. kötet megjelenése után fogunk visszatérni.

A könyv *Wilhelm Engelmann* izléses és gondos kiállításában jelent meg. *Gy—y.*

E. Zabel: Das Spiel des Zwerchfells über den Pleurasinus und seine Verwertung in der Praxis. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1906.

Az előttünk fekvő monografia a Litten-féle rekesz-tünménynyel foglalkozik, azaz azon keskeny árnyékvonalnak fel- és alászállásával, a mely a vizsgálandó egyén kellő elhelyezése és megvilágítása mellett a mellkason mutatkozik s a melyből a rekesz állására következtethetünk. A szerző sok éven át foglalkozott e kérdéssel s munkájában mindent összehordott, a mit egyrészt az irodalomban idevonatkozóan talált, másrészt pedig maga tapasztalt. Nem tagadható, hogy a Litten-tünet sok esetben értékes felvilágositással szolgálhat; de azért véleményünk szerint a szerző mégis túloz, mikor azt állitja, hogy e tünet a légzőszervek megbetegedéseiben körülbelül olyan jelentőségü, mint a pulsus a vérkeringési szervek bajaiban. Mindenesetre jó volt a már-már feledésbe ment, vagy legalább is nem eléggé méltatott és használt tüneményre a figyelmet ráterelni és rámutatni arra, hogy kimutatása semmiféle nehézséggel nem jár és hogy a belorvostanon kivül a sebészetben és a gyermekorvostanban is van jelentősége. A nagy szorgalomra valló munka értékét fokozza az a körülmény, hogy Röntgen-fénynyel végzett ellenőrző vizsgálatokról is beszámol.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szív gümőkórjának érdekes esetét közli *Knauth*. Jól táplált férfi, ki megelőzőleg a katonai szolgálat alól „szivbaj“ miatt felmentetett, szokott tünetekkel és 8 hét alatt kedvező lefolyással szivburokgyuladást állott ki. Azonban esti hőemelkedések és éjjeli izzadások maradtak vissza, melyek valami rejtett tuberculosus gócz fennállását gyanittatták. 9 hó mulva meningitis tuberculosában meghalt. Boncolásakor kiderül, hogy a meningitis mellett az egész szivburok sürü, sajtos genynyel van kitöltve, nagy tályog benyomását téve, melyben a szivizom a szivburoktól el nem különithető, mert csaknem az endocardiumig hatoló sürü

genyjáratok úgy elpusztították, hogy csak néhány, szabad szemmel épen csak hogy felismerhető izomhíd maradt meg belőle. Nyilván az elsődleges savós pericarditis vált valamely lymphomáról gümőssé. Feltünő, hogy e súlyos folyamattal a beteg mint házi szolga $^3/_4$ éven át képes volt teendőinek megfelelni, s a szívizom ily kiterjedt roncsolódás mellett a legutolsó napokig feladatát kielégítően tudta végezni. Sajnos, a közlemény a szívnek a meningitis alatti állapotáról adatokat nem szolgáltat. (Münch. med. Wochenschr. 1906. 16. sz.) *R. Zs.*

Az aortitis syphilitica kezelésében *Dieulafoy* a kénesőkészítmények közül legjobbnak tartja a *hydrargyrum bijodure-tumot*, melyet syphilisre visszavezethető angina pectoris-esetekben 0·005—0·02-ig fokozatosan emelkedő napi adagokban, két vagy három 10—12 napos seriesben szokott alkalmazni befecskendezések alakjában, úgy hogy mindenik series közé 12—30 napi pihenő időt iktat. Kezelés alá került esetei közül 3-at emel ki, melyek 40—50 éves férfiakról szólanak, kik kimutatott syphilist állottak ki évek sora előtt s kik hosszú idő óta többé-kevésbé gyakori és heves angina pectoris-rohamokban szenvedtek. Kettőnél insuff. v. semilun. aortae tünetei állottak fenn, egynél a vérkeringési szerveken kimutatható elváltozások nem voltak. A hydrargyrum bijodur.-kezelés megindítása mindeniknél már jelentékeny javulást okozott; az injectiók második sorozata után mindenik már teljesen gyógyultnak érezte magát s a teljes kúra után az elsőnél — bár súlyos mezei munkával foglalkozik állandóan — 7 éven át, a 2.-nál és a 3. legsúlyosabb esetnél, kinél már többször, eredmény nélkül kiséreltettek meg egyéb minőségü kénesős kúrák, hónapok óta egyáltalán semminemü anginára emlékeztető tünet sem jelentkezett. Mindenik esetben feltünő, hogy már az első befecskendezések, melyek még a laesiót nem gyógyíthatták, a subjectiv tünetekben feltünő javulást idéztek elő. (La presse méd. 1906, 32. sz.) *R. Zs.*

A tüdőgümőkórosak étvágytalanságának orvoslásáról irt czikkében *Haedicke*, a falkensteini sanatorium segédorvosa mindenekelőtt az étvágytalanság keletkezésében szereplő okok megszüntetésének illetve eltávolításának fontosságát hangoztatja. Ilyen okok gyanánt szerepelhetnek a láz, az erős köhögés, a különböző gyomorbajok (ezek között nagyon jelentős szerepe van az ideges dyspepsiának), a köpet lenyelése, a szájbüz, a túlságba vitt tejhasználat, a székszorulás, a hasmenés, a női nemi szervek megbetegedései, a vérszegénység. Ha ezen okok megszüntetése ellenére az étvágytalanság még továbbra is fennáll, a különböző étvágyjavító szerekhez folyamodunk, első sorban a keserű anyagokhoz (tinctura amara, tinctura chinae composita, china- és condurango főzetek, extractum chinae Nanning, orexinum tannicum stb.). Ezeken kivül jó szolgálatot tehetnek a fűszerek, a húsban foglalt sók, a kreosot és guajacol, a phytin (növényekből előállított organikus phosphorkészítmény), Pawlow módja szerint nyert kutyagyomornedv, az alkohol, a sósav, a dyspeptine. A szerző tapasztalatai szerint azonban mégis a legjobb a tiszta, frissítő levegő bőséges élvezete, továbbá az arsen, a melyeket az ázsiai labdacsok alakjában rendel; kis adagokon kezdve, 3—4 hét alatt éri el a legnagyobb napi adagot, a melyet azután lassanként megint csökkent. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 3. füzet.)

Adams-Stokes-féle betegség esetét közli *W. Leuchtweis*. 40 éves, alkoholista és erősen dohányzó munkás elbeszélése szerint hét év óta szenved gyakori öntudatlansági rohamokban, közben azonban látszólag teljesen egészséges és munkabiró.

Rohamot szerző nem észlelt. Rohamon kivül a nyaki venák tágak, a jugularis-venákon kifejezett, szabálytalan pulsatio, főleg fekvéskor, mely szaporább a szív- és radialis-pulsusnál, de száma nem állapítható meg biztosan. Szívlökés és arteria-pulsus perczenként 30. Utóbbi nagy, telt, szabályos, kétoldalt synchron, vérnyomás: *Gärtner* 95, *Riva-Rocci* 130. A szíven a kopogtatási és hallgatódzási tünetek rendesek. A csúcslökésről felvett görbe szerint extrasystolék vagy frustran contractiók nincsenek. Gyomrocs-bradysystolia áll fenn. A carotisról és jugularisról egyidejüleg felvett görbék szerint az arteriás pulsatio megegyezik a gyomrocséval. A venagörbe szerint a carotisról közlött emelkedések ritkábbak a pitvarsystoléknak megfelelőknél, tehát a pitvarsystolék szaporábbak, mint a gyomorsystolék, de még igy is csak 48—50 a számuk. Néha a carotis- és pitvarhullám egybeesik, a mi a közös emelkedés magasságában nyilvánul. Minthogy a két hullám egymástól való távolsága változó, a pitvar és a gyomrocs kétségtelenül függetlenül müködik: totális block, teljes dissociatio tünetével van dolgunk.

Kiemelendő, hogy atropin a gyomrocs-systolék szaporaságára nem volt befolyással, de a pitvarokét kis mértékben fokozta. A carotis- és pitvarhullám közötti különbség t. i. egyenlő lett, az által, hogy a pitvarsystolék csaknem kétszeres számúak lettek, mint a gyomrocssystolék; a teljes dissociatio tehát az atropinhatás alatt is megmaradt. (Deutsch. Arch. für klin. Med. 1906. 86. kötet, 4—5. füzet.) *R. Zs.*

Sebészet.

Heveny gyuladások kezeléséről Bier-féle pangásos vérbőséggel értekezik *Lexer*, königsbergi tanár. *Lexer* elfogadja, hogy a Bier-féle eljárás, mely a természetes gyógyfolyamatot elősegíti, gyakran megfelel czéljának, de gyakran kétélü fegyver, mert a gyógyulásra kedvezőtlen befolyással lehet. A beszürődések kezelésében 4 typust vesz fel: 1. A beszürődés gyorsan visszafejlődik; ez azon esetekben történik, a melyekben a gyuladás kisfokú, lázat nem okoz, és korán alkalmazzák a pangást. 2. A beszürődés gyorsan fellágyul s nem terjed tova. Ez kisebb gyuladásos folyamatoknál történik, a melyek láz nélkül folynak le s csak néhány nap óta állanak fenn; vagy súlyosabb gyuladásnál, a mely kis lázzal jár, s jókor kerül a pangásos kezelésbe. 3. A beszürődés fellágyul, de tovaterjed a környezetbe és a mélybe. A láz vagy állandó magasságú, vagy még emelkedik is. Ezt súlyos, lázas gyuladásnál tapasztalhatni. Ezenkivül azt látni, hogy — főleg streptococcusfertőzés esetén — a bőr egészen a pangást okozó pólyáig erysipelasszerüen megvörösödik, sőt rajta néha savós hólyagok képződnek. 4. A beszürődés gyorsan növekszik heveny tovaterjedő phlegmone képében; lymphangoitis, lymphadenitis és thrombophlebitis támadhat, a láz emelkedik, bakteriumok jelennek meg a vérben. *Lexer* szerint a súlyosbodás oka a pangásos kezelésben rejlik.

Ezen folyamatok elméleti mérlegelése alapján, tekintetbe véve a klinikai tapasztalatokat és a bakteriologiai vizsgálatokat, *Lexer* az alanti következtetéseket vonja:

1. A megváltozott felszivódási viszonyok csak a könnyü esetekben nem válnak hátrányossá, súlyos esetekben kellő bemetszést kell végezni.

2. A pangásos kezelés mellett felszaporodó védő anyagok (Schutzkörper) a súlyos esetekben bakteriolysis folytán nagyobb endotoxinmennyiséget szabadítanak fel s ezért károsak. Csak elég nagy és kiterjedt incisiók szüntetik meg ezen hátrányos befolyását a pangásnak.

3. A pangás folytán felszabaduló proteolysises erjesztők kedvező behatással vannak a gyuladásos folyamatra. Csak a legkönnyebb esetekben nem káros a lobos beszürődés genyes beolvadása, egyébként gyors bemetszéssel meg kell gátolni, hogy a nekrotizáló folyamat fontos részekre (inak) átterjedjen.

4. A pangás folytán előálló fokozott transsudatio illetve exsudatio a nem eléggé feltárt gyuladásos góczokban káros hatású a mérges anyagok megszaporodása folytán; hasznos a jól feltárt esetekben a fertőző anyagok gyors eltávolítása czéljából.

Ezekből *Lexer* szerint az következik, hogy a pangásos kezelés a heveny pyogen megbetegedéseknek csak *könnyü* eseteiben válik be, a súlyosabb esetekben csak a bemetszésekkel kapcsolatban. Előnye az eljárásnak, ha kombinálva használjuk, hogy elesik a sebnek fájdalmas tamponálása, továbbá elkerüljük a pangásos kezelésnek fentemlített káros tényezőit. A *Klapp*-féle szívókezelés segélyével rövidebb idő alatt gyógyíthatunk olyan esetekben, midőn furunculusnál vagy carbunculusnál már jelen van a nekrosisos csap, a midőn gyuladásos beszürődéseknél az infiltratum közepe már fellágyult s kis bemetszéssel a genynek lefolyást biztosítunk, vagy a láz hiánya a folyamat körülirt volta mellett szól.

Lexer újabban arra is figyelmeztet, hogy a pyogen megbetegedés különbözőkép viselkedik a pangással szemben. Míg *Bier* ritkán tapasztalta, hogy a fertőzést streptococcus okozza, addig *Lexer* a steptococcus-fertőzést, valamint a strepto- és a staphylococcus vegyes fertőzést többször észlelte; nincs kizárva, hogy a különböző coccusok okozta genyedések és a pangással szemben való viselkedés közt bizonyos viszony áll fenn, s ezért azt ajánlja *Lexer*, hogy a pangásos kezelésnél minden egyes esetben állapítsuk meg a coccus mineműségét, hogy ez irányban is tapasztalatok álljanak majd rendelkezésünkre. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 14. szám és Zentralblatt für Chir., 1906. 18. szám.)

Steiner Pál dr.

Gyermekgyógyászat.

Veleszületett gümőkór esetét ismerteti *Hamburger* a bécsi gyermekklinikáról. Hét hetes csecsemő; anyja néhány nappal előbb halt meg tüdővészben. A csecsemő köztakaróján számos tuberculid. A nyakon, hónaljban, lágyékhajlásban számos mirigy tapintható. Tüdők felett negativ lelet. A gyomornedv vizsgálatánál gümőkórbacillust nem találtak. Magasabb láz, lesoványodás. Bár helybeli leletek hiányoztak, a bőr jellegzetes efflorescentiái alapján a kórjelzést általános szemcsés gümőkórra tették. Három napi kórházi tartózkodás után exitus. Bonczolatkor általános subacut gümőkórt találtak a májkapu mirigyeinek idült gümőkóros elsajtosodásával. Ez utóbbi lelet miatt az általános gümőkórt a méhen belüli élet idején keletkezettnek kellett tekinteni. (Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. 1906.) *Flesch Ármin* dr.

A veleszületett vékonybélelzáródás kórjelzése néha igen könnyü, máskor pedig alig sikerül, ha ugyanis más, hasonló jelenségeket okozó betegségeket nem lehet kizárni. A kórjelzést *Walz* szerint igen megkönnyíti a meconiumnak mikroskopi vizsgálata. Ha ugyanis lanugo-hajszálakat nem találunk, e körülmény biztosan arra vall, hogy a bélhuzam valahol el van zárva. Mivel az embryo szőrszálai az 5. hónapban kezdenek jelentkezni, a szőrszálaknak a meconiumban való hiányából azt is következtethetjük, hogy a bélszükület már az 5. embryonális hónap előtt keletkezett. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 21. sz.) *H. P.*

Purpura jelentkezett *Banks vörhenyes* betegénél 17 éves fiúnál az *üdülési szakban* A vörheny harmadik hetében hirtelen hányás állt be tagfájdalmak és mérsékelt láz kiséretében, másnap láztalan állapot mellett gyomortáji fájdalmak, nehány petecs a bal könyökön s kis kiterjedésü vérzéses terület a pofa nyálkahártyáján. A vizeletben kevés fehérje volt kimutatható. Majd megszüntek a fájdalmak, de újabb vérzéses foltok jelentek meg a kezeken. Harmadnap három izben vérhányás jelentkezett, az érlökés gyengült s kissé szabálytalanná lett, úgy hogy kezdtek a beteg sorsáért aggódni. Végre morphium és calciumchlorid adására a hányás megszünt, s lassan az érlökés is javult, de a következő napon a széklet megint bélvérzésre utalt. A beteg ezután fokozatosan erösödött, a vérzések eltüntek, s hat hét mulva már elhagyhatta a kórházat, csupán a vizeletében voltak még fehérjenyomok.

A vér vizsgálatánál a szerző a vörösvérsejtek kisfokú megkevesbedését s a fehérvérsejtek megszaporodását (egész 22 ezerig) találta. Az egyes fehérvérsejtféleségek arányszáma az eosinophilsejtek megkevesbedésén kivül a rendestől nem tért el.

Vérzések jelentkezése a vörheny üdülési szakában meglehetősen ritka. *Smith* és *Rotch* említi, utóbbi végzetes tünetnek tartja. *Forchheimer* 2, *Biss* és *Miller* 1—1 halálosan végződött esetet ismertet. *Henoch* hét esete gyógyult. A tünemény oka ismeretlen. (Lancet, 1906. május 16. 1466. l.) *Flesch Ármin* dr.

Csecsemőkori mongolismus 2 esetét irja le *Chartier*. Az első koraszülött, ideges szülőktől származó 16 hónapos leánygyermekre vonatkozik. Már a születéskor feltünt a szülőknek a gyermek „japán“ arczkifejezése. A születése óta mesterségesen táplált gyermek testileg igen rosszul fejlődött; az észlelés idejében 69 cm. hosszú és 6 kiló nehéz volt. Arcza a legtypusosabb mongolismus képét mutatja, a fognélküli szájból állandóan kilóg a vastag, idomtalan nyelv. Végtagjai hüvösek, ujjai rövidek, szélesek; a végtagok izületei minden irányban túlzott mozgást engednek meg. Intelligentiája visszamaradt, környezetét nem ismeri, tárgyakat nem rögzit; e mellett élénk s főleg éjjel rendkivül nyugtalan.

A második esetben, mely szintén typusos volt, morbilli-kiütés fejlődésének tetőpontján hirtelen halál állott be. A bonczolat az agyvelőn kivül nem mutatott pathologikus viszonyokat. Az agyvelő a kornak megfelelő nagyságnál jóval kisebb, kivált a nyilirányú átmérőben. Felülete lapos, tekervényei és barázdái kevésbé számosak, felületesek. Asymmetria sclerosis, illetve porencephalia nincs jelen. A szerző az agyvelő tekervényeinek hiányos fejlődésében keresi a szervezeti rendellenességeinek az okát. (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris. 1906. 4. sz.)

Faludi Géza dr.

Idegkórtan.

Az állatok hysteriája kevéssé ismert. *Mainzer* azt gondolja, hogy sokkal gyakoribb, mint a milyennek általában tartják. Mainzer esetei közül az egyik egy kutyáról szól, a mely hegyszakadékon leesett. A kutya felállani nem tudott és egész testében görcsöket kapott. A görcsök 2 perczig tartottak, 5 percz mulva újból talpra állitották az állatot és az akkor vígan tovább szaladt, mintha semmi sem történt volna vele. Kölykezés után egy ideig újból járászavar állott elő. Egy év mulva a kutyát megölték, idegrendszere ép volt. A másik esetben az egy éves kutya egy bizonyos helyen nem mert átmenni. Ilyenkor felvették és azon a helyen átvitték. Mikor ez egy izben nem történt meg, az állat 2 perczig tartó, az egész testre kiterjedő görcsöket kapott. Ezek a görsök ismétlődtek, a mikor a kutya megijedt, pl. egyszer a mikor a gazdáját elveszítette, vagy a mikor nálánál nagyobb kutyától félt. (Neurolog. Centralblatt, 1906. május 16.)

Kollarits Jenő.

Phosphorsavas kreosot okozta polyneuritis tuberculosisban *Salomonson* rövid időközökben 2 tuberculosus beteget észlelt, a kik tuberculosisban szenvedtek és polyneuritisbe estek. Mind a két beteget ugyanazon orvos creosotum phosphoricummal kezelte. S. tudomására jutott még az is, hogy ugyanazon orvos betegei közül még 7 tuberculosisban szenvedőn támadt a polyneuritis kórképe. Ez a körülmény ellene szólott annak, hogy a polyneuritis a tuberculosis következményének volna tekinthető. *Chaumier* 7 hasonló esetet gyüjtött az irodalomból, a betegek ugyanazt a szert használták és a szerző phosphormérgezésre gondol.

Salomonson a maga eseteiben először is megvizsgáltatta a használt készitményt. Kiderült, hogy az tiszta volt, tehát a mérgezés nem lehetett más anyag következménye. *Salomonson* szerint a tiszta kreosot 1—1·5 gm. napi adatban nem mérgező, a phosphorsav napi 1 gm. adatban szintén nem okoz polyneuritist és igy annál sajátságosabb, hogy a két szer együtt olyan bajt okoz. A közölt kórtörténetből kiderül, hogy a mérgezéstünetek 2 héttel a szer abbanhagyása után fájdalmakkal kezdődtek. (Neurolog. Centralbl. 1906. május 16.) *Kollarits Jenő.*

Bőrkórtan.

A Finsen-fénynek hatását az ép bőrre tanulmányozta *Meirowsky*. Ezt előtte csak *Magnus Möller* kutatta. A többi vizsgáló a *Finsen*-fény hatását csupán állatok bőrén, vagy lupusosan elváltozott emberi bőrön tanulmányozta. *Leredde* és *Pautrier* kisérletez ugyan ép emberi bőrön, de a fényt *Lortet-Genoud*-lámpa szolgáltatta. A szerzőnek alkalma volt több egyénen a Finsen-fényt úgy alkalmazni, hogy a kisérleti megvilágítás után a bőrt kimetszve szövettanilag is megvizsgálhatta. A megvilágított testrész rendesen a lábszár vagy a felkar volt, fényforrásul pedig *Finsen-Reyn*-féle lámpa szolgált. A megvilágitandó bőrrészlet oly távolságban volt az alsó lencsétől, hogy a létrejött, élesen beállitott fénykupnak átmérője körülbelül 20 mm.-nyi volt. Egy-egy megvilágítás rendesen öt negyedóráig tartott, kivételesen 2 óráig, a hősugaraknak lehetőleg teljes kizárása mellett. A szerző vizsgálatainak eredményei a következőkben foglalhatók össze. A fény hatása első sorban abban nyilvánul, hogy a hámsejtek fokozott működést mutatnak, a mi magoszlásban és pigmentképződésben nyilvánul. Erősebb fényhatásra a hám erősen szenved, a mennyiben elfajul, elhal, s végül hólyagképződés alakjában leemelődik. A hámsejtek

sérülésével karöltve jár a bőr felületes és mély vérereinek tágulása, a mi nagyfokú fehérvérsejtkivándorlást és vérzést eredményez. A fénynek további hatása a kötőszöveti sejtek szaporodásában és a collagen-rostok duzzadásában nyilvánul. A gyuladásos jelenségek tetőfokán túl pótlásképen erős hámszaporodás áll be. A keletkező sejtek kezdetben festéknélküliek. Végeredménykép hyperpigmentatio és collagen-megszaporodás marad vissza. A szerző érdekes vizsgálatait taetovált bőrön is végezte. Ezekből kiderül, hogy a *Finsen*-fény a taetovált bőrt olyképen befolyásolja, hogy a bőr nekrotikussá válik, a minek következtében a corium mélyében fekvő festékszemcsék a felszinre jutnak és lelökődnek. E vizsgálatok szerint tehát a taetovált bőrrészletek *Finsen*-fénynyel megszabadíthatók a festéktől. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1906. 42. kötet, 8. füzet.) *Guszman.*

Az epidermolysis bullosa hereditaria viselkedését a Röntgen-sugarakkal szemben vizsgálta *Berger* (Köln). Általános vélemény az, hogy a villamos áram epidermolysis bullosa hereditariában szenvedő egyéneken nem vált ki hólyagokat. A szerző alkalmas eset kapcsán kisérlet tárgyává tette e kérdést, remélve egyúttal, hogy talán gyógyító hatást is ér el. A hat éves gyermek születése óta csaknem állandóan hólyagokat kapott, főleg az ajakon, a fülön, az ujjakon és a talpokon. A gyermeken kisérletileg könnyen voltak hólyagok felidézhetők egyszerűen erősebb nyomással vagy szorítással. A Röntgen-sugarakkal végzett kisérletek a következő tapasztalatokra vezettek. A sugarak epidermolysis b. hereditariánál igen könnyen alterálják a bőr szöveteit. Maguk a Röntgen-sugarak azok, melyek a bántalmazást felidézik. Ez abból tudható meg, hogy a Röntgen-csövekből kiinduló villamos elsüléseknek kizárása és a hőhatásnak a Bauer-féle hűtő csövekkel kirekesztése esetében is fennmarad az irritáló hatás. A Röntgen-sugár tehát oly inger, mint bármely más mechanikai izgalom. Az a felvétel, hogy a létrejött hólyagok egy *Röntgen*-dermatitisnek esetleges eredményei, már eleve kizárható. Érdekes, hogy oly bőrterületeken, a hol a hólyaggal járó reactio már egyszer lezajlott, később többé nem jelentkezett újabb bulla. (Archiv für Dermat. und Syphilis, 1906. 80. k. 1. f.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A Bottini-féle műtétet méltatja *J. Kohn*. Tekintve hogy a prostatektomia mint gyökeres beavatkozás, egyrészt az el nem kerülhető narcosis, másrészt a fenyegető nagy vérveszteség miatt veszedelmekkel jár, a szerző hivatkozva azon tapasztalataira, a melyeket Bottini-féle műtét 30 esetében szerzett, kiemeli, hogy ez utóbbi elég érdemetlenül szorult háttérbe az utolsó időben, mert sok esetben még ma is minden más kezelésnél előbbrevaló. Örülnünk kell, hogy oly módszerrel rendelkezünk, a melylyel azon igen súlyos betegeinken, a kiknél altatásról szó sem lehet, vagy a kik annyira elgyengültek, hogy a sebkezeléssel járó hosszabb sinylődést nem birják ki, de a kiken feltétlenül mihamarább segítenünk kell, ez úton lényegesen könnyíthetünk. Általában igen kedvező eredményekről számol be; néhány betegén érzéstelenítés nélkül végezte a műtétet; az eszköz bevezetése előtt gyenge bóroldattal tölti meg a hólyagot, műtét után pedig állandó kathetert alkalmaz. Ha nem fenyegetne a recidiva veszélye, a Bottini-féle műtétet ideálisnak lehetne mondani, mert a műtét közben és után keletkező vérzés komoly aggodalomra alig ad okot. Súlyosabb beszámítás alá esik a néha jelentkező láz; egy esetében tüdőembolia keletkezett. A kórlefolyás az esetek túlnyomó többségében igen kedvező volt és néha teljes gyógyulásra vezetett. (Berl. klin. Wochenschrift, 1906. 16. szám.) *Drucker Viktor* dr.

A húgycsőkövekről irt tanulmányában *Finsterer* azt mondja, hogy azok vagy azon a helyen keletkeznek, a hol találjuk őket, vagy a vizeletsugárral a hólyagból oda sodortatva, legtöbbször a külső húgycsőnyilás, vagy pedig a húgycsőnek valamelyik hegesen szűkült része előtt akadnak fenn. A női húgycső rövid, tág és engedékeny, tehát alig alkalmas arra, hogy benne kövek képződjenek, avagy benne megszoruljanak; épen fordított a dolog a férfinál, a hol az anatomiai viszonyokban megvan erre a kellő hajlamosság. Az esetek többségét a 40—50 éves férfiak adják, a mi elég különös, mert rendes körülmények között a hólyagnak vizeletelhajtó ereje ezen korban még alig csökkent; másrészt azonban ez az észlelet megfelel a szükületstatistikának. A kövekkel járó tüneteket csoportosi tani alig lehet; néha igen hevesek (heveny retentio), és pedig legtöbbször akkor, ha egy nagyobb kő a hólyagból jövet hirtelen megakad a húgycsőben; máskor meg olyan enyhék, hogy a beteg figyelmét fel sem keltik; ezt különösen a helyszinén keletkezett vagy diverticulumban fekvő köveknél fogjuk észlelni, és ezeket kis daganat alakjában nem ritkán ki is fogjuk tapinthatni. Eljárásunkat mindig ahhoz szabjuk, hogy hol fekszik a kő; ha közel a húgycső külső nyilásához akadunk rája, akkor húzzuk ki alkalmas makkfogóval; ha ezzel már el nem érjük, vagy a kő egy szükület előtt vagy egy diverticulumban megszorult, akkor a külső húgycsőmetszés kerül sorra; csak azon esetben lökjük ismét vissza a követ a hólyagba, ha utóbb a lithotripsiával vélünk a betegen könnyen segíthetni. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 81. kötet, 1—4. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A megnagyobbodott prostata kiirtását *R. Parker* feltétlenül ajánlja mindazon esetekben, a mikor idült vizeletpangás következtében makacs hólyaghuruttal van dolgunk; szerinte semmi más eljárással az uraemiát nem fogjuk elkerülhetni. Huzamosabb időn át csupán a Freyer-féle műtétet végezte; kedvezőtlen statistikája azonban arra indította, hogy most már végleg a perineális módszerre tért vissza. A kivitel technikáját illetőleg kiemeli, hogy a hólyagba vezetett alkalmas műszerrel a prostatát erősen lefelé kell nyomni. (Liverpool med.-chirurg. Journal 1906. január.) *Drucker Viktor* dr.

A phosphaturiáról a XIII. nemzetközi congressuson tartott előadásában *Munoz Ruiz de Pasanis* arra figyelmeztet, hogy az oly fehérjevizelés, a melyet vesebántalom nem előzött meg, a legtöbb esetben phosphaturiával kapcsolatos, valamint hogy ez utóbbinak jelenlétéből elég gyakran albuminuriára és veseizgalomra következtethetünk. Ha a phosphaturia a megfelelő hygienikus és gyógyszeres kezelésre sem szünik meg, a beteget szigorú tejdiaetára kell fognunk, a mely a legtöbb esetben bizonyára eredményre fog vezetni. *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A húgyutak súlyosabb megbetegedéseinek gyógyításakor a következő pontok veendők *Meyer* szerint tekintetbe: 1. A húgyutak bő átáramoltatása nem izgató folyadékoknak (tej, ásv.-vizek) bőséges ivása útján. 2. Izgató vagy mérgező hatású anyagok képződésének megakadályozása. E tekintetben szerepet játszik egyrészt a táplálkozás (húsételek, füszerek stb. kerülése), másrészt a bélműködés rendben tartása (középsók és sanosal,) 3. A húgyutak antisepsise, oly gyógyszerek belső használata útján. a melyekből nagy mennyiség formaldehyd hasad le a szervezetben. Legjobban ajánlható e czélra a helmitol, a melyből lehasadó formaldehyd nem csupán antiseptikus, hanem lobellenes hatást is fejt ki. Naponként 4—6 gramm adandó. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 3. füzet.)

Szamárhurut eseteiben nagyon jó eredménynyel használta *Rey* a thiocolt, a melyből naponként 5 ször adott 0·25 – 0·5 grammot szörpben. Mellette xeroformnatrium sozojodolicum-befúvásokat is használt. *Dreher* is kedvezően nyilatkozik a thiocolról, a mennyiben a betegség ideje megrövidült és a rohamok száma is tetemesen csökkent. (Centralblatt für Kinderheilkunde, 1905. 11. szám.)

Jothionnal a belorvostan körébe tartozó betegeken tett nagyobbszámú megfigyelése alapján nagyon dicsérően nyilatkozik *Habicht* (Parensky tanár osztálya) ezen külsőleg használandó jodkészítményről. A jothion a bőrön át nagyon gyorsan felszívódik, a szervezet tehát a táplálócsatorna megkerülésével vethető alá a jod hatásának. Előnye a jodkészítmények belső használatával szemben az is, hogy jodmérgezés tünetei csak nagyon ritkán és ilyenkor csak nagyon enyhe alakban jelentkeznek. Naponként 4 grammnál többet a szerző sohasem használt; ez a mennyiség alkohollal vagy oleum olivarummal elegyítve ecsetelendő a bőrre. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1906. 7. szám.)

Vegyes hirek.

Kitüntetés. Az olasz király Finger Vilmos dr. budapesti gyakorló orvost, az olasz főconsulatus orvosszakértőjét, az olasz koronarend lovagkeresztjével tüntette ki.

Tuberculosis-ankét a belügyministeriumban A belügyminister f. h. 9.-ére értekezletre hivta össze a belügyministerium közegészségügyi osztályának s a közegészségügyi tanácsnak tagjait, továbbá még több szakértőt a tuberculosis elleni védekezés tárgyában. Az értekezleten mindvégig Andrássy Gyula gróf belügyminister elnökölt. Az értekezleten igen fontos tanácsok és javaslatok hangzottak el. Andrássy gróf zárószavában kijelentette, hogy tőle telhetőleg igyekezni fog e javaslatok megvalósitására; fontos azon kijelentése, hogy a ministertanács, méltányolva az egészségügyi kérdések fontosságát, az ezidei költségvetésben egészségügyi czélokra az előbbi éveknél jóval nagyobb összeget engedélyezett.

A nemi betegségek ellen alakult országos védőegyesület igazgató tanácsa f. h. 11.-én tartotta első ülését, melyben már is több fontos intézkedést határoztak el. Igy az egyesület körlevélben felkéri az összes iskolaorvosokat, hogy az életbe kimenő ifjakat világositsák fel a nemi élet veszedelmeiről és e bajok elhárításának módjairól, továbbá körlevelet intéz az ország összes középiskoláihoz arra nézve, hogy az érettségit követő banketteket ebéd s ne vacsora alakjában tartsák meg. Az egyesület százezer számban fog a nép közt figyelmeztető-lapokat terjeszteni, a melyekben az foglaltatik, hogy „titkos betegség“ nincs, az ilyennek nevezett betegségek épen olyanok, mint más betegségek, s a kinek ilyen baja van, forduljon bármely orvoshoz, mert baja gyógyitható. Az egyesület azzal a kéréssel fog a kereskedelemügyi ministerhez fordulni, hogy helyezze hatályon kivül az 1891: XIV. t.-cz. azon rendelkezését, mely a nemi betegségek folytán munkaképtelenné vált munkástól megvonja a más betegségek esetén őt megillető segélyt.

Meghalt. Kovács Rezső dr., dombovári orvos, 31 éves korában.

A budapesti poliklinika segélyét május hóban 5549 új beteg vette igénybe; a rendelések száma 12,502 volt.

Kisebb hirek külföldről. Hoche tanárt Freiburgban meghivták Strassburgba a Fürstner tanár halálával megüresedett elmekórtani tanszékre. — Karlsbadban az orvosok javaslatot terjesztettek be a városi tanácshoz egy vagyontalan orvosok befogadására szánt sanatorium alapitására vonatkozólag. — Rummo tanárt Palermoban a nápolyi egyetem belorvostani tanszékére nevezték ki.

Congressus. A német bőrorvostani társulat 9. congressusa szept. 12—14.-én lesz Bernben. Az eddig bejelentett előadások közt van Neisser előadása „A kisérletes syphiliskutatás mai állásáról“ és Hoffman E. előadása „A syphilis aetiologiájáról való ismereteink mai állásáról“. A congressusra vonatkozó felvilágositással szivesen szolgál Jadassohn tanár Berlinben.

Orvosok a parlamentben. Az újonnan választott franczia parlamentben 46 orvos van; az orvosok a képviselők közt szám szerint a harmadik helyet foglalják el. (I. ügyvédek, II. földbirtokosok.) Az orosz dumába 10 orvost választottak be. Az osztrák képviselőház tagjai közt 8 orvos van.

Az operácziós keztyűk történetéhez. Az első nyomát annak az eszmének, hogy a fertőzés elkerülésére a sebész és szülész az operatio idejére keztyűt húzzon, Sir Thomas Watson-nak 1843-ban, tehát 63 évvel ezelőtt megjelent sebészi tankönyvében (Lectures on the Principles and Practice of Physic. London 1803, Vol. II, pg. 349) találjuk. A nevezetes nyilatkozatból az látszik kiderülni, hogy Watsonnak már a gyermekágyi fertőzésről is sejtelmei voltak. „Napjainkban oly sok mindenfélét találnak ki, mond Watson, hogy elvárhatnók, hogy kitalálnak olyan keztyűt is, a mely egyfelől a folyadékok részére átjárhatatlan, másfelől elég vékony és hajlékony arra, hogy ne tompitsa el az orvos beavatkozásainál szükséges finom tapintó érzéket. Egy pár ilyen keztyűt — ha ugyan kitalálnak valaha ilyent — bátran fel lehetne áldozni minden egyes vajudó nő épsége érdekében.“ Watson idejében a kaucsukot még nem ismerték, s igy csaknem egy fél századnak kellett eltelnie, mig az eszme testet ölthetett. Kaucsukkeztyűt operationál ugyanis először Halsted használt Baltimore-ban 1889-ben.

A hypnotismus új alkalmazásmódja a szülészetben. A hypnotismusnak többen vették már hasznát a szülészetben, leginkább narcosis helyettesitésül a szülés alatt s a terhesek ideges hányásának a gyógyitására. Bonjour dr. Párisban most a Société d'Hypnologie et de Psychologie-ban február 20.-án tartott előadása szerint egész más irányban használja, állitólag sikerrel, a terhesek hypnotisálását. Azt állitja ugyanis, hogy sikerült több esetben olyan nőkön, a kiket a kalendáriumi számitás szerint legfeljebb már egy hét választott el az örvendetes családi eseménytől, hypnotikus suggestio által a szülés napját, vagy legalább is a szülőfájdalmak kezdetének a napját előre megszabnia. Credat Iudaeus Apella.

A chininfogyasztás rohamosan csökken az egész világon, de különösen Németországban és Amerikában, Fraser jávai angol consul jelentése szerint. Ennek egyik oka az, hogy az újabb synthetikus lázellenes szerekben nagy concurrensei támadtak a chininnek, másik pedig, hogy a mióta felismerték a szunyogok szerepét a váltóláz terjesztésében, ez ellen a betegség ellen is mind sikeresebben tud védekezni az emberiség. A chinagyökér fő termesztő helye Java szigete, a chininum sulphuricumot ebből főképen Bataviában állitják elő. Ez utóbbinak gyári ára még 1903-ban unciánként (31·1 gm.) 1 K. 20 f. volt, 1904-ben — a kereslet csökkenése miatt — már csak 98 f. és 1905.-ben 92 f.

Synaesthesia. Ez alatt azt a sajátságos tüneményt értjük, hogy sok egyénen bizonyos érzéki benyomások egész más érzékszerv terén is kisérő érzéseket váltanak ki. Kisebb fokban megvan ez a synaethesia igen sok emberben. Sokan összerázkódnak, ha valaki a kés hegyét végig húzza a sima tányéron, vagy a palavesszőt a palatáblán; az ilyen „idegesség“-et hangérzésnek nevezik. Ennél ritkább a szinhallás vagy hanglátás, mely abban áll, hogy az illetőnél egyes színekhez állandóan bizonyos hangok társulnak, vagy megforditva. Már Goethe és E. T. A. Hoffmann tesznek erről említést; bővebben először Nussbaumer foglalkozott Bécsben e különös jelenséggel. 1881-ben Bleuler és Lehmann 596 egyént vizsgált meg ez irányban, és azt találta, hogy 12·8%-nak van ilyen szinhallása. Ugyanazon egyénben a szinhallás mindig egyforma, de különböző egyénekben különböző lehet; igy pl. az „a“ betű az egyikben a vörös, a másikban a kék, a harmadikban a fekete szin érzetét kelti. Némelyek kórosnak tekintik e tüneményt, mások egyéni változatnak; nők ritkábban tüntetik fel, de ha jelen van náluk, erősebb a szinlátás. Az öröklékenység szerepe kétségtelen e tüneményben. *Smith* dr. legutóbb érdekes esetet ir le (Johns Hopkins Hospital Bulletin, 1905. julius), melyben az apán és öt gyermekén volt jelen e sajátság. Az apánál már gyermekkora óta bizonyos szinekkel associálódnak az abc betűi; az f, j, k, r és x betű a vöröses-barnával, o és c fehérrel, az a, d, g, u, s, q és u betűk az átlátszóság érzetét kelti benne, a többi betűt szürkének érzi. A szavak szinét a kezdőbetű vagy a legmarkansabb betű adja meg. Gyermekkorában kinevették a testvérei, mikor csodálkozását fejezte ki azon, hogy hogyan lehetett egy barna lónak olyan fehér nevet adni, mint Charlie. Legidősebb (23 éves) leánya, egy igen intelligens hölgy szintén kifejezetten mutatja ezt az audition colorée-t. A betűk nála is színesek; a g betű szürke, az s és i sárga, az l kék, s minden szónak meg van a maga szine a kezdőbetűje szerint, igy pl. a love (szerelem) szót kéknek látja. A magasabb zenei hangokat világosaknak, a középsőket szürkének, a legmélyebbeket feketének érzi. Az abnormitás kiterjed nála a tapintásra, hőérzésre és fájdalomérzésre is. Igy a kemény tárgyak érintésére sötét szint lát, a lágyakéra világosat.

Budapesti előkelő sanatorium segédorvost keres. Irásbeli ajánlatok **„Segédorvos“** czimen a „Petőfi“ ujság-, könyvkiadó- és hirdetési vállalathoz, Budapest, VII., Kertész-utcza 16. szám, intézendők.

Lapunk mai számához **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég Digalen** prospektusa van csatolva.

Kartársaink szives figyelmét ez úton hivjuk fel a **Nervinol Barabás** gyógyszerkülönlegességre, mely Cale, Brom, Ferr. Natrium glycerophosphat tartalmánál fogva rendkivül hatásos gyógyszernek bizonyult, mindenféle idegmegbetegedéseknél. Kapható orvosi rendeletre a gyógyszertárakban kis és nagy üvegekben, a kis üveg tartalma 250 gm., a nagy üvegé 500 gm. Adagolása felnőtteknél naponta 3 evőkanállal, gyermekeknél 3 kávés kanállal egy kevés vizzel, vagy ásványvizzel keverve.

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.

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

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.

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek számára. Mérsékelt árak. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató ülés 1906. február 14.-én) 637. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (IV. rendes ülés 1906. márczius 1.-én) 637. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (V. szakülés 1906. február 24.-én.) 639. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 639. l.

Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1906. február 14.-én.)

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

(Vége.)

Radium vagy operatio?

Rosenák Miksa: Az eset, melyet be fogok mutatni, önmagában véve mindenapi. Nem is volna szabad vele a t. orvostársulat idejét és türelmét kihasználnom, ha a betegen eddig alkalmazott radiotherapia nem volna ma annyira actuális, hogy ezen szempontból nemcsak érdekes, hanem egyenesen kötelességszámba megy a radiotherapiával kezelt carcinoma-esetekről beszámolni, mert minden egyes eset ma még hozzájárul a rendkivül fontos kérdés tisztázáshoz, vajjon a radiotherapia cancereknél egyáltalán s ha igen, mely fajoknál s mi módon alkalmazható. Az utolsó seb. szakosztályon Róna tanár egy egész sorozatát mutatta be a bőrhámrákoknak, melyeknél az elért eredmény határozottan biztató, feltéve, hogy a siker recidiva szempontjából is ki fog elégíteni, a mire eddig az idő rövidsége miatt tapasztalataink még egyáltalában nem lehetnek. Annyiban úgy látszik már is tisztult a felfogás, hogy a szájnyálkahártyákon székelő cancerek kezelésére a radiotherapia nem alkalmas.

Az általam bemutatandó eset is a mellett szól, hogy a cc. labii kezelésére nemcsak nem alkalmas, hanem hogy az ezen kezeléssel járó időveszteség egyenesen végzetes lehet, ha tekintetbe veszszük, hogy ezen cancerek mily gyorsan harapódznak el a közeli mirigyekben.

Ezek azután recidiva szempontjából határozottan sokkal kedvezőtlenebb kilátást nyujtanak műtét esetén is.

Betegemnél, ki jelenleg 67 éves, kinek akkor saját állitása szerint borsónyi pörsenése volt, 9 hó előtt kezdték meg a radiotherapiát, s imc több hónapi kezelés után az eredmény az, hogy a cc. elfoglalta az alajaknak több mint felét, hogy mindkét állkapocsalatti tájék mirigyei, sőt baloldalt a kulcsfeletti mirigyek is infiltráltak.

Az eredeti kis beavatkozás helyett, mely 8 nap alatt gyógyulásra vezetett volna elég jó cosmetikus eredménynyel, ma egy nagy műtétet kell végezni, mely cosmetikus szempontból is torzító, recidiva szempontjából is kedvezőtlenebb kilátásokat nyujt.

Hangsúlyozom, hogy az eredeti kis beavatkozás helyett, mert nem hiszem, hogy 9 hó előtt már lettek volna mirigyinfiltratiók, mert hiszen különben eddigi orvosa, a ki jeles, igazán tudományosan képzett dermatologus, nem kezelte volna a lokális bajt radiummal. Ezért azt kell tehát feltételeznem, hogy a mirigyinfiltratio a kezelés idején fejlődött.

Ha már most tekintetbe veszszük a Dollinger tanár klinikájáról Steiner Pál által összeállított rákstatistikát, mely szerint a klinikán alajkcancernél műtét által 70·45%-nál sikerült 3 éven túl tartó recidivamentességet kapni, s hogy a recidiváknak is csak $^1/_3$ részében volt a kiújulás localis, $^2/_3$ részében mirigyrecidiva, akkor nyilvánvaló, hogy nem ajánlatos alajkrákoknál a radiumkezeléssel próbálkozni a műtét rovására, mely lokálisan gyorsabb és biztosabb sikerrel kecsegtet, plane ha a műtő, mint az a Dollinger tanár klinikáján minden esetben szokás, az állalatti tájékot feltárja, még ha a bőrön át nem is sikerült még mirigyeket tapintani.

Stein Adolf: Ha mi azt előre tudnók, melyik cc. gyógyul Röntgen-sugárral vagy radiumra, akkor könnyű feladatunk volna. Tény, hogy az apró epitheliomák gyorsan gyógyulnak. De felelősséggel jár az orvosra nézve is, mert ha sokat kisérletezik, akkor elmulasztja az operatiora alkalmas időt. De vannak apró epitheliomák, melyeknek eltávolítása a torzítás miatt nagyon nehéz, pl. alsó szemhéjon. Ilyen gyógyult esetem kettő van. Vagy pl. a septumon ül az epithelioma, a hol a nyálkahártya pótlása nehéz. Ez is szépen gyógyult. Ha a beteg vonakodik magát operáltatni, ott is megkisérthető a radium vagy Röntgen. Ezért ezen eljárások nem küszöbölhetők ki a therapiából.

Rosenák Miksa: Magam említettem az alkalmas esetek kiválasztását. A nyálkahártyán ülő cc. a mirigyeket gyorsan infiltrálja és épen ezek alkalmasak operatiora a recidiva szempontjából. Esetemben nem két hétig, de hónapokig experimentáltak. A cosmetikai szempont is esetemben a kés mellett szól.

Róna Sámuel: A bemutatott esett cancroid, ezek infiltrálják a mirigyeket. Ezek pedig noli me tangere a radium vagy Röntgen számára.

Van-e módunkban korán megismerni a cancroidot? Azt mondják igen. Krompecher szerint ez cc. spinocellulare, míg a jóindulatú daganat cc. basocellulare, mely nem infiltrálja a környezetet és kivételesen és későn képez metastasist. És ezek az esetek volnának alkalmasak a felületes voltuknál fogva a radium- vagy Röntgen-kezelésre. De még ezt tovább kellene vizsgálni.

Sclerodermia esete.

Havas Adolf: Cs. János, 56 éves, napszámos állítása szerint soha beteg nem volt. Családjában hasonló baj soha elő nem fordult. Egyetlen testvére él és egészséges. Jelen baja kb. $^3/_4$ év előtt a bal alkar hajlító oldalán viszketéssel kezdődött.

Status pr. Az elváltozások részint az arcz, részint a törzs és végtagok bőrén, de különösen a test bal oldalán láthatók. A jobb oldalon csak épen egy pár plaque észlelhető. Az elváltozásokban a bántalom valamennyi szaka képviselve van. Látunk vörös, felpirszerű duzzadást, vizenyős, a bőr felületén épen kiemelkedő, puha és sima gyermektenyérnyi területet az arcz bal oldalán, vörös, vizenyősen duzzadt udvarral körülvett és a középső részében már merev sárgásfehér, kissé laposan kiemelkedő férfitenyérnyi plaqueokat a bal kulcscsont alatti tájon, a bal lapoczka felett. Látunk sárgásfehér, a környezethez képest barnásan festenyzett és kissé besüppedt plaqueokat férfi- és gyermektenyérnyi területen úgy a törzs, mint az alsó és felső végtagok köztakaróján, a melyeknél a duzzanásnak már nyoma sem észlelhető. A bal alkar hajlító oldalán egy kb. 20 cm. hosszú szalonnafényű, sárgásfehér, a szélein sötétbarnásan festenyzett, léczszerűen kiemelkedő, merev, kemény, deszkatapintatú elváltozást, a melynek alsó végén félkör alakban a bőr élénkvörös színű és vizenyősen duzzadt. Az orr és száj nyálkahártyáján elváltozás nem mutatható ki. A beteg közérzete annyiban mutat eltérést, hogy a bal felső végtagban, különösen az alkarban székelő zsábaszerű fájdalmakról panaszkodik, melyek az ujjak felé kisugárzók és őt munkaképtelenné teszik.

A leirt tünetek alapján a kórisme sclerodermia circumscriptára volt teendő, azon alakra, a melyet az angol és amerikai bőrorvosok morpheának neveztek. Az eset azért érdekes és tanulságos, mert ezen alkalommal a kórfolyamat valamennyi alakját észlelhetjük. Mig egyrészről láthatjuk a bántalom bekezdési szakát, az erythematosus, illetőleg az oedematosus stadiumot, más helyen láthatjuk az induratioszakot, ismét más helyen az atrophiás, Wernicke-féle szakot. De érdekes és tanulságos az eset azért is, mert itt beigazolva látjuk, hogy a bántalom tovaterjedése az acut lob képében nyilvánul.

A kórfolyamat kóroktana mindez ideig nincs tisztázva. Míg egyesek, igy Porget, Lagrange és Chiari, egyszerű lobos folyamatot vettek fel, mások angioneurosist, trophoneurosist, vagy mint Lewin és Heller, angiotrophoneurosist tételeztek fel. Heller általános, Kaposi részleges nyirokpangást vett fel. Az utóbbi időben mindinkább szaporodik azok száma, kik a vérerek megbetegedésében látják a kór okát, a menynyiben a verőerek mindhárom rétegében: az adventitiában, mediában és intimában beteges elváltozásokat irnak le. Kétségtelen és beigazolt az arteriosus megbetegedés. Török a vérpálya útján létrejött lobos folyamatot vesz fel, a kórfolyamatot haematogen eredetűnek tartja. A klinikai tünetek e felvétel mellett látszanak szólni. A kórfolyamat kifejlődése és az atrophikus szak egymásutánja, egymásból való fejlődése ezt igazolni látszanak. A kórokozó agens valamely toxikus anyag, mikroorganismus vagy annak terméke, mely a véráramba jutva, legnagyobb valószinűséggel úgy az érmozgató idegközpontokra, mint leginkább magukra a véredényfalakra hatva idézi elő azok megbetegedését és consecutive a bőr alteratioját.

A prognosis mindaddig nem rossz, mig a körülirt alakkal van dolgunk. Diffus nagykiterjedésű alakoknál absolute rossz.

Therapia: első sorban symptomatikus vérjavító szerek, zsongitó életmód, arsen, vas, puhító kenőcsök, massage, esetleg béldesinficiensek, kénes fürdők. Naftalan bedörzsölése az induratiós és oedemás plaqueokra.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IV. rendes ülés 1906. márczius 1.-én.)

(Folyt.)

Hypertrophia idiophatica lienis.

Herczel Manó: Sch. J.-né, 33 éves, zsolnai lakos. 1905. januárban hasa és háta bal oldalán szúró fájdalmai jelentkeztek és egyidejűleg daganat keletkezését vette észre a bal bordaívnél; a fájdalmak később hetenként csak 1—2-szer jelentkeztek, de a daganat rohamosan nőtt; azóta 3 kgm.-ot fogyott. Vizelete mindig tiszta volt.

A gyengén fejlett, lesoványodott nő csontrendszere, légzési és vérkeringési szervei épek. A has elődomborodó, főleg a bal epi- és mesogastriumban, és e helyen egy sima felszinű, tömött tapintatú, nyomásra nem érzékeny, a légzési mozgásokat jól követő resistentia tapintható, a mely felfelé a bal bordaív alá folytatódik, lefelé a köldökön alul 1 harántujjnyira terjed, kissé éles belső széle a középvonalig, külső letompitott széle a lumbális tájig ér. Az elülső felszinen a bordaív alatt az elülső hónaljvonalban gyermektenyérnyi, puha tapintatú,

hullámzó elődomborodás tapintható. A resistentia felett a kopogtatási hang tompa, a tompulat a lép- és szívtompulattal összefolyik. A máj széle a jobb bordaív alatt nem tapintható.

Vérvizsgálat: Február 6.-án. Vörös vérsejt 4,247,000, fehér 14,000. Február 10.-én. Vörösvérsejt 4.000,000, fehér 16,000. A vér normocytás typusú, orthochromatikus isocytosissal. A fehérvérsejtek között 64% polynucleáris neutrophil, 5% neutrophil myelocyta, 20% egymagvú kicsi, 8% egymagvú nagyobb, 1% eosinophil többmagvú, 2% basophil granulatiojú.

Leukaemiának Röntgen-kezelésre javuló esete.

Herczel Manó: K. Lajosné, 35 éves, ref. Jelen bajáig teljesen egészséges volt. 1905. szeptember végén vette észre, hogy hasának bal oldalán daganat keletkezik, mely nyomásérzést okozott és meglehetős gyorsan növekedett. A daganat keletkezése óta a nő erősen lefogyott.

A mérsékelten fejlett, lesoványodott nőbeteg csontrendszere, légzési és vérkeringési szervei épek. A hasban a bal bordaív alatt egy kb. két emberfejnyi, kemény, sima felületű, a légzési mozgásokat követő daganat, a melyen külső convex és belső concav felszint lehet megkülönböztetni; a daganat a bal bordaív alatt eltünik, leghosszabb (29 cm.) tengelye hátulról felülről előre és lefelé húzódik, alsó polusa a köldök alatt 4 harántujjnyira a középvonalban tapintható; jobbra a középvonalat 3 ujjnyira haladja meg, hátra a hátulsó hónaljvonalig terjed.

Az epigastriumban levő körkörös, festenyzett fűzési barázda niveaujában a has körfogata 72½ cm., a köldök magasságában pedig 80½ cm.

A vizelet tiszta, idegen alkatórészeket nem tartalmaz. Vérvizsgálat: 3.200,000 vörösvérsejt, 15,900 fehérvérsejt és 70% haemoglobin (1 : 20). Poikilocytosis nincs. A fehérvérsejtek túlnyomóan polynucleáris leukocyták, lymphocyták, nagymagvú myelocyták, eosinophil polynuclearis leukocyták. Diagnosis: leukaemia.

Röntgen-kezelés: január 19.-től másodnaponként 10 perczen át, eddig összesen 230 perczen át.

Vérvizsgálat február 16.-án. 2.810,000 vörösvérsejt, 79,000 fehérvérsejt, 70% haemoglobin (1 : 38). Február 21.-én 3.730,000 vörösvérsejt, 68,000 fehérvérsejt, 75% haemoglobin (1 : 56). A kezelés alatt a lép tetemesen megkisebbedett, a beteg közérzete javult.

Körmöczi Emil: A leukaemiás betegségek röntgenes gyógyításáról úgy látszik az a vélemény terjed el, hogy mindig eredménynyel jár, pedig sajnos nem így van. Négy leukaemiás esetben próbálta meg a gyógykezelést, ezek közül az egyik lymphatikus leukaemiánál bámulatos sikert ért el, míg a második lymphatikus leukaemia már aligalig javult. Két myelogen leukaemia közül az egyik valamit reagált a gyógykezelésre, a másik azonban, noha már ¾ éve rendszeresen kezelik, semmit sem javult. A betegség klinikai képe semmiféle útbaigazítást nem ad, hogy mely esetben lesz sikerünk, ez csak a gyógykezelés folyamán tünik ki.

Schossberger Sándor: A Stefánia-gyermekkórházban leukaemia három esetét kezelték Röntgen-fénynyel: egy myeloid és két lymphoid leukaemiát. Míg az utóbbiaknál a kezelésnek nem volt kedvező eredménye, a myeloid leukaemia esetében 5 hó lefolyása alatt a klinikai és a haematologiai képben lényeges javulás mutatkozott.

A léptumor ⅓-ára megkisebbedett, a hasmenés, láz megszünt, a testsúly gyarapodott és a fehérvérsejtek száma 230,000-ről 10,000-re sülyedt. De a javulás ebben az esetben is csak időleges volt, a mennyiben a myeloid leukaemia a javulás magaslatán s a további kezelés folyamán heveny lymphoid leukaemiába ment át, mely rövidesen halálra vezetett.

Hólyagdaganat miatt végzett ureter- és hólyagresectio gyógyult esete.

Herczel Manó: N. József, 50 éves kereskedő. 21 éves korában kiállott orbáncztól eltekintve mindig egészséges volt. 10 év előtt, állítólag meghülés következtében, 2 hétig véres volt a vizelete, s bár akkor a baja orvosi kezelésre egy időre megszünt, ez idő óta 4—8 heti időközökben átlag 2—3 napig véreset vizel. 1½ évvel betegségének kezdete után vizelése fájdalommal járt, s a vizelet gyakran elakadt. Az utolsó 3 évben a fájdalmak a vizeléskor erősen fokozódtak; ugyanezen idő óta igen lesoványodott.

Felvételekor a mérsékelten fejlett és táplált férfibeteg mellkasi szervei épek. A mérsékelten elődomborodó hasban rendellenes tompulat vagy resistentia nincs. A vizelet málnaszörp színű, zavaros, hosszas hólyagmosás után sem tisztul fel teljesen, gyengén alkalikus, fajsúlya 1012. Fehérje még többször szűrt vizeletben is kimutatható, a vérpróba positiv. Mikroskop alatt ki nem lúgozott, ép vörösvérsejtek, genysejtek s kevés coccus és bacillus látható. Hólyag- vagy vesealakelemek nem találtattak.

A cystoskopi lelet szerint a hólyag elülső s oldalsó falán, inkább bal felé terjedőleg, a hólyagnyaktól hátrafelé nagyobb kiterjedésű bolyhos daganat látható, mely széles alappal ül a hólyagfalon. A hólyag diffus hurut képét mutatja, rajzolata elmosódott, falában erős gerendák láthatók. A jobb ureternyilás feltünően tágult.

A hólyagnak előbb bórvízzel, majd 1%-os argent. nitricum-oldattal való alapos kimosása és langyos bórvízzel való megtöltése után *1906. január 4.-én magas hólyagmetszést végeztünk.*

A hólyagnak 4 cm.-nyi terjedelemben való megnyitása után tapinthatóvá válik a daganat, mely a hólyag bal oldalát elfoglalva, részben a hátulsó falra s a trigonum bal felére is átterjed. A hólyagnak hüvelytükrökkel való feltárása után a daganatot horgas csipővel és Cooper-ollóval az ép szövetben kiirtjuk, miközben a daganat szövetébe beágyazott bal ureter átmetszése is szükségessé válik. Az erősen tágult centrális ureter-csonkot 2 catgut-fonállal a hólyag nyálkahártyájához rögzitjük. A hólyagba, melynek sebét 4 selyemvarrattal szűkítjük, jodoformgaze-csikot és draincsövet helyezünk. Kötés.

A kiirtott daganat, mely jókora gyermektenyérnyi terjedelemben ül a hólyagnyálkahártyáján, laposan szétterülő, halvány, szürkésvörös sarjszövethez hasonló bolyhokból áll; a kiirtott ureter-csonkot mindenütt körülveszi, sőt beterjed az ureter tágult lumenébe is. A daganattal beszűrődött hólyagfal egyébként mutatóujjnyira megvastagodott, s szívós hegszövet képét mutatja.

A mikroskopi vizsgálat szerint a daganat egyszerű pázsitszerű papilloma.

A lefolyás retentio okozta egynapi láztól eltekintve zavartalan. Gyógyulás.

Öt hónapos tubo-abdominális terhesség esete.

Herczel Manó: G. J., 26 éves, kereskedő neje. Azelőtt mindig egészséges volt. 1905. augusztus közepén kimaradt a havi baja. Ugyancsak augusztus végén hirtelen magas lázzal, hát- és deréktáji fájdalmakkal megbetegedett. 3 hétig ágyban feküdt, s ez idő alatt naponként a hidegrázással járó 39—40°-ú hőemelkedései voltak; majd jobban lett, 2 hétig fennjárt, de ezidőtájt is gyakori hányásingerei voltak, hüvelyéből véres savó folyt. Nemsokára az alhas jobb felében diónyi daganatot vett észre, s gyakori kinzó hasgörcsök támadtak, a melyek újra ágyba döntötték. Szeptember végén hirtelen igen heves hasgörcsöket kapott, hasa felpuffadt, sokat csuklott és hányt. Ezen állapot egy hétig tartott, majd jobban lett, de még 2 hónapig erős hasgörcsei voltak. Utóbbi időben jobban érzi magát, de a hasdaganata sokkal nagyobb lett, s gyakran az az érzése van, mintha a daganatból kiinduló lökéseket kapna.

F. évi január 3.-án vétette fel magát osztályomra a következő állapotban:

A mérsékelten táplált, lesoványodott, anaemiás nő légzési és vérkeringési szervei épek. A hypogastrium jobb felében a has bal oldalára is átterjedő emberfejnyi resistentia tapintható, melynek felső határa a köldök, befelé a középvonalat 3 ujjnyival meghaladja, kifelé az elülső hónaljvonalig ér; alsó határa a Poupart-szalag felett 1 ujjnyival tapintható. A daganat kemény, felületén diónyi — kis almányi kemény göbök tapinthatók. A laposan ráhelyezett kéz időnként lökésszerű mozgásokat tapint. Magzati szívhangok a daganat felett nem hallhatók.

Genitális vizsgálatkor kitünik, hogy a daganat a 4 hónapos terhességnek megfelelően megnagyobbodott méh előtt és tőle jobbra foglal helyet, a daganat mozgatásakor a portio mozdulatlan marad.

Ezen lelet alapján, miután különben is az 5 hónapos terhességnek minden tünete megvolt, a diagnosist méhenkivüli terhességre tettem, a mely diagnosist nagy fokban valószinűvé tette az, hogy a méhhel össze nem függő daganat felett mozgások voltak észlelhetők; egészen bizonyossá tette pedig a kórjelzést a Röntgen-átvilágitás, melynél élesen látható volt a méhen kivül fekvő magzat csontváza.

Január 8.-án végeztem a műtétet. Ekkor kitünt, hogy egy tubo-abdominális terhesség esete forog fenn, a mennyiben a kb. 5 hónapos élő magzat a burkokban a szabad hasürben a belek között, a jobb csipőtányéron fekszik; a köldökzsinór a kéttenyérnyi vaskos placentához vezet, mely részben a tuba ampullájában a fimbriákon, részben a medencze peritoneum parietalejában és a méh elülső falán tapad. A petezsák kiemelésekor a gravid tuba tág, vékonyfalú részeiből erős vérzés indul meg, melyet a lig. infundibulo-pelvicum aláöltésével csakhamar csillapitunk. A foetust a gravid tubával és petehurkokkal együtt eltávolítjuk. Ugyancsak kiirtjuk az igen hosszú processus vermiformist, minthogy ez a peteburkokkal és a gravid tuba falával erősen összenőtt. A lefolyás, egy hasfali tályogtól eltekintve, zavartalan volt.

Typhus-bacillus által okozott cholecystitis és pericholecystitis. Cholecystectomia. Gyógyulás.

Herczel Manó: T. P., 27 éves, béres neje. Székrekedéstől eltekintve mindig egészséges volt; széke mindig rendes volt. 1905. november elején egy heti lázas állapot után állítólag erős vérhányás jelentkezett rázóhideggel, magas lázzal és eszméletlenséggel. A szent László-kórházban ekkor két hónapig feküdt 39—40° C.-ú lázban. Karácsony táján teljes egészségben távozott a kórházból, 18 nappal később azonban nehéz tárgy emelésekor erős szúrást kapott hasának jobb felében és hátában. Ugyanekkor a jobb bordaív alatt daganat keletkezett, mely eleinte tyúktojásnyi volt s azóta folyton nőtt. 2 hét óta erősen izzad és köhög.

Felvételekor a lesoványodott anaemiás nő szivcsúcsa felett systolikus zörej. Mindkét oldalt csúcshurut. A májtompulat határai rendesek, a jobb bordaív alól egy kb. ökölnyi, körtealakú, kissé dudoros daganat indul ki a mammilláris és parasternális vonalak között, melynek alsó polusa a köldök felett egy ujjnyira tapintható; felfelé a májtól el nem különíthető, consistentiája rugalmas, a légzési mozgásokat követi, oldalirányban kissé eltolható, nem ballotál. A vizelet normális, a vérsavó reactioja Ficker szerint 1 : 1000 higitásban positiv. Mérsékelt hőemelkedések.

Mindezek után a diagnosist typhus-bacillusok által okozott cholecystitisre és pericholecystitisre kellett tennünk, miért is a betegen 1906. február 8.-án chloroform-narcosisban műtétet hajtottam végre. Behatolás a jobb rectus külső harmadán át 12 cm. hosszúságban. A máj megnagyobbodott, alsó széle a jobb bordaívet 3 ujjnyival haladja

túl, az epehólyag kúpja a csepleszszel összenőtt. Az epehólyag fala erősen megvastagodott, benne több kisebb-nagyobb kő érezhető. Az összenövéseket leválasztom a d. cysticusig, melyen egy kb. koronányi, sárgás-fehéren elszínesedett, infiltrált, szakadékony terület látható. A d. cysticus lekötése után, a mely alkalommal az infiltrált helyből kiindulólag a szintén infiltrált hepatica kissé beszakad, cholecystectomia. Steril tamponade, átöltő silkworm-varratok.

Az epehólyagból a műtét alkalmával próbapunctioval vett zavaros, sötétbarna, törmelékes váladékból, ép úgy, mint az epehólyag nekrotikus falzatából bacillusok tenyésztek ki, melyek Krompecher tanár szerint, tekintettel arra, hogy typhus-serum által 1 : 1000 higításban agglutináltatnak, a Petruschky-féle lakmus-savót nem pirosítják, a Drigalski-féle táptalajon vörös telepeket nem képeznek, mozognak, Gram szerint nem festődnek, szőlőczukros agarban nem fejlesztenek gázt, a húslevest zavarosítják és agaran typhusnak megfelelő typusos coloniákat képeznek : biztosan typhus-bakteriumnak minősítendők. Az epehólyagból készült metszetekben a hám egyes helyeken teljesen hiányzik, a nyálkahártya felületes rétegei gömbsejtesen beszűrődtek és nekrotizáltak, a mélyebb részletek genyes beolvadást mutatnak. Mindezek szerint diagnosisunk kétségtelen beigazolódást nyert.

A lefolyás kedvező, a mennyiben a műtét után harmadnap a beteg már láztalan, pulsusa perczenként 80. Közérzete teljesen kielégitő. A reconvalescentia normálisan halad előre, úgy hogy az illetőnek felépülése már a napokban várható.

Epehólyaghoz odanőtt ektogen echinococcus-cysta cholecystektomiával operált esete. Gyógyulás.

Herczel Manó: A 32 éves kereskedőségéd, kinek 22 éves korában lágyéktáji buboja volt, azóta jelen bajáig teljesen egészségesnek érezte magát. Négy év előtt gyomortáján diónyi daganat keletkezett, mely lassanként gyermeköklönyi nagyságot ért el, azonban sem spontan, sem nyomásra fájdalmas nem volt.

Baja miatt 1903. juniusában egy sebészi osztályra vétette fel magát, hol a hólyagszerű daganatot felvágták s kivarrták a hasfalakhoz. A kötözések alkalmával a sebből mindig számos különböző nagyságú hólyagocska ürült. 5½ hónapi kezelés után a klinikát genyedő sipolylyal hagyta el, de 1½ év mulva ismét vissza kellett térnie a sipoly megszüntetése czéljából. Kikaparással a sipolyból állitólag meszes tömegeket távolitottak el, de noha e kezelést azóta még kétszer megismételték, sipolya állandóan megmaradt, genyedt.

Felvételekor a jól kifejlett és táplált férfi mellkasi szervei épek. A májtompulat a VI., illetőleg VII. bordán kezdődik s a bordaivet nem haladja túl. A has középvonalában a proc. xiphoideustől lefelé mintegy 8 cm. hosszú sugaras heg, melynek felső végén sarjaktól környezett sipolynyílás van. A szondát e sipolynyiláson át bevezetve, 5 cm.-nyire igen kemény ellenállásba ütközik. Az ujjal való kitapintás laminariával végzett tágítás után sem sikerül. Nagy hasfali sérv.

Műtét 1905. deczember 19.-én. Laparotomia a középvonalban. A máj, gyomor, colon, cseplesz és epehólyag között kiterjedt erős összenövésekre bukkanunk. Kőre lévén gyanú, az epehólyagot s a ductus choledochust szabaddá igyekszünk tenni, a mi az összenövések miatt csak nehezen sikerül. Kő nem tapintható. Az epehólyag izolálása alkalmával közel nyakához borsónyi nyilásra bukkanunk, a melyen át számos echinococcus-tömlő ürül. kitünik, hogy az epehólyaggal egy számtalan fiókcystát tartalmazó tojásnyi echinococcus-tömlő nőtt össze, a mely oly szorosan függ össze az epehólyaggal, hogy eltávolitása csak az utóbbinak kiirtása árán volt lehetséges. A máj állományába vezető sipolyt, tágítván falait, részben resekáljuk, részben éles kanállal kikaparjuk, miközben számos apró mészlemezkét távolitunk el. A kevés barnás epét tartalmazó kiirtott epehólyag kissé zsugorodott; nyálkahártyája ép. Nyakánál fekszik a jelzett echinococcus-tömlő.

A lefolyás kisebb (38·3° C.-ig menő), bronchitis által okozta hőemelkedésektől eltekintve teljesen zavartalan. Kötésváltoztatás másodnaponkint.

(Vége következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(V. szakülés. 1906. február hó 24.-én)

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

1. **Hegyi Mózes** „Paralysis progressiva“ czimen értekezik, egy aránylag fiatal egyénen mutatva be ezt a betegséget.

2. **Veszprémi Dezső staphylococcus-pyaemia** esetéből származó készitményeket mutat be. A fertőzés a jobb veséből származtatható, a mely feltünő megnagyobbodása mellett igen súlyos pyelonephritis suppurativa képét mutatja. Ennek oka minden valószinűség szerint a hólyagban talált kő, illetőleg az ez által fenntartott cystitisből felszálló úton a jobb vesének staphylococcusokkal való fertőzése lehetett. A bal vese teljesen hiányzott (aplasia), tehát a jobb vese erős megnagyobbodása hypertrophia compensatorica jelentőségével bir. Ugyanennél az esetnél másik fejlődési hibaként (agenesia) a jobb tüdő alsó karélyában körülirt területen veleszületett hörgőtágulatot lehetett találni.

Purjesz: A nagy hőemelkedés mellett kiterjedt bronchitis tüneteit észlelte a klinikán. A bőrön néhány furunculus és vérömleny volt. Ezek a pyaemia gyanúját keltették fel. Midőn ezt az esetet a klinikán hallgatóinak bemutatta, a mondott tünetekhez még egy tünetcsoport szegődött: t. i. epileptiformis görcsök, villámszerű összehúzódások és tágulások a szemrésen. Ez alatt elveszitette az eszméletét. A roham rövid időre szünt, de új roham jelentkezett. Ilyen körülmények között arra lehetett gondolni, hogy miliáris tuberculosissal van dolgunk, a melynél ép úgy lehetnek finom szörtyzörejek és agyi tünetek is. Sikerült azonban a furunculusokban és a venaepunctioval vett vérben staphylococcusokat kimutatni, a vizeletben sok geny és staphylococcus volt, a köpésben is találtak staphylococcusokat.

Tanulságos az eset anamnestikus szempontból is, mert két évvel ezelőtt itt feküdt általános vizenyővel, skarlatnephritis után, a mely teljesen gyógyult. Tanulságos azért is, mert az endocardiumon egészen friss elváltozásokat lehetett találni, a milyenekre pyaemiánál mindig el lehetünk készülve.

(VI. szakülés. 1906. márczius 3-án.)

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

1. **Veress Ferencz** bemutatásai:

a) **Atypikus másodlagos lueses exanthema.** A 47 éves kőműves fertőzésről mit sem tud. Ezelőtt 4 héttel vette észre a kiütéseket. A mellen és végtagokon elszórtan, a háton rendkivül nagy számmal polymorph efflorescentiák: mákszemnyi kiemelkedő, kemény tapintatú, barnásvörös folliculáris papulák, melyek fillérnyi csoportokban, de leginkább ujjhegynyi területen összefolyva mutatkoznak. A könyök- és térdhajlatban ettől a typustól egészen eltérő nagy papulosus kivirágzások, a scrotumon és penisen rendes nedvező, a szájüregben kifekélyesedett papulák. A bal szem kötőhártyája egészen vörös, belövelt, s a conjunctiva bulbi belső oldalán lencsényi papula.

b) **Endemiás syphilis** (kardalakú tibia) esete. Az 52 éves beteg előadja, hogy 15—16 éves korában szekér gázolta el s mindkét lábszára megsebesült. A sérülés nem gyógyult meg teljesen, kisebesedett, s ezért nem vették be katonának sem. Most mindkét lábszár feltünően deformálódott. A tibia egészen megvastagodott, éle eltünt, helyette kb. 3 ujnyi vastag, domború, dudoros felület tapintható, oldalról tekintve erősen görbül előre convex irányban. Ez a bal végtagon kifejezettebb. Itt egyúttal két egymás felett elhelyezett, 4—5 cm. hosszú, szabálytalan alakú fekélyt látunk, melyek alapját a kivájt csont alkotja.

Hozzászól: *Marschalkó.*

2. **Lukács Hugó** és **Markbreiter Irén**: „A szemfenéki lelet jelentősége elmebetegségnél“ czimen értekeznek.

Hozzászól: *Hoor.* Kb. 20 évvel ezelőtt ő is foglalkozott *Borysikievic* vezetése alatt hasonló vizsgálatokkal s arra figyelmeztet, hogy a talált elváltozásokat nagy óvatossággal itéljék meg.

3. **Elfer Aladár** az **újabb vérfestő eljárásokról** referál és bemutat néhány ily módon festett készitményt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A helytelen apendicitis-operatiókról. Dieulafoy tanár a párisi Académie de Médecine-ben szenzácziós előadást tartott, a melyben azt állitja, hogy nagyon gyakran operálnak appendicitis miatt, mikor erre a javalat nincs meg, a mennyiben nem is appendicitis van jelen, hanem typhlo-colitis mucosa, a melyre persze a műtétnek nincs hatása. 13 ilyen eset került a szeme elé: mind a 13-at megoperálták. A féregnyúlvány ilyen esetekben épnek mutatkozik s a fájdalmak az operatio után újra jelentkeznek. Hasonló tapasztalatai vannak Dieulafoy szerint Bottentuit dr. plombières-i fürdőorvosnak is; 22 esetet észlelt, melyben a betegnek kivették a féregnyúlványát, a nélkül, hogy ezzel a baján segitettek volna. Chatel-Guyon és Vichy fürdőhelyeken is sok ilyen megoperált beteg keres a változatlanul fennálló betegsége ellen gyógyulást. Dieulafoy inti a sebészeket, hogy mielőtt a késhez nyúlnának, pontosan állapitsák meg, vajjon csakugyan tiszta appendicitis van-e jelen s nem-e inkább a vakbélnek és felszálló colonnak a gyuladása.

Az Első Lánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Alapittatott 1863. Folyó év május havában 1.464,000 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.215,700 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 110.148 k. 49 f. fizetitetett ki. 1906. január 1-től május 31-éig bezárólag 7.014,300 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 6.072,600 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

3798/1906. szám.

A kecskeméti állami gyermekmenhelynél a **másodorvosi állás**, mely 1200 korona évi fizetés, élelmezés, egy butorozott szobából álló lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve, — betöltendő.

Felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyitványaiknak hitelesitett másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **1906. évi julius hó 5.-éig** küldjék be.

Kecskemét, 1906. évi junius hó 5.-én.

2—1 *Egressi Lajos* dr., igazgató-főorvos.

1973/1906. szám.

A legutóbbi népszámlálás szerint 3107 lelket számláló Mocsa községi **orvosi állásra** újabban pályázatot hirdetek, s felhivom mindazokat, kik ezen, a községtől 1400 korona, a primási uradalom Boldogasszonypusztai gazdaságától a cselédek gyógykezeléséért 200 korona, összesen 1600 korona készpénz, — 4 szoba, konyha, pincze, kamra és udvarból álló természetbeni lakással, — látogatási díjak fejében felnötteknél nappal 1 korona, 12 éven aluliaknál 60 fillér, éjjel ezek kétszerese, halottkémlelésért esetenként 60 fillér díjazással javadalmazott községi orvosi állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 97. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt képesítésüket igazoló okmányokkal és keresztlevéllel felszerelt kérvényüket hozzám f. évi **junius hó 26. napjáig** annál inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A vágóbiztosi teendőket az orvos tartozván ellátni, ezért őt a szabályrendeletben megállapitott díjak illetik.

A megválasztandó orvos kézi gyógytár tartására van kötelezve.

A készpénzfizetés utólagos évnegyedes részletekben a község pénztárából folyósittatik.

Az állás lehetőleg azonnal elfoglalandó.

Az állást folyó évi junius hó 28.-án délelőtt 10 órakor Mocsa község hivatalos helyiségében választás útján fogom betöltetni.

Nagyigmánd, 1906. évi junius hó 8.-án.

Konkoly-Thege Lajos, főszolgabiró.

1972/1906. szám.

Kocs székhellyel Kocs és Kömlőd községekből álló, s a legutóbbi népszámlálás szerint 3775 lelket számláló kocsi **körorvosi állásra** újból pályázatot hirdetek, s felhivom mindazokat, kik ezen, — Kocs község részéről évi 1200 kor. készpénzfizetés, 4 szoba, konyha és megfelelő gazdasági melléképületekből és házfolyási kertből álló természetbeni lakás, nappal 1 korona, éjjel 2 korona látogatási díjjal, Kömlőd község részéről 250 korona készpénzfizetés és heti látogatások alkalmával természetbeni fuvar, esetleg egyezkedés szerinti fuvarátalánynyal, halottkémlelési díj fejében — a szegények kivételével — 60 fillér, hüszemléért egy drb szarvasmarha után 60 fillér, egy drb. juh, sertés, borju és kecske után 12 fillér díjazással javadalmazott körorvosi állást elnyerni óhajtják; miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 97. és 1876. évi XIV. t.-cz. 42. §-ában előirt képesítésüket igazoló okmányokkal és keresztlevelükkel felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 26. napjáig** annál inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A községelyre szorult betegek gyógykezelése, illetve halottkémlése díjtalanul eszközlendő.

A fizetés a tatai m. kir. adóhivatalnál nyugta ellenében utólagos negyedévi részletekben fizettetik ki.

A körorvos kézi gyógytárt tartani köteles. Az állás lehetőleg azonnal elfoglalandó.

A választást folyó évi junius hó 28.-án délután 3 órakor fogom Kocs község hivatalos helyiségében megejteni.

Nagyigmánd, 1906. évi junius hó 8.-án.

Konkoly-Thege Lajos, főszolgabiró.

1589/1906. kig. sz.

Zala vármegye pacsai járásához tartozó pacsai közegészségügyi körben lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felszólitom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesítésüket, eddigi működésüket, s erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 23-ig** bezárólag annyival is inkább beadják, mert a később érkezők figyelembe vétetni nem fognak.

A megválasztandó körorvos fizetése f. évi május 14.-én tartott törvényhatósági közgyülésen hozott jóváhagyó véghatározattal 2000 koronára lett felemelve, fuvarátalánya pedig 748 kor. 62 fill.-ben van megállapitva.

A látogatási díj úgy a nappali, mint az éjjeli községenként külön-külön van meghatározva.

A körorvos székhelye Pacsa s a kör 29 községből áll.

A választás folyó évi junius hó 30.-án d. e. 10 órakor fog a pacsai jegyzői irodában megtartatni.

Pacsa, 1906. évi junius hó 7.-én.

Pálffy, főszolgabiró.

A szekszárdi „**Ferencz**“ közkórházban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi julius hó 1.-éig** méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámittatik

Szekszárd, 1906. évi junius hó 10.-én.

2—1 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

7848/1906. szám.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400 korona évi fizetés, a kórház belterületén egy szobából álló szabad lakás, ezenkivül fütés és világitás.

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

Felhivom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előirt képesitéssel birnak, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám **1906. évi julius hó 1. napjáig** terjeszszék be.

Arad, 1906. évi junius hó 9.-én.

Az alispán.

Nagyméltóságú gróf Wenckheim Frigyes úr lébeny-szt.-miklósi uradalmában (Moson vm.) az orvosi állás megürülvén, annak f. évi **augusztus hó 15.-ére** való betöltésére ezennel pályázat hirdettetik az alábbi évi javadalmazással:

Szabad lakás külön udvarral, készpénz 1300 korona, buza 8 hl., kétszeres 12 hl., árpa 4 hl., ó bor 2 hl., keményhasáb tüzifa 30 köbméter, lágyhasáb tüzifa 30 köbméter, kert 600 négyszögöl, tengeriföld 2400 négyszögöl, öreg soványsertés 1 darab.

Pályázók a pályázatukat legkésőbb f. évi julius hó 1.-ig a lébeny-szt.-miklósi uradalmi felügyelőséghez adják be; bizonyitványoknak a másolata kéretik, melyek vissza nem küldetnek. Pályázók bővebb felvilágositásért a fentirt jószágfelügyelőséghez fordulhatnak. 3—3

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

Magyar Jelzálog-Hitelbank

Felhivás a konverzióra.

A Magyar Jelzálog-Hitelbank részéről, 3%-os nyereménykötvényeinek konvertálására kibocsátandó új kamatozatlan nyereménykötvények elhelyezése czéljából, az alulirt intézetekből álló syndikatus alakult.

Ezen syndikatus ezennel felhivja a Magyar Jelzálog-Hitelbank 3%-os nyereménykötvényeinek birtokosait, hogy ezen kötvényeiknek a kibocsátásra kerülő új kamatozatlan nyereménykötvényekre leendő kicserélése műveletében részt venni sziveskedjenek.

A kicserélésre (konverzióra) a bejelentéseket

a mai naptól fogva 1906. junius 22-ig bezárólag

a szokásos üzleti órákban a következő intézetek veszik át:

a Magyar Jelzálog-Hitelbank,
a Magyar Általános Hitelbank,
a Pesti Magyar Kereskedelmi Bank,
a Magyar Leszámitoló- és Pénzváltóbank,
a Magyar Agrár- és Járadékbank Részv.-Társ.,
a „Hermes“ Magyar Általános Váltóüzlet Részv.-Társ.

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.

„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.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyúvíz —

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.
Budapesti főraktár: **Édeskuty L.**
Budapesti vezérképviselőség: **Nádas Márton** VI., Csengeri-u. 66. Telefon 238.
Kapható mindenütt.
Kútkezelőség: Brassó.

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans
legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a
Kali Liniment. Zoltán-nal
Alkalmazása kényelmes.
Hatása biztos. Beszerzése olcsó.
Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész
Budapest, V., Szabadság-tér.
Egy üveg ára 2 korona

Borosznó gyógyfürdő és vízgyógyintézet
(Zólyom megyében).
Mértföldekre terjedő fenyvesek közt. Vasúti állomás, posta, távirda, telefon a fürdőtelepen. **Klimatikus gyógyhely**, pormentes havasi levegő, enyhe éghajlat. Modernül berendezett **vízgyógyintézet. Glaubersós ásványvize** (4 forrás) rendszeres ivókurákra kiválóan alkalmas mindazon esetekben, a hol a karlsbadi gyógymód indikált. Svéd gymnastika. Elektrotherapia. Diaetetikus kúrák. Fürdőorvos **Wiesinger Frigyes dr.** Budapestről.
Százznál több száraz szoba. Kitünő konyha, olcsó árak. Prospektust szivesen küld **az igazgatóság.**

A mélyen tisztelt kartárs urak figyelmébe.
SCHWARZ ALAJOS dr. fürdőorvos folytatja orvosi gyakorlatát 1844
Pőstyénben, Ferencz József-út 42. szám alatt.

„GUAJATIN JENCS"
Sulfo-Guajacol-készitmény, a mely 100 súlyrészben 7% Kal. Sulf. Guajacol, 0·50% Extr. Thymi és ugyanannyi Extr. Tiliae-t tartalmaz syrupban oldva.
Tuberculosisnál, valamint a tüdőbetegségeknél rendkivül jó hatású szer.
Ára 2 korona 50 fillér.
Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész,
Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

DARUVÁR FÜRDŐ
Szlavoniában, a Déli vasút állomása.
A Szlavon középhegység egyik kies völgyében. **Vasas hőforrások és iszapfürdők 34-50 C°.**
Fangó-gyógykezelés, hidegvízkúra, massage, villamos kezelés.
Kitünő gyógyeredmények vérszegénységnél, női bajoknál, csúzos és köszvényes bántalmaknál és idegfájdalmaknál, különösen ischiasnál.
Egész évben nyilva. Mérsékelt árak.
Szép berendezésü lakószobák, olvasóterem, fürdő-zenekar, kölcsönkönyvtár, Lawn-tennis, tekepálya, érdekes kirándulások stb. stb.
Az elő- és utószezonban tetemes árengedmények.
1847 Prospektusokkal szivesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

Rohitsch-Sauerbrunn
Stájerország.
1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.
Fenséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társaselet.
Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvízgyógymód, villam s fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, czukorbetegség, köszvény, gégeés légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.
1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.

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.

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomorbajosok régóta bevált tápláléka. Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhurottól és elháritja ezeket. A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: NESTLÉ Wien I., Biberstrasse 11.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

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

Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII., Szövetség-utcza 14—16. sz. Telefon 90—46.

Csak „SICULIA“ névvel ellátott üvegek valódiak.

A Málnási „SICULIA” forrásvíz

a sós savanyúvizek királya.

Sziklarétegeken átfúrt artézi forrás.

A gyomorégést rögtön megszünteti. Páratlan étvágygerjesztő. Azonnal ható különlegesség a gége, tüdő, torok, gyomor, vese, hólyaghurutos bántalmai ellen Korányi, Kétly, Tauszk, Riegler tanár, Nuricsán tanár urak szakvéleményei

a málnási „SICULIA“-forrást

a kontinens legdúsabb természetes alkalikus, sós savanyúvizének minősítik.

Magyarországi főraktár: 1392

BRÁZAY KÁLMÁN BUDAPEST, József-körút 37.

Kapható minden gyógyszertárban, drogeria és füszerkereskedésben. TELEFON 59—46.

Klimatikus gyógyfürdő.

GLEICHENBERG

(Stájerország)

Nyári üdülő. Idény: május-október.

Gyógyjavallatok: A légzőszervek hurutos bajai (Asthma, (Emphysem) az emésztési szervek, szivizmok megbetegedésénél, idegbajoknál stb.

Gyógyeszközök: Inhalatiós therapia, pneumatikus kamarák, hidegvíz-gyógyintézet, szénsav s fürdők, Fango-gyógymód. **Gyógyforrások:** Konstantin-, Emma-, Remete-forrás, Szt. János-kút.

Kimerítő képes prospectussal szolgál, lakás- és kocsimegrendeléseket elfogad az igazgatóság.

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.

Serravallo

China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nők szivesen veszik.

Sokszor kitüntetve. — **Több mint 4000 szakvélemény.** Orvos urak kivánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Kissingen

elősegíti az anyagcserét.

Rákóczy Maxbrunnen világhirű, gyomor- és bélzavarok, elhájasodás stb. ellen. a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. — Alacsony ára miatt mint **asztalvíz** a legszélesebb körök is használhatják, továbbá kapható: kissingeni keserüvíz, kissingeni fürdősó, bockleti aczélforrás. 1651

Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett.

Előpatak

gyógyfürdő kiválóan jó eredménynyel használható a **gyomor, vese, hólyag és a méh hurutos bántalmainál, máj- és lépbajoknál, köszvénynél és csúznál, altesti pangásoknál, valamint bármely az idegesség alapján fejlődő betegségnél.** A nagyhirű **előpataki gyógyvizek** orvosi javaslat szerinti ivása, összekötve a megfelelő és itt feltalálható kisegitő gyógyeszközökkel (meleg és hideg fürdők, vízgyógyintézeti kezelés, massage, svédtorna, diaetetikus étrend) **rendkivül kedvező eredményt mutat fel.** Fürdőidény: **május 15.-étől szeptember 15.-éig.** Vasúti állomás: Földvár és Sepsiszentgyörgy, honnan állandó olcsó kocsiközlekedés van. Lakás, ellátás olcsó és választékos. Az elő- és utóidényben (május 15.-től junius 15.-éig és aug. 20.-tól szept. 15.-éig) a gyógy- és zenedijnak fele fizetendő, lakások 50%-al és ellátás is sokkal olcsóbb. **Az előpataki ásványvíz,** mely a szénsavdús, égvényes vasas vizek között első helyet foglal el, mint gyógyeszköz, háznál is használható és **üdítő, kellemes ital** tisztán vagy borral vegyítve, nagy kedveltségnek örvend. Itthon és a külföldön évenként egy millió palaczknál több kerül forgalomba. Szétküldési hely Előpatak, de kapható a legtöbb városban és nagyobb kereskedésben.

Prospektust kivánatra ingyen küld az igazgatóság.

Ötvenedik évfolyam. 25. szám. *Budapest, 1906. junius 24.*

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 Frigyes: A gerinczoszlop kopogtatási hangjáról ép és kórtani viszonyok közt. 641. lap.

Hültl Hümér: Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti fiókosztályáról. A collodium-kötésről. 644. lap.

Borszéky Károly: Közlemény a budapesti k. m. tudomány-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos.) Klinikai tapasztalatok az újabb helybeli érzéstelenitő szerekkel. 645. lap.

Tárcza. Okolicsányi-Kuthy Dezső: A stájer tüdővészesnépsanatorium. 647. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. C. von Noorden:* Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Erdheim:* A tetania parathyreopriva. — *Belorvostan. Umber:* Az ischias gyógyitása. — *Goldscheider:* Traumás arteriosclerosis esete. — *Sebészet. Gebele* és *Ebermayer:* Az izületi gümökór sebészeti kezelése. — *Siegel:* Az arteriosclerosis szerepe a sebészetben. — *Pfeiffer:* A struma Röntgen-kezelése. — *Közegészségtan. Metschnikoff:* A bélcsatorna hygienéjéről. — *Venereás bántalmak. R. Müller* és *G. Scherber:* A balanitis erosiva circinata és balanitis gangraenosa aetiologiája és klinikája. — *E. Hoffmann* és *A. Beer:* A spirochaeta pallidának a szövetekben való kimutatása. — *Orthopaedia. A. Silberstein:* A terhesség és gyermekágy alatt támadt csipőizületi gyuladások. — *Brandenberg:* Az angolkóros gyermekek végtagjain észlelhető tartási rendellenességek. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Jadassohn:* Fagyott kezek gyógyitása. — *Thelwall Thomas:* Az agyrázkódásról. 649—652. lap.

Vegyes hirek. Toldás a Rováshoz. — A szerkesztőség megjegyzései Csapodi dr. toldásához. — Kinevezés. — Egyetemi alkalmazások. — Magyar fürdők látogatottsága. — Meghalt. — Kisebb hirek külföldről. — A XIV. hygieniai és demographiai nemzetközi congressus. — Congressusok. — Behring tuberculosis-ellenes szeréről. — Pályázatok. — Hirdetések. 652—653. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 654. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 654. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 655. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 655. l.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gerinczoszlop kopogtatási hangjáról ép és kórtani viszonyok közt.

Irta: *Korányi Frigyes* tanár.[1]

Közel 15 éve, hogy a gerinczoszlop kopogtatási hangjára vonatkozó vizsgálatokkal foglalkozni kezdettem. Egynehányszor irodalmilag is közöltem ezen vizsgálatok eredményeinek egyes részleteit, így legutolszor az Orvosi Hetilap ez évi jubiláris számában.

Ezen vizsgálataim első indító okát az a kérdés képezte, hogy vajjon a mellhártyaizzadmányok, melyek, ha tömegesebbek, a mellső mediastinumot oly jelentékenyen áttolják az ellenoldalra, nem gyakorolnak-e hasonló hatást a hátsó mediastinumra is? Ez irányban tett vizsgálataim tényleg azt mutatták, hogy olyan mellhártyaizzadmányok, melyek körülbelül a lapcsont szögletéig elérnek s melyek 8—14 naposak, nemcsak a mellső, hanem a hátulsó gátort is áttolják az ép oldalra. Ezelőtt a mellhártyaizzadmányok kopogtatási vizsgálatánál az volt a bevett rendszer, hogy a mellkas kopogtatását hátrafelé a gerinczoszlopig terjesztették ki, de a gerinczoszlopot magát nem vonták a kopogtatási vizsgálat körébe. Csak így történhetett, hogy kikerülhette a figyelmet az, miszerint a gerinczoszlop épen úgy tompa kopogtatási hangot ad a mellhártyaizzadmányok alulról felfelé terjedő tömegének megfelelő magasságig, mint a hogy megfelelő tompa kopogtatási hangot lehet hallani a beteg mellkasnak mellülső és oldalsó felületén, sőt egy az ép oldalra átterjedő tompulat lép fel a gerinczoszlopon túl is. Ezt az először általam felismert kórjelt már ezelőtt 9 évvel a Belgyógyászat Kézikönyvének IV. kötetében, valamint az Eulenburg-féle „Real-Encyklopädie"-ben (III. kiadás XIII. kötet) nemcsak leirtam, hanem ábrával is illustráltam azon háromszögalakú tompulati terület képében, a mely újabb időben mások által trigonum paravertebrale névvel lett felruházva.

Ezen vizsgálataim közben a dolog természeténél fogva a kopogtatást ki kellett terjesztenem a gerinczoszlop egyéb részeire is, a mi közben feltünt, hogy a gerinczoszlop egyes különböző részletei különböző kopogtatási hangot adnak és pedig szabályos módon oly formán, hogy a *nyakszirttől alafelé a farcsikcsont végéig kopogtatva, öt különböző szakaszt — zónát — lehet megkülönböztetni minden egészséges embernél.* Ezen szakaszok ismertetve lettek általam az Orvosi Hetilap jubiláris számában egy vázlatos ábrában, a melynek mását, mint azon fejtegetéseknek kiindulási pontját, ideillesztettem. (1. ábra.)

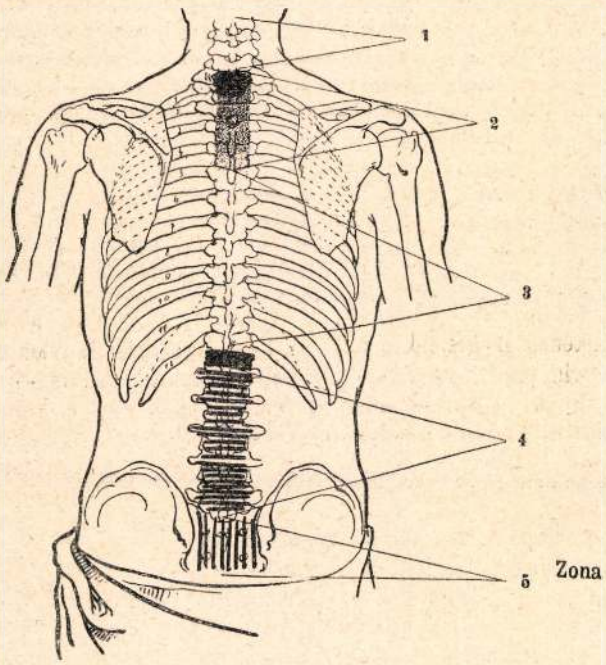
Ép emberen a gerinczoszlop egyes részleteinek egészen meglepően szabályos kopogtatási hangjai vannak. Különösen két részlet az, a mely egészen meghatározott kopogtatási hangot ad, annyira, hogy a gerinczcsontok néha igen nehéz megszámlálásánál tájékoztató pontot szolgáltat. Az egyik a mellgerinczoszlopnak az 5.-től a 10—11. mellgerincz tövisnyújtványáig terjedő része, ez teljes éles nem dobos kopogtatási hangot ad. Ezzel éles ellentétben áll a 7. nyakcsigolya — vertebra prominens — tövisnyújtványának kopogtatási hangja. Itt kopogtatva egészen tompa, czomb-hangot kapunk. (Az éptani viszonyokat feltüntető 1. ábrán a különböző kopogtatási hangok különböző vonalozások által vannak jelezve.) A különböző területeket egy egyénen fogom bemutatni, úgy a hogy le van irva az Orvosi Hetilap jubiláris számában.

Ha a nyakgerinczoszlop felső határán kezdem a kopogtatást,

[1] A budapesti kir. orvosegyesületben 1906. február 24.-én tartott előadás.

akkor egy csaknem egészen tompa, de erősebb kopogtatásnál mégis kissé dobos árnyalatú hangot kapok a 7. nyakcsigolyáig (1-ső zóna). Ez utóbbi adja az előbb említett tompa hangot. Ez alatt a mellcsigolyák az 1.-től a 3.-ig erősen tompult, innen az 5.-ig fokozatosan teljesebbé váló hangot adnak (2. zóna), az 5.-től kezdve a 11.-ig kifejezetten teljes éles nem dobos a kopogtatási hang (3. zóna), a 11. tompult hangot, a 12. erősen tompa hangot ad. Most a mellkasi 12. tövisnyújtványnak vonala alatt átmegyek az ágyéki gerinczoszlopra, a hol a kopogtatási hang tompult egészen a 4. csigolya processus spinosusáig. Az 5.-en már egy kissé kezd áthangzani a dobos hang (4. zóna) és a keresztcsonton, különösen ha a gerinczoszlop nincsen megfeszítve, élesen dobossá válik, legélesebb a dobos kopogtatási hang a farcsíkcsont felett (5. zóna). Ezek azok az ép emberen található typikus hangzású területek, a melyek az 1. ábrán vannak jelezve, a melyhez viszonyítani fogom azokat a különböző kopogtatási hangeltéréseket, melyek beteg embereknél fordulnak elő.

Minekelőtte azonban ezt tenném, egy kérdésre térek át, a mely vizsgálataim közben, azután hogy a gerinczoszlopnak typikus kopogtatási hangzása meg lett állapítva, természetszerüen felmerült. Ez a kérdés az volt, hogy mi határozza meg a kopogtatási hang minőségét: a gerinczcsontok magok, vagy pedig a gerinczcsontokat



1. ábra.

környező és azokkal érintkezésben levő szervek? Kopogtatásnál minden csont kopogtatási hangot ad és ha figyelembe veszszük, hogy általában véve milyen tömeges, egyenként véve azonban egymástól milyen különböző tömegű, vastag csontkorongokat képeznek a gerincztestek, akkor természetesen folyik annak szüksége, hogy ezen kérdésre vonatkozólag vizsgálatok tétessenek. Már maga a gerinczoszlop egyes szakaszainak sajátos kopogtatási hangja és azon szervek alkatának számbavétele, melyek a gerinczoszlop előtt feküsznek, előzetesen valószinüvé tette, hogy ezek a szervek képezik a hangzás jellegző okát.

Legkevésbé látszik ezen felvétellel megegyezőnek azon tompa hang, melyet a nyaki gerinczek kopogtatása ad, minthogy azok előtt a garat-, száj-, orrüreg, a 7. nyakcsigolya síkja közelében pedig a gége fekszik. Mihelyt azonban a nyaki gerinczekre valamivel erősebb kopogtatási ütéseket mérünk, azonnal — habár gyengén — áthangzik azon üregeknek dobos léghangja. De minden kétséget kizárólag kiderül, hogy a nyakgerinczek kopogtatási hangja mennyire befolyásoltatik az előttük fekvő üregek légtartalma által, ha a vizsgált egyén, mialatt a nyakcsigolyák tövisnyújtványait kopogtatjuk, száján, majd ezzel váltakozva orrán át légzik. A mint Donders kisérletileg kimutatta, az orron át való légzés alatt a nyelv szélei a szájür oldalfalaihoz, a nyelvhát elülső része a keményszájpadhoz illeszkedik, de a mi legfontosabb: a nyelvhát hátsó része úgy lép az inyvitorlával, a nyelvgyökér egy része pedig a gégefedővel érintkezésbe, hogy ez által a szájür a garatürtől hermetice elzáratik. Viszont szájlégzésnél úgy helyezkednek ezen részek, hogy az orrjáratokon át levegő nem áramlik. *Ezen kisérlet alatt a kopogtatási hangok következetesen úgy alakulnak, hogy szájlégzésnél dobos hang, orrlégzésnél tompa hang hallható.*

Egyszerübben értelmezhetők a mell és hasi gerinczoszlop kopogtatási hangjai. A mellcsigolyák előtt vonul el a középvonaltól balra az aorta, jobbra az ezzel szomszédos bárzsing, ott vonul el az utóbbi előtt szintén jobb felé irányulva a légcső és ennek oszlása után, az 5. mellcsigolya magasságában, a két főhörg. A mellgerinczoszlop előtt fekszik a két tüdőszárny, melyek hátsó szélei egymást érintik.

Ezen légtartalmú szervek helyzetének megfelelőleg már az első mellcsigolyától alálelé kezd feltisztulni a kopogtatási hang, és a 4., főleg pedig az 5. gerinczcsonton a tüdő terjedelmi növekedésének és a főhörgök fekvésének megfelelőleg éles, nem dobossá válik. A 10. mellcsigolya tövisnyújtványa alatt kezd érvényesülni a gerinczoszlopot érintő szerveknek, a májnak, lépnek és veséknek hangtompító hatása, a melynek megfelelőleg a 11. és még kifejezettebben a 12. tövisnyújtvány tompa kopogtatási hangot ad. Az utóbbinak szinvonala alatti ágyékcsigolyák a 4.-ig közvetlenül érintkeznek a terjedelmes ürterü hasi aortával és felhágó üres érrel, az 5. azonban csupán az aortával. Valamennyi előtt pedig a hasürbe vannak elhelyezve a légtartó belek. Ezen topographikus viszonyok megfejtik, hogy az 1. ágyéktövistől az 5.-ig lefelé előrehaladólag helyet enged a tompulat tompult dobos hangnak és az 5. tövisnyújtványon kifejezetten dobossá válik. Ugyanilyen hangzási viszonyok állanak fenn a medenczeürben, a melynek alálelé élesedő dobos kopogtatási hangja a bal csípőkeresztcsontegyesülés felső része előtt rögzített, azután a középvonalba, majd ennek jobb oldalára is vonuló végbél és lenyúló vékonybelek mellett, a keresztcsontnak alálelé való keskenyebbé és vékonyabbá válása és a farkcsíkcsontnak még szükebb méreteivel összhangzásban levőnek vehető fel.

Hogy a gerinczcsontok tövisnyújtványának kopogtatási hangja tényleg a gerincztesttel érintkező vagy szomszédos szervek légtartalmú vagy légüres állapotától függ, ennek bebizonyítását a következő, már az Orvosi Hetilap jubiláris számában közlött hullakisérlet szolgáltatta.

Egy hullát nyeregülésben helyeztünk el és ezen helyzetben a gerinczoszlopot megkopogtattam. A kopogtatási hangok lényegileg ugyanazok voltak, mint egészséges embernél. Azután a mellső hasfalat egy kis terjedelmü hosszmetszés által megnyitva, a nyelőcsövet a cardia felett lekötöttük és az így elzárt nyelőcsőbe olvasztott paraffint öntöttünk bele kaucsukcsövön keresztül. Egynéhány percz mulva a paraffin megmeredett és a meredés után a gerinczoszlop tompa kopogtatási hangot adott egész pontosan azon vonalig, a melyig a paraffintömesz leért, jeléül annak, hogy a kitöltött csővel való érintkezés által a kopogtatási hang megváltozik. Ezután a merev paraffinhenger ki lett húzva, annak átmérője 2 cm. volt, körfogata 4 cm.-nél valamivel több. Nyilvános tehát, hogy az érintkezési felület a gerinczcsontok és a paraffinhenger között csak kis terjedelmü lehetett és hogy ez már elegendő volt arra, hogy a kopogtatási hangot tompává tegye. Ezen kisérlet más hullán is meg lett ismételve, ugyanazon eredménynyel.

Egy további megfontolást követelő körülményt véltem fennforogni abban, hogy ezen általam követett kopogtatási eljárásnál nem a gerinczcsonttestek, hanem a tövisnyújtványok lettek kopogtatva, ezek pedig egyrészről igen különböző irányban haladnak a gerincztestektől hátrafelé, másrészről pedig minden gerincztest, melylyel a tövisnyújtvány összeköttetésben áll, számos más nyúlványokkal terjeszkedik elég távolra és különböző hangzású szervekhez, a melyekhez a kopogtatási rezgések ily módon elterjedhetnek. S habár már a végzett paraffinkisérlet kimutatta, hogy a közvetlenül a gerincztesttel érintkező szerv határozottan befolyásolja a kopogtatási hangot, mégis kivánatosnak tartottam közvetlenül meggyőződni a gerincztestek befolyásáról az alattuk fekvő különböző testek által adott kopogtatási hangokra. Ezt a következő módon kisérlettem meg.

Egy gerinczcsontot vettem a legtömegesebbek közül, t. i. az ágyékgerinczoszlopból. Ha most ezen gerinczcsontnak testét

hátulsó domború lapjával a tüdők feletti téren a mellkasra alkalmazom és a tövisnyújtványt kopogtatom, akkor teljes éles, nem dobos hangot kapok. Ha ezután ugyanilyen módon a gerinczcsontot a máj fölibe helyezem, akkor a tövisnyújtvány kopogtatása tompa hangot ad, és így különböző helyeket vizsgálva, teljesen meg lehet győződni arról, hogy ezen szövődött alakú csont a kopogtatásnál ugyanolyan módon viselkedik, mint egy plessimeter korongja.

A vizsgálatok folyamatában, a melyeket a gerinczoszlop kopogtatási hangjának tanulmányozása czéljából végeztem, kiderült, hogy tiszta, a kérdésben forgó szervek állapotára való következtetéseket megengedő eredmények nyerése a gerinczoszlop bizonyos viszonyaihoz van kötve, s hogy az ezektől való eltérések az eredményekre zavarólag hatnak.

Ezeknek egyikét képezi a vastag hájréteg. Ez első sorban szerfelett megnehezíti a bordák és tövisnyújtványok helytájékoztató megszámlálását, a mi különösen az alsó mell- és felső ágyékgerinczek területén, a mint részletes kifejtéseimnél később felmutatni alkalmat veszek, jelentőséggel biró és kórismészeti tévedésekre vezethet, másrészről pedig könnyen felfoghatólag elhomályosítja a kopogtatási hangok jellegzetességét. Ezen utóbbi hátrány a plessimeternek erős benyomása és a kopogtatási ütések fokozott ereje, esetleg kalapács használata által jórészben elhárítható.

Megnehezítheti vagy egészen meg is hiusíthatja a vizsgálatot a bordáknak némely egyéneknél található olyan alakja, hogy ezeknek hátsó része erősen hátra domborodó ívet képez s e miatt az egész mellgerinczoszlop mintegy keskeny, mély vályuban fekszik, melybe egy megkivánt átmérőjü plessimetert beilleszteni nem lehet.

A gerinczoszlop kopogtatási hangja a gerinczek előtt fekvő szervek állapotára vonatkozólag megszünik jellemzővé lenni olyan gerinczoszlopterületeken, a melyek lobos folyamatok által alakjukban, mozgékonyságukban és térfogatukban megváltoztak, ilyenek a gerinczcsontok különböző gyuladásai és ezek folytán vagy más okokból létrejött nagyobb fokú gerinczoszlopgörbületek.

Nagy fontossággal bir a vizsgálandó egyénnek czélszerü testtartása. Mindenekelőtt szükséges, hogy a tövisnyújtványok szalagai (ligamentum nuchae, ligamenta interspinalia és ligamenta apicum) nagyobb mértékben megfeszítve ne legyenek, továbbá, hogy a gerinczoszlopot mozgató vagy tőle eredő izmok ellazítva legyenek.

Ezen követelményekkel szemben a következő szabályokat állítanám fel. Nem czélszerü a betegeket állva vizsgálni, mivel akkor a törzsizmok többé-kevésbé megfeszülnek a súlyvonal szabályozása végett. A gerinczoszlop vertikális helyzetében kopogtatás czéljából legalkalmasabbnak találtam a következő elhelyezést. A vizsgálandó vagy egy támla nélküli székre ül és derekát ellazítva, kezeit pedig ölébe bocsátva tartja, vagy pedig egy olyan széken, melynek egyenes háttámlája van, nyeregszerüen ül, arczczal a támla felé, a melynek felső szélére helyezi könyökben behajtott alkarjait. A támla széle ne legyen éles, hogy kényelmesen alkarjaira támaszkodhassék a vizsgálandó; nem czélszerü a puhán párnázott ülésü szék, a mely inog és a törzsizmok ösztönszerü megfeszülését eszközli.

A fejnek nem szabad sem előre, sem nagyon hátra hajlani. Ugy találtam, hogy legalkalmasabb az olyan fejtartás, ha a nyak hossztengelye a mellkas tengelyével körülbelül 60 - 65° nyi szegletet képez. A lényeges az, hogy sem a nyak, sem a törzs erősen meg ne feszüljön.

Többirányú kisérlet után azon meggyőződésre jutottam, hogy kopogtatásra legczélszerübb egy korongalakú, 3—3½ cm. átmérőjü, nem túlvékony csontplessimetert használni. A kopogtatási ütést a plessimeternek a tövisnyújtvány hegyét érintő részére kell irányítani.

A ki a gerinczoszlop diagnostikai kopogtatásával foglalkozik, annak kezdetben kétségtelenül nem csekély nehézséget fog okozni a kopogtatási ütések erejének megtalálása. A vastag, többékevésbé merev gerinczcsontok a kellőnél gyöngébb kopogtatásnál túlnyomólag tompítják a kopogtatási hangot, túlerős kopogtatásnál a rezgések messzire elterjednek és hangzásuk megszünik tájékoztató értékkel birni. Legajánlatosabbnak találtam a következő eljárást: a plessimetert a vizsgálat bevezetéseül az 5. vagy 6. mellkasi tövisnyújtványra helyezem és gyengébb ütögetésből kiindulva azon erővel kopogtatom, a mely a teljes éles nem dobos hangot tisztán kiadja. Ha ugyanezen erővel a 7. nyaki tövisnyújtvány kopogtattatik, ez teljesen tompa hangot kell hogy adjon, kivéve a nagyfokú tüdőlégdag esetét. Ezen erejü kopogtatással legczélszerübb a gerinczoszlopot végig kopogtatni s eltéréseket csak ott tenni, a hol ezt különnemü esetek, a milyeneket fel fogok hozni, szükségessé teszik. Talán túlcsigázottnak fog tetszeni, de biztosan állíthatom, hogy kellő gyakorlottság mellett a kopogtató ujjal még ellenállási különbségeket is meg lehet érezni, a melyek rendszerint az éles és tompa kopogtatási hangrezgésü helyeknek felelnek meg.

A diagnostikai czélokra végbevitt vizsgálatok megejtésénél jelentőségre emelkedik azon további körülmény, hogy másként alakulnak a gerinczoszlop kopogtatási hangjai, ha az egészséges ember fekvő helyzetben vizsgáltatik, mint függőleges helyzetben. Ennek kimaradása kóros jelentőségü lehet, ugyancsak jelentőséggel birnak több esetben ezen megváltozások némely betegségeknél.

A mellkasi gerinczoszlop vizsgálatánál ed dig csak egy esetben találtam értékesnek a test különböző helyzetében való összehasonlító vizsgálatot. Ez egy mellkasi aorta-aneurysma esete volt, melyben a függélyes helyzetben található gerincztompulat térdkönyökhelyzetben eltünt. *Sokkal nagyobb értéket kell tulajdonítanom eddig gyüjtött tapasztalataim alapján a test különböző helyzetében végzett összehasonlító kopogtatásnak a hasi és medenczeüri szervek vizsgálatánál.* Legkifejezettebb a változás térdkönyökhelyzetben, a melynél törekedni kell a vizsgálandónak úgy helyezkedni, hogy a gerinczoszlop egész hosszában vízszintesen, a mellkas és has szabadon feküdjék, a mi elérhető, ha ágyon vagy pamlagon letérdel s azután elég magas párnára támasztott behajtott alkarjaira és könyökeire bocsátkozik. Ezen helyzetben különösen a dobos kopogtatási hangok válnak élesebbé s a szomszédos tompulatoktól élesebben elhatárolhatókká, többnyire azonban azon tompulat, a melyet a máj és lép helyzetének megfelelőleg a 11—12. mellgerincz és felső ágyékgerincz tövisnyújtványa függélyes helyzetben ad, szükebb határok közé is vonul. Ez a változás a lép és különösen a májnak a gerinczoszloptól való eltávozásán látszik alapulni, és különösen laza hasfalú nőknél, a kiknél zsigersülyedésnek semmi más jele még nem mutatkozott, többször találtam, hogy térdkönyökhelyzetben a májtompulat hátsó határa a gerinczoszloptól 4—5, sőt néha ennél több centimeternyire távozott. Azon viszonyokra, melyek a hasi gerinczoszlop kopogtatási hangjai körében hasi megbetegedések hatása alatt létrejönnek, az egyes kóresetek bemutatásánál fogok áttérni.

Meg levén állapítva, hogy az egészséges ember gerinczoszlopa különböző osztályainak kopogtatási hangjai természettani összefüggésben állanak a gerinczoszlop előtt elhelyezett szervek physikai állapotával, azon kérdéshez értem, hogy léteznek-e ezen szervekben kóros változások, a melyek ezen éptani typikus kopogtatási hangokat megváltoztatják és ha igen: olyanok-e ezen változások, hogy jelenlétökből a kóros változásokra visszakövetkeztetni lehetne?

Ezen kérdéseknek inductiv módon való megoldása azt követelné, hogy vagy oly hullákon, a melyeken a kérdéses csoportokba tartozó kóros állapotok kórboncztanilag meg lettek állapítva, a gerinczoszlop kopogtatási hangjai megvizsgáltassanak, vagy pedig hogy a gerinczoszlophangok klinikailag vizsgált kórállapotoknál összefüggő folytonossággal észleltessenek és azután kórboncztani vagy műtéti feltárás útján kiderített kórboncztani állapotokkal physikai valamint statistikai módszerek szerint szembe állíttassanak. Az első módozat csak nagy anyaggal rendelkező kórboncztani intézetekben, a második nagy kórházak különböző osztályainak beteganyagán lett volna kivihető, részemről pedig, egyetemi klinikáink mostoha viszonyainál fogva ezek egyike felett sem rendelkezem; s így csak a klinikai casuistika rendszertelen, de gazdag változatú esetei szolgáltattak alkalmat ezen kérdések tanulmányozására. Ezen esetek felhasználásánál azon utat tartottam leghelyesebbnek, hogy olyan betegeknél kerestem első sorban a tájékozást, a kiknek betegsége az ismert symptomatologia alapján meghatározható, s ezen meghatározás után kutattam, vajjon találtatnak-e az így meghatározott esetekben olyan változások a gerincz-

oszlop kopogtatási hangjaiban, a melyek a betegséggel összefüggésbe hozhatók?

Ezen casuistikus anyagból választottam össze azon eseteket, melyeket szerencsém lesz a tisztelt egyesületnek bemutatni. Az esetek különböző csoportokat képeznek, egyesek tényleg hullabonczolat vagy műtét folytán boncztani elbirálás alá jutottak volt, ezek között idézek olyanokat is, a melyeket már régebben közöltem volt. Más csoportokban különböző szerveknek klinikai vizsgálatok által megállapított különböző megbetegedéseit sorolandom fel. De ezen vegyes anyag — úgy hiszem — elég betekintést fog nyujtani azon kérdésbe, a melyet a tisztelt Egyesület elé terjeszteni szándékozom: hogy t. i. *van-e jogosult helye a gerinczoszlop percutorius vizsgálatának a symptomatologiában és különösen a diagnostika területén?*

Legelőbb is idézem azon esetet, a melyet 1904 ben egy klinikai előadásomban fejtegettem azon nekem emlékezetes alkalommal, hogy Egyesületünk tisztelt elnöke, Bókay Árpád tanár és volt tanulótársainak egy csoportja, a kik azelőtt 25 évvel beirt klinikai hallgatóim voltak, tantermemet ennek emlékére jelenlétükkel megtisztelték. Az eset egy nőbetegre vonatkozott, a ki tüdővész miatt feküdt a klinikán. A typikus mellkasi jeleken kivül változásokat a test felületén találni nem lehetett, de eltérőnek találtam a rendestől a gerinczoszlop kopogtatási hangját, a mennyiben a 7. nyaktövis tompa kopogtatási hangja aláfelé elterjedt a 8. mellgerincztövisig, a tövisek mellett mindkét oldalon léghangot kaptunk, a miből a hátsó gátor daganatára és a tüdők megbetegedésének számbavételével a hörgmirigyek gümős daganatára tettem a kórismét. A beteg néhány héttel később meghalt, és a bonczolat, terjedelmes hörgmirigydaganatokat derítve ki, a kórismét igazolta.

Hogy a kórismének ezen igazoltatása serkentőleg hatott e téreni vizsgálataimra, az megfogható. Épen az utolsó években nagyobb nyomatékkal lett hangoztatva mint azelőtt a nyirokmirigyeknek mint a gümőkóros fertőzés első pályájának szerepe. A tüdőgümőkóros betegek azon nagy tömegében, a melyet évek óta vizsgálni és észlelni alkalmam van, ismételve találkoztam olyan csúcsmegbetegedésekkel, a melyeknél az állalatti vagy nyaki nyirokmirigyek tapintható daganata mellett és többször e nélkül is megtaláltam ezen gerincztüneményt, és a melyeknél folytatott megfigyelés alatt ezen tünetnek tapasztalt maradandósága, máskor pedig a tüdőbetegség előhaladásával párhuzamos növekedése vagy épen a kórbonczlelet az ezen tünetből vont következtetést igazolta.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti fiókosztályáról.

A collodium-kötésről.[1]

Közli: *Hültl Hümér* dr., egyetemi magántanár.

Mielőtt a szent István-kórház fentnevezett sebészeti osztályának vezetésével biztak meg, a budapesti általános poliklinikai egyesület sebészeti osztályán működtem. A kizárólag közadakozáson alapuló jótékony intézet nem győzte az évi 1000—1100 nagy műtét költségeit, azért az intézet igazgatósága szigorú utasitást adott, hogy a sebészeti anyagszerrel és kötőszerrel egyrészt a lehetőségig takarékoskodjunk, másrészt eszeljünk ki olyan eljárásokat, melyek mellett a működés lényegesen kevesebbe kerülne. A költségek áttekintésénél különösen két tétel tünt fel igen magasnak. Mellékesen meg kell jegyeznem, hogy a ma már (vagy még) nélkülözhetetlennek látszó absolut alkoholt az egyesület egészen ingyen, adómentes állapotban ajándékba kapja tetszésszerinti mennyiségben egy nagy fővárosi szeszfőzőtől. A két főtétel az aether sulfuricus és a mull, hydrophil gaze volt. Az aether sulfuricus helyettesítése egyszerre sikerült petroleumbenzin által. Eleinte megesett ugyan, hogy a drogeriából petroleumaethert vagy benzinum litanthracinumot, azaz kátránybenzint küldöttek; mindkét drog kellemetlen szaga miatt hasznavehetetlen. Később azonban a tiszta szagtalan petroleumbenzin kerülvén kizárólag használatra, minden tekintetben megfelelt. A zsírt kitünően oldja, az elkent ragtapasz-anyagokat jól eltávolítja, használata pedig lényegesen olcsóbb, mint az aether sulfuricusé; egyedüli hátránya, hogy nem szabad a betegen olyan helyekre odacsorognia, honnan rögtön el nem párologhat, mint pl. a czombok közé, hónaljba, emlő alá, hanyatt fekvő betegnél a hátra, mert vörös, excoriatioig emelkedő hyperaemiát okoz az illető bőrterületen.

Az elhasznált gaze mennyiségét megszorítani már csak hosszasabb kisérletezéssel sikerült, de szerény véleményem szerint ezen kérdést úgy a kórházi, mint az alább felemlített magánbetegekre vonatkozólag is sikerült megoldanom oly módon, hogy az eljárásból igen nagy előnyök származtak úgy a betegre, mint az operateurre, valamint az intézetet fenntartó, egyedül a gazdaságos szempontot figyelembe vevő hatóságra nézve is.

Közel feküdt a gondolat, lehetőleg a kötözéseknél takarékoskodni. Azonban bizonyos tömegű gaze- és vattamennyiség alá menni a kötéseknél lehetetlen, mert akkor a kötés nem felelhet meg azon feladatának, hogy az aseptikus körülmények között ejtett sebet megóvja nem desinficiált tárgyak érintésétől a sebgyógyulás alatt. A prima intentiora szánt, azaz teljesen bevarrt sebeknél ugyanis más feladata a kötésnek nincs, ha az operativ technikában némi olyan változtatást teszünk, hogy a kötés által kifejtett nyomás feleslegessé válik.

Kisérleteinket tehát 1901. január havában azzal a két czélzattal kezdettük meg, hogy 1. kiküszöböljük a kötések nyomását, melyet mindaddig a sebrétegek összetapadására okvetlen szükségesnek hittünk, 2. hogy a sebet olyan valami víz- és léghatlan anyaggal fedjük be, mely további fertőzését a seblefolyás alatt lehetetlenné teszi.

Előbb a második pontra vonatkozó észleleteinket sorolom fel. Mindenekelőtt azt láttuk, hogy a sebek valamely oldott állapotban levő, hamar kiszáradó anyaggal bevonva szebben gyógyulnak, mintha bármely módon odaerősített, de mégis ide-oda csúszó, nedvszivó, a levegőnek átjárható kötőszerrel fedjük be. Ha a bőregyesítés pontos, akkor a sebszélek összefekvése által a seb mélyéből egyetlen egy csepp vér vagy savó sem tud kiürülni, ennek folytán a primára szánt sebeknél a kötésnek nem kell nedvszivónak lenni. Azon pár csepp vér, mely a varrás szúrcsatornáiból ürül ki, meglepetésünkre láttuk, sohasem bomlik szét, hanem besürüsödik vagy egészen beszárad, olyan lesz, mint a száraz asphaltlakk és a seb gyógyulását egyáltalán nem hátráltatja. De észleltük azt is, hogy igazán szép gyógyulást impermeabilis betapasztás mellett csakis akkor lehet elérni, ha a sebszélek a legpontosabban vannak egyesítve. A legkisebb befordulás kellemetlenül megboszulja magát.

Eleinte a teljesen bevarrt sebet egészen közönségesen beecseteltük jodoformos collodiummal. Ez a legrosszabb módszernek bizonyult. A jodoform a bört izgatta, a beecsetelés szélén a bőr lobos lett. De tulajdonképen a jodoformnak nem is volt semmiféle értelme, mert a mint *Paul* és *Krönig* vizsgálataiból tudjuk, az antisepticum gyanánt szereplő vegyszer egyedül akkor hathat, ha vízben van feloldva. Egyedül ekkor vannak t. i. molekulái olyan dissociált állapotban, mely az associatiót az oldott vegyszer ionjai és az elpusztítandó bakteriumok fehérjéje között lehetővé teszi.

Nem felelt meg a sebnek közönséges collodium simplex vagy még kevésbé collodium flexilével való bekenése sem. A collodium simplex jól tapadó, egyenletes, nem repedő, hamar száradó réteget ad, de a varratokkal annyira összetapad, hogy eltávolításuk igen nehézkessé válik. A collodium flexile teljesen hasznavehetetlen készítmény. A gyógyszerészektől a collodium simplexhez adott pár csepp ricinusolaj egyáltalán nem teszi a collodiumhártyát rugalmasabbá, hajlékonyabbá, jobban tapadóvá, mint azt a gyógyszerészek állítják, hanem elrontja a collodium összes előnyeit. A felkent collodium flexile t. i. sokkal lassabban szárad be, mint a collodium simplex, a keletkezett hártya sokáig koesonyás fehéres marad, s ha vigyázatlanul hozzáérünk a kötéshez, a collodium egészen leválik.

A collodium simplex alkalmazását három módon kiséreltük meg:

[1] Előadta a sebészeti szakosztály 1906. január 25.-én tartott tudományos ülésén.

1. Apró vattarészecskéket átitattunk collodiummal és ezeket ragasztottuk a sebre. Az eljárás nem bizonyult czélravezetőnek.

2. A sebvonalat keskeny thermodesinficiált staniollemezzel védelmeztük a collodiummal szemben és a lemez fölé egy collodium simplexbe mártott, túlérő csíkot helyeztünk. A módszer nem rossz, de feleslegesen komplikálja az eljárást.

3. A bevarrt és megtörült sebre egyszerűen végig ragasztunk egy collodium simplexbe itatott gazecsíkot, melyet 5—8 nap mulva veszünk le a varratok eltávolítása czéljából és pótolunk egy másikkal, mely a teljes gyógyulásig a seben marad. Ez az utóbbi módszer, a mint arról a t. szakosztály azonnal megyőződhetik az 50 ágyon levő beteganyagon, fényesen bevált. Szembeötlőbb előnyei ezek:

a) képzelhető legnagyobb egyszerűség;

b) valamennyi eddig ismert kötözési módnál olcsóbb;

c) kifogástalanul zár a kötés s így a sebnek műtét után való szennyeződését vagy fertőzését biztosan elkerüljük;

d) a seb — hacsak a műtét alatt nem fertőztetett — ideálisan, reactio nélkül gyógyul. A varratok körül nincsen semmi pirosság, a seb szélei nem duzzadtak, az első kötéseltávolításnál a seb, az egyesüléstől eltekintve, úgy néz ki, mintha előtte való nap varrtuk volna. A kötés eltávolítása nem fájdalmas. A varratok egészen szárazak, könnyen megláthatók és kihúzhatók.

e) a sebgyógyulást kétségtelenül károsan befolyásoló nyomás (mely a szövetek nedvkeringését akadályozza) teljesen el van kerülve;

f) a betegek sokkal jobban érzik magukat, mert a legügyesebb kéztől feltett kötés is mindig alkalmatlan bizonyos helyeken, pl. a vállon, a hónaljban, czombok között stb. mindig bevágnak a pólyamenetek;

g) a betegeket hasonlíthatatlanul könnyebb tisztán tartani, fekvő betegeket könnyebb ágytálra ültetni. De ezen kötözési mód mellett sokkal hamarább felelhetünk meg azon mindenütt czélbavett követelménynek is, hogy a sebészi beteget lehetőleg hamar engedjük felkelni;

h) végül, a mi szintén igen fontos, a seb állandóan szemünk előtt marad, nincs oly nagy vattarétegtől fedve, szabadon észlelhetjük a sebnek és környékének pirosságát, hőmérsékét, fájdalmasságát. Netaláni utórvérzéstől származó vérömlenyeket azonnal felfedezhetünk.

Már bemutatásomnak elején említettem, hogy a mull-vattakötésnek egyik czélja az is, hogy a sebrétegeket nyomása által összetapaszsza, illetve, hogy nyomása által meggátolja azt, hogy üregek maradjanak vissza, melyekben az utószivárgástól származó vér felszaporodik. Ilyen nyomást természetesen a collodium-kötések nem fejtenek ki. Ezért a sebegyesítésnél mindig gondot kell arra fordítanunk, hogy a sebet részint sülyesztett, részint az egyesítést eszközlő varratokkal úgy varrjuk, hogy üregek ne maradjanak vissza. Utóbbi technikai fogást legjobban talán két példán tudom megmagyarázni. *a)* Laparotomia-seb à froid appendicitis-operatio után. Dohányzacskóvarrat a peritoneumon. Csomós varrat az átvágott fascia tranversa, musculus transversus és obliquus internus egyesítésére. Minden öltés a középvonalban felölti a peritoneum már egyesített szélét is. Szűcsvarrat az átvágott obliquus externus bőnyéjének egyesítésére. Mély, csomós silk-varratok, melyek a bőrt, a bőralatti zsírszövetet, a fascia superficialis abdominist és a musculus obliquus externus varratát felölelik (a tűt tehát úgy vezetjük, hogy szemünktől rejtve, a szövetek között halad). Ezen utóbbi varratot, mely a bőrnek letapadását van hivatva előidézni, hívjuk házi nomenclaturánkban *steppnaht*-nak. Legfinomabb selyem *correctiós* szűcsvarrat, mely a bőrsebszélek pontos egyesítését eszközli. *b)* Bármely kiirtott daganat után támadt seb egyesítésénél lehetőleg a boncztani viszonyoknak megfelelő egyesítés. Minden felszinesebb réteg öltése kissé felöleli az alatta lévő réteg öltéseit is.

Természetesen vannak olyan sebek, melyeknél ezen *letüzést* (absteppen) teljesen keresztülvinni nem lehet. A collodium-kötés még ilyeneknél is felette előnyös, mert pl. a *Halstead* szerint kiirtott emlőrák sebét collodiumcsíkkal légmentesen beragasztva, föléje sokkal kisebb kötés szükséges, nem pólyázzuk be a betegnek a nyakát és hasát, mert ha belehull is a kötés meg a beteg bőre közé valami piszok, az nem kerülhet a sebbe, és ha belenyúl is az értelmetlen beteg a kötés alá, nem juthat a sebhez. Mikor a *Bassini* szerint operáltakat „spica duplex inguinalis“-szal kötöztük, az 5. napon levett kötés alatt igen sokszor még zsemlemorzsákat is találtunk.

Miután a collodiumkötéseket közel 2000 kórházi és 150 magánbetegnél alkalmaztam, reájöttem még olyan használhatóságukra, a melyet eddig nem soroltam fel. Ezt néhány példában alábbiakban leszek bátor felemliteni.

a) Bélsársipoly esete. A megfelelő béldarab resectioját tervezzük. A sipolyból állandóan evvel kevert bélsár ürül. A tulajdonképeni műtét előtt a sipolynyilást körülvágjuk, a keletkezett seb belső széleit befelé fordítva egyesítjük, a külsőket ezen varrat felett húzzuk össze néhány öltéssel. Collodiumkötés, ezután következik a hasfal tulajdonképeni t sztogatása és a laparotomia, mely teljesen primán sikerül.

b) A jobb lágyékhajlatban diagnostizálhatlan eredetü tályog. Czélszerünek látszik a szabad hasüreg megnyitásával tájékozódni a tályog alakjáról, kiindulásáról. A középvonalban laparotomia, a tényállás megállapitása után egyesités, collodiumkötés. Most következik a jobb lágyékhajlatban a tályog megnyitása. A szétömlő geny laparotomiasebünket nem fertőzheti, mert a collodium jobban izolál, mint bármely más szövet.

c) Cholecystostomia, choledochotomiával kapcsolatban. A *Kehr*-féle hullámvonalos metszést mindenütt collodiumcsíkokkal beragasztjuk, csak két nyilás marad szabadon. Egyik a jodoformgazecsik számára, melyet elvből minden a májkapu körül végzett műtétnél a varratig levezetünk, a másik az epehólyag tetejébe bevarrt drain-cső számára. Ily módon valami különös nagy kötés már most az alagcsövek körül nem szükséges. Elégséges kevés gaze, melyet ragtapaszcsíkokkal erősítünk meg.

A collodiumkötések titka a műtéthez való előkészületben van, valamint azon körülményben, hogy a műtét menete alatt sikerült-e a fertőzést elkerülnünk. Körülbelül és nagyjában igaznak tartom elsődleges egyesülésre szánt sebeknél azt, hogy *a betegnek sorsa az utolsó öltéssel el van döntve.* A kötés, ha feladatának oly értelemben megfelel, hogy a lefolyás alatt távol tudja tartani a fertőzést, akármilyen lehet. Permeabilis vagy nem permeabilis, mindegy! De tapasztalataim a fennebb felsorolt okok alapján a collodium mellett szólanak.

Közlemény a budapesti k. m. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár, udvari tanácsos)

Klinikai tapasztalatok az újabb helybeli érzéstelenítő szerekkel.

Irta: *Borszéky Károly* dr., első tanársegéd.

(Folytatás.)

II. Alypin.

Az alypint *Impens* és *Hofmann* állította először elő. Glycerinszármazék; fehér, vízben igen könnyen oldódó por; 169° C-nál olvad. A vizes oldat közömbös vegyhatású és felforralható a nélkül, hogy az alypin bomlást szenvedne; a forralás alatt keletkező zavarodás onnan származik, hogy az alypin forró vízben kevésbé jól oldódik, mint hidegben. A 2%-os oldatok tartósak, de a hígabbak hosszasabb állásnál penészesek lesznek.

Impens állatkisérletei azt mutatták, hogy az alkalmazás helyén a szövetekre semmi káros hatása nincs; a cocainnal ellentétben nem okoz ischaemiát, hanem értágulatot. A vér alypinbehatásra semmi elváltozást nem mutat. Kevésbé mérgező mint a cocain; halálos adagja kutyáknál és macskáknál majdnem még egyszer oly nagy, mint a cocainé. Halálos adagok befecskendezése után általános görcsök között pusztul el az állat; a szív és a légzés nem bénul. *Impens* halálos adagokat fecskendezett be és az állatok életben maradtak, ha a görcsös állapotot hypnoticumokkal legyőzte. A szembe cseppentve nem okoz pupillatágulást, nem növeli a szembeli nyomást. Érzéstelenítő hatása erősebb, mint a cocainé, mert már oly töménységben is hat, a melyben a cocain még hatástalan. Az alypin kiválasztása a szervezetből a vesék útján történik; még kis adagok alkalmazása után is már rövid idő mulva kimutatható a vizeletben a jodkaliumreactio segítségével.

Az első, ki az alypint emberen pontos megfigyelésekkel kipróbálta, *Stotzer* volt. Saját magának és megbizható egyéneknek különböző (1—5%) töménységű oldatokat fecskendezett be; az érzéstelenség pontosan beállott és átlag 15 perczig tartott. Maga a befecskendezés nem volt fájdalmas, nehányszor kisebb fokú égés volt jelen, de ez rövid idő mulva ismét megszünt. A különböző mütéteknél az eredmény szintén kielégitő volt; az alkalmazott legnagyobb adag 15 cgm. volt. A befecskendezés helye körül sem gyuladást, sem elhalást nem észlelt; hiányoztak a mérgezési tünetek is. Lumbális befecskendezéshez is használta egy izben.

Braun különböző erősségü alypinoldatokat fecskendezett be kisérletképen a bőrbe. Az érzéstelenitő hatás kivált az erősebb oldatoknál igen jó volt, az érzéstelenség 20—37 perczig tartott; azonban maga a befecskendezés fájdalmas volt. Az alkalmazás helyén az 5%-os oldat kifejezett gyuladásos tüneteket okozott, a melyek endermatikus befecskendésnél egész az elhalásig fokozódtak. Ezen kisérletei alapján *Braun* az alypint nem tartja a közönséges befecskendés czéljaira alkalmasnak, hanem inkább lumbálbefecskendezésekhez ajánlja.

Peckert saját magán sorozatos kisérleteket végzett különböző erősségü alypin-oldatokkal, összehasonlitva azokat a cocain hatásával; tapasztalatai megegyeznek a *Braun* éival az érzéstelenitő hatást illetőleg. Azonban szerinte a befecskendezés maga nem fájdalmas és semmiféle gyuladásos tüneteket vagy épen elhalást nem észlelt. A saját magán végzett kisérleteken kivül több mint 260 foghúzást is végzett 1—2%-os alypin-oldattal; kezdetben csak vizes oldattal, később adrenalin hozzáadásával. Klinikai tapasztalatai szerint még a 2%-os oldat is csak adrenalin együttes alkalmazása után hat teljes biztossággal. Utóvérzéseket, utófájdalmakat vagy más kellemetlen mellékhatást nem észlelt; csak egy esetben ájult el a beteg 4 perczczel a befecskendezés után.

Joseph és *Kraus* 18 mütétnél és fájdalmas becsepegtetések vagy húgycsőtágitások előtt alkalmazta az alypint. Az elért érzéstelenség különböző volt: a húgycsőbe történt befecskendezés után (2% oldatot alkalmazva) az eredmény teljesen jó volt; a mütétek közül (phimotomia stb.) 13 esetben hasonlóképen jó volt az eredmény, 5-ben nem tudtak érzéstelenséget elérni. *Lueke* tapasztalatai szerint az alypin hólyagtükrözések előtt kiváló szolgálatot tesz, mert kevésbé mérgező voltánál fogva nagyobb mennyiség fecskendezhető be a hólyagba minden káros mellékhatás nélkül. *Seifert* valamint *Finder* endolaryngealis és endonasalis mütéteknél alkalmazták igen jó eredménynyel; 10%-os oldatokra az érzéstelenség mindig beállott; káros melléktüneteket nem észleltek.

Legkiterjedtebb alkalmazást úgy látszik a szemészetben nyert az alypin. *Sicherer, Ohm, Steindorf, Fischer* közleményei szerint az alypin itt hivatva van a cocaint teljesen kiszoritani.

Klinikánkon összesen *72 mütétnél alkalmaztuk az alypint*; mindenütt 1%-os steril vizes oldatot használtunk; a befecskendezett mennyiség 3—6 cgm. között változott. Egyetlen egyszer adtunk 7 cgm.-ot. Bár a különböző szerzők az alypint mellékvesekivonattal keverve alkalmazták és igy hatásosabbnak tartják, mi mégis tisztán adtuk. Erre a mellékvesekivonatok befecskendésével tett tapasztalataink indítottak. T. i. a mellékvese-készítményeket ajánlásuk legelső idejétől kezdve alkalmaztuk a cocainnal együtt, azért, hogy ennek a hatását fokozzuk. Több hónapon át nagyszámú mütétnél alkalmaztuk; de nehány esetben rendkivül kellemetlen és a gyógyulást zavaró utóvérzést kaptunk, sőt helybeli káros hatást is észleltünk. A többek között csak három transplantatiót említek, a hol a beültetendő területet adrenalinos illetve tonogenes cocainnal fecskendeztük körül. Az órák mulva beállott utóvérzés mind leemelte a lebenyeket, úgy hogy a mütétet meg kellett ismételni. Egy háti lipoma kiirtásánál, daczára a pontos vérzéscsillapitásnak és nyomókötésnek, egy nagy vérömleny keletkezett. Hogy elmeszesedett veröerekkel biró vagy diabeteses egyéneknél a mellékvesekivonatok befecskendése könnyen üszkösödéshez vezet, az közismert dolog; de ilyen üszkösödést észleltünk egy különben egészséges egyénnél is, a kin spina ventosa miatt az ujj kiizesitését végeztük. Még több ehhez hasonló esetet tudnánk felhozni, a melyek arra indítottak, hogy a mellékvesekivonatok befecskendését abbahagyjuk. Más okát a sebgyógyulás említett zavarainak nem tudnók adni; a vérzéscsillapitásra gondot fordítottunk, az előirt mennyiségnél inkább kevesebbet mint többet adtunk és a készítmény frisseségében vagy jóságában sem volt semmi okunk kételkedni; kezdetben az eredeti adrenalint és suprarenint, később a Richter-féle tonogent használtuk. Ilyen irányú tapasztalatainkat *Schiff* közleménye is igazolja, a ki szintén utóvérzéseket említ adrenalin alkalmazása után.

Ez az oka, hogy az alypint is csak tisztán alkalmaztuk. Eseteink egyikében sem észleltünk semmiféle mérgezésre valló tünetet; maga a befecskendezés alig néhány esetben volt fájdalmas. Az érzéstelenség a befecskendés után csak 4—6 percz mulva vált észlelhetővé, de hosszabb ideig tartott, mint akár a cocainé, akár a stovainé. Tulajdonképeni ártalmas helybeli hatást, üszkösödést vagy más a gyógyulást zavaró körülményt nem tapasztaltunk. Annyit azonban mi is kétségtelenül észrevettünk, hogy a befecskendezett terület vérbővebb mint a cocain vagy stovain után. Különösen a sérvmütéteknél tapasztaltuk ezt; feltünően szokatlanul sok csipőt kellett alkalmaznunk a bőrmetszés után, hogy a vérzést csillapithassuk. Utóvérzést azonban nem észleltünk.

Épen úgy, mint a stovaint, az alypint is a legkülönbözőbb mütéteknél alkalmaztuk. A végzett mütétek a következők voltak:

Gyökeres sérvmütét Bassini szerint	31
Különböző daganatkiirtások	15
Kiizesités, idegen test ujjban	4
Panaritium, benőtt köröm	6
Foghúzás	5
Tályognyitás	4
Aranyeres csomók égetése	2
Lupus-kikanalazás	2
Hydrokele	2
Castratio	1

Ezen mütétek végzésénél az alypinbefecskendezéssel elért érzéstelenség a következő volt:

Teljesen *hatástalan volt a befecskendezés két esetben*: egy periostitises fog kihúzásánál és egy atheromából kiinduló carcinoma kiirtásánál a fejen. Az előbbi esetben 3, az utóbbiban 5 cgm.-ot fecskendeztünk be.

Ki nem elégitő volt az eredmény 18 esetben és pedig:

Sérvmütét	8
Daganatkiirtás	2
Panaritium	3
Foghúzás	2
Tályognyitás	3

A ki nem elégitő érzéstelenséget úgy értjük, hogy vagy a mütét vége felé jelzett a beteg fájdalmat, vagy pedig a mütét egyes szakaszaiban voltak fájdalmai (pl. a bőrmetszés érzéstelen, a sérvtömlő, vagy a daganat kifejtése fájdalmas).

A többi *52 esetben az érzéstelenség vagy teljes, vagy legalább is kielégitő volt.* Az alypinnél még jobban szembetünik az, a mit már a stovainnál is említettünk, hogy a rossz eredmények nagy része a gyuladásos területen végzett mütéteknél van; úgy látszik, hogy az alypin értágulást okozó hatásának ebben jelentékeny szerepe van.

Tapasztalataink alapján tehát beigazoltnak vehetjük más szerzőknek az alypinre vonatkozó azon állitását, hogy az nem mérgező és biztosan sterilizálható.

Tapasztalataink a mellett szólnak, hogy helybelileg ártalmatlan ugyan az alypin (1%-os oldatban alkalmazva mellékvesekivonat nélkül), de határozott vérbőséget okoz. *Érzéstelenitő hatás tekintetében a stovainnál erősebbnek, a cocainnal körülbelül egyenlőnek találtuk.*

Helybeli vérbőséget okozó tulajdonsága, valamint a *Braun* által leirt üszkösödések nem teszik ajánlatossá, hogy nagyobb töménységü oldatokat alkalmazzunk, mint 1—2% köztit, vagy hogy 6—7 cgm.-nál többet fecskendezzünk be, habár a mérgezés veszélye nem fenyeget.

III. Novocain.

Ezen legújabb, bonyolult összetételü szert *Einhorn* és *Uhlfelder* állitották elöször elő. Színtelen, 156°-nál olvadó tüalakú jegeczek, melyek egyenlő mennyiségü vizben oldódnak; az oldat közömbös vegyhatású és felforralható a nélkül, hogy változást

szenvedne. Alkaliák a novocainnak még híg oldataiban is zavarodást idéznek elő.

Biberfeld vizsgálatai szerint a novocain tömény oldatai, sőt még a novocainjegeczek sem okoznak helybelileg semmi lobos tünetet; friss sebekre, a porczhártyára hintve a legcsekélyebb lobos reactio sem mutatkozik. A felszívódás után észlelt általános tünetek igen enyhék; közepes adagok a vérkeringést és a légzést nem befolyásolják. 0·15—0·20 gm. novocain bőr alá fecskendezése után nyulaknál a légzés és vérkeringés kymographikus görbéje majdnem semmi változást sem mutatott. Intravenosus befecskendezésnél a vérnyomás rövid időre csökken, a légzés ritkábbá és felületesebbé válik, a szívösszehúzódások azonban nem gyöngülnek, a mi az érmozgató központra gyakorolt hatás eredménye. A novocain halálos adagja patkányoknál, békáknál, nyulaknál és kutyáknál a cocainénál ötször, a stovainénál kétszer nagyobb. *Hainecke* és *Läwen* állatkisérletei szerint a stovain, a cocain 6—7-szer oly mérgező, mint a novocain. Az érzéstelenítő hatást illetőleg az állatkisérletek azt mutatták, hogy 0·25%-os oldat elegendő, hogy 10 percz mulva a kikészített idegtörzs érzéstelenné váljon.

Emberen *Braun* próbálta ki először a novocaint és eredményei minden tekintetben kielégitők voltak. 0·1, 0·5, 1·0, 5·0, és 10% oldatokat alkalmazott; szerinte a hatás kielégitő, csakhogy nem oly tartós mint a cocainé; hasonló a tropococain hatásához. Helybelileg semmi izgalmi tünetet nem észlelt, semmiféle kóros elváltozást a befecskendezés helyén nem talált; a csekély vérbőség és a szöveteknek lobosnak alig mondható izgalmi állapota nem erősebb, mint bármely tömény hyperosmotikus sóoldat befecskendezése után. Ebből következtetve azt mondja *Braun*, hogy a novocain magában véve nem jobb szer, mint a tropococain, mert csak igen tömény oldatok alkalmazása után lehet egyenértékünek mondani a cocainnal, a mi pedig esetleg mérgezési tüneteket okozhat. Szerinte a hatást fokozhatjuk és tartósabbá tehetjük oly módon, hogy felszívódását lehetőleg késleltetjük. Ezt mellékvese kivonat egyidejű alkalmazásával lehet a legbiztosabban elérni.

Braun 150 esetben alkalmazta a novocaint; ezek között voltak gastrostomiák, enterostomiák, laparotomiák gümős peritonitis miatt, castratiók, daganatkiirtások stb. Az alkalmazott legnagyobb adag 0·25 gm. volt a nélkül, hogy egyetlen egyszer mutatkoztak volna mérgezési tünetek. A novocainnak nem vizes oldatait használta, hanem physiologikus konyhasós oldatait. *Braun* tapasztalataival megegyeznek a többi vizsgálók tapasztalatai is.

Schmidt 70 esetről számol be; aránylag kis adagokat alkalmaz suprareninnel és a hatással nagyon meg van elégedve. Kiemeli a csekély mérgező tulajdonságot és a teljes helybeli ártalmatlanságot. Szerinte az érzéstelenítő hatás gyorsabban áll be, mint a cocainnál és az érzéstelenség kiterjedése is nagyobb volna. Az utófájdalmak sem hevesebbek, mint a cocainnál. *Schmidt* a novocaint még fájdalmas kötésváltoztatások előtt és más fájdalmas befecskendezések előtt (jodoformemulsio, natr. arsenic.) is ajánlja Kötésváltoztatások előtt a sebrésbe betapadt illetve beszáradt kötőanyagokat 0·5%-os novocain-oldattal nedvesiti meg és igy fájdalom nélkül lesz eszközölhető a kötésváltoztatás. Mi ebben az eljárásban az anaestheticumok túlhajtott és felesleges alkalmazását látjuk; ugyanoly hatást lehet elérni, ha a novocain-oldat helyett akármilyen más folyadékkal itatjuk át a beszáradt kötőanyagot.

Danielsen 60 esetben alkalmazta a novocaint és pedig részint Schleich-féle infiltratio, részint Oberst-féle leszorítás, részint bőr alá befecskendezés alakjában. 1 és 2% os oldatot alkalmazott suprareninnel keverve. Novocainnal végzett műtétei legnagyobbrészt kisebb beavatkozások; de van köztük két strumectomia, két meloplastica, két sequestrotomia is. A nyelven, a szájnyálkahártyán végzett műtéteknél, gégetükrözés előtt a 10% oldattal való ecsetelést ajánlja. Az érzéstelenség 57 esetben jó volt, 3 esetben nem volt kielégitő. Sem mérgezési tüneteket, sem helybeli káros befolyást nem észlelt. Az ujjakon végzett műtéteknél kezdetben az Oberst-féle eljárást alkalmazta; de hogy még a leszorító cső által okozott fájdalmat is elkerülje, utóbb csak egyszerü befecskendezést alkalmazott teljesen jó eredménynyel.

Sachse 130 foghúzást végzett novocainnal; az elért eredmény jó volt. Semmiféle mérgező hatást nem észlelt; a befecskendezés után 27 esetben az érverés számának szaporodása volt ugyan észlelhető, de erősebb szívdobogás nem mutatkozott. *Braun*-nal ellentétben a befecskendezett területet kevésbé találta anaemiásnak, mint cocainbefecskendezés után; a seb is erősebben vérzett. Utófájdalmakat vagy a sebszélek elhalását nem észlelte.

Schmidt a novocaint 70 esetben alkalmazta és az eredménynyel meg van elégedve. Sem helybeli káros hatást, sem mérgezési tüneteket nem látott; az utófájdalmak is kisebbek, mint a cocainnál.

A lumbális anaesthesia hívei legújabban a stovain helyett a novocaint kezdik alkalmazni. Igy *Hermes* 162 ily esetről számol be és a novocaint a stovainnál jobbnak tartja, mert a kellemetlen mellékhatások enyhébbek. *Krecke* 10 esetben alkalmazta.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

A stájer tüdővészes népsanatorium.

Folyó évi május hó 28.-án nyilt meg nagy ünnepiességgel Ausztria második jótékonysági alapon álló tüdővész-sanatoriuma, a „Verein zur Bekämpfung der Tuberculose in Steiermark“ alkotása: a *hörgasi* intézet Gratwein mellett Grácz közelében.

Egy évvel előztek meg tehát csupán osztrák szomszédaink bennünket, a mennyiben 1907 májusában a második magyar népsanatorium is meg fogja nyitni kapuit a szenvedőknek: a „József-főherczeg-sanatorium“ Békés-Gyulán akkorra szintén meg fogja kezdeni müködését.

A stájer intézet 104 férfibetegre épült. A gyulai sanatorium 100 ágygyal fog rendelkezni, 50 férfi- és 50 nőbeteg számára.

Grácz ból egy jó órai kocsiút a Mura (Muhr) szép völgyében futó pompás „Wiener Reichsstrasse“-n visz el Gratwein községbe, mely vasúton (Graz, Gösting, Judendorf, Gratwein) 16 percz alatt elérhető Stiria főhelyéről. A jelzett napon a kis pályaudvart zászlóerdő ékesitette s a községen végig „birodalmi“ és zöld-fehér stájer zászlók jelölték a gyalogszerrel rövid negyedórai utat, mely Hörgas elszórt házaihoz s az új sanatorium telepéhez visz.

Az intézet egy szelid hegykoszorú által övezett magasabb fekvésü (körülbelül 450 meter a tenger szine felett) tág völgy oldalában fekszik, az északi hegysor lejtőjén, a szépséges völgyre letekintve. Kilátása nem oly távoli, mint az Erzsébet-sanatoriumé, északi szélvédelme sem oly jelentékeny, mint ezé, de a kép, mely a stájer tüdőbeteg gyógyintézet fekvő terraszairól s az előtte elterülő plateauról a szemlélő elé tárul, nem közönséges szépségünek mondható.

A sanatoriumhoz tartozó telek nagysága 105 hold, tehát ötszörte nagyobb az Erzsébet-sanatoriuménál; ennek északi részében van elhelyezve dél-délnyugatnak álló homlokzattal az intézet főépülete. Kétemeletes barátságos épitmény ez, mely magas földszintje miatt háromemeletesnek látszik. Minden concentrálva van benne és vele egybeépitett keleti szárnyában: a beteglakások, vízgyógyintézet (még napfürdőhöz való berendezéssel is!), ebédlő, konyha, éléskamrák, mosókonyha, desinfectio és az alacsony nyomású gőzfütést meg a melegvízszükségletet ellátó kazánház, mind elhelyezést találtak az épitményben.

A belépőt csinos kis vestibule fogadja, melyre rátekint a portás lakásának egy ablaka. (A portás egyszersmind főgépész az intézetben.) Már az előcsarnok falfestése kellemesen érint: csupa világos, derüs szín, a falszéleken csinos virágmotivumokból álló díszitéssel. Innen az épület központi folyosójára érünk. Olyan *északi* korridorja, minő az Erzsébet-sanatoriumban látható, nincs a stájer intézetnek, a mi hygienice persze nem előny, de egyébként praktikus az utóbbira nézve. Míg ugyanis az Erzsébet-sanatorium főépülete tiszta kettős korridorrendszerben épült, azaz mindenik traktusán az egy sor betegszoba előtt a déli nyitott fekvő folyosó, mögötte pedig az ugyancsak szabadon az erdőre néző service-korridor fut végig (mi persze a mellékhelyiségek jó részének más épületekben való elhelyezését tette szükségessé), addig a hörgasi sanatorium centrális elhelyezésü folyosójáról jobbra-balra (tehát délnek és északnak) egyaránt nyilnak szobák: délfelé a betegek lakótermei, északnak a service helyiségei.

Olyan emeleti fekvő folyosók, mint a minők az Erzsébet-sanatoriumban épültek s melyek a betegek zömének módot adnak a légkúrának magán az emeleten, minden nagyobb locomotio nélkül való végzésére, a stájer sanatoriumban úgyszólván teljesen hiányoznak. Csak a módos betegek loggiái vannak a lakószoba déli frontján, közvetlenül a szoba előtt elhelyezve. A szegénysorsú betegek számára ellenben a főépület nyugati oldalához csatolt, délnek néző fa-galeriák épültek, hasonlatosak a fedett lóverseny-tribünökhöz. Ezeken nyernek elhelyezést a fekvőlégkúrához szükséges pamlagok.

A stájer népsanatorium fenntartásának könnyítésére 30 drágább hely szolgál: 12 külön szoba (1–1 ággyal) s 9 kétágyas helyiség. Az előbbiekben az ápolási díj napi 9 korona, az utóbbiakban napi 6 korona. A szegénysorsú betegek számára nagyrészt 8 ágyas termekben van a többi 74 hely, egyenként napi 3 korona ápolási díjjal.

Míg tehát az Erzsébet-sanatorium, melynek oly sokan vették kezdetben zokon, hogy egyáltalán *vannak* ápolási díjai, 126 helye között csak 12 drágább helyet tüntet fel, addig a hörgasi „Volksheilstätte"-ben 104 helyre 30 drágább hely esik. E mellett a stájer intézetben *ingyenes hely egyetlenegy sincsen*, a mennyiben alapítványokat a gráczi egyesület nem fogadott el, csupán adományokat, melyekért az adományozónak ingyenes betegek odautalására jogot cserébe nem adott. Ezzel szemben az Erzsébet-sanatoriumban évente 62 beteg kezelhető teljesen ingyenesen egyenként 3 hónapon át az alapítványi helyeken (tehát csak alapítványi ingyenes ágy 15½ van) s még jóval több kezeltetik tényleg a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesületének részben direct, részben indirect további jótékonyságából.

A drágább helyek módosabb betegeknek szánvák, kiknek a hörgasi intézetben külön ebédlőhelyiség áll rendelkezésére s mosdóik, úgy mint nálunk, a betegszobában magában vannak (s nem a közös mosdóteremben) elhelyezve. De máris jelentkezett olyan iparos-betege is a sanatoriumnak, a ki 6 koronás helyért folyamodott s e magasabb ápolási díjat iparvállalata fizeti meg helyette.

A 3 koronás helyek ápolási díjait a fejlettebb osztrák betegsegélyezés mellett azonban előreláthatólag jórészt nem a beteg maga fogja megfizetni, hanem elvállalják azt helyette mások. *Grácz* városa pl. minden gráczi illetőségű teljesen szegény betegért magára vállalta a 3 korona napi ápolási díj viselését (pedig nem 800,000, de 150,000 lakosa sincs!), továbbá pótolni fogják e minimális ápolási díjat az „Allgemeine Arbeiter-Krankenkasse", a „Bezirkskrankenkassen für Steiermark" s végül a stájer „Landesausschuss" olyan betegekért, a kik teljes vagyontalanságuk mellett sem tagjai semmiféle betegsegélyző intézménynek.

Hogy még néhány szóval az intézet berendezésére s felszerelésére térjünk vissza, a traktusok nem magasak (positiv adatot erről nem kaphattam, de semmi esetre sem magasabbak a szobák 4 meternél[1]), a megfelelő köbtartalom a nagy padlófelszinnel, tehát a helyiségek tágasságával van elérve, a mi nagyon barátságos, „lakályos" benyomást tesz. Összetett nagy ablakok adják a bőséges világítást. Csapóablak helyett függélyes irányban eltolható ablakrészekkel történik a szellőzés, a mi érdekes újítás, s ha be fog válni, utánzásra érdemes leszen. A mesterséges világítás elektromos; az áramot az intézet maga termeli egy 25 lóerejü Diesel-motor segélyével, mely a sanatorium épülete mögött van egy kis alkotmányban szerényen elhelyezve. A szobák padlója aszfaltba rakott kemény parkett, mely *most* teljesen hézagmentes s ha utóbb kivánni valót hagyna ez irányban, akkor is — mint e sorok irója gráczi kollegáját a szemle alkalmával eleve felvilágosította —, könnyen fognak segíthetni a bajon, franczia mintára a padló paraffinos beeresztésével. A folyosók, vízgyógyintézet, mosdók, konyha stb. padlója az ú. n. „Wienerberger-Platte"-val van burkolva, a mi igen csinos s teljesen a keramitlapok benyomását kelti. A közös mosdókban egy-egy megfelelő magasságban elhelyezett szájmosó medencze is van, felette két csappal, a mi czélszerű újítás. A closetek úgy vannak megalkotva, a hogy *kell*, t. i. mindenik fülke külön nagy ablakkal a szabadba nyílik s minthogy így igen világosak, sohasem lesznek sem szennyesek, sem büzösek. A closetek előterével szomszédos helyiségben van az *Erzsébet-sanatorium mintájára* megalkotott köpet-sterilisator; a köpőüveg azonban, a mi az intézetben használatban lesz, nem a kifogástalan „Dettweiler", hanem az ennél sokkal kevésbé megbizható záróképességü „Poncet". A falak ember-magasságig fehér emaillal bevonottak, hasonló fehér email mázzal („ripolin") tudta a neves Thonet-czég a fabutorokat (asztalok, székek, stb.) is bevonni, a mi — ha tartósnak bizonyul — szintén előnye lesz a sanatorium berendezésének.

Az Erzsébet-sanatoriumból vett tanulság alapján készítették a stájer sanatorium betegeinek ruhaszekrényeit lejtős fedelüekre, hogy azok teteje mindig tisztán tartható legyen, s a mi intézetünk czipőtörlő-készülékét is utánzandó példának tartották osztrák szomszédaink.

Rendkivül dicséretes a hörgasi intézet practikus berendezkedése az oekonomia szempontjából. Tágas nagy konyha, melyből étel-lift vezet a felette elhelyezett két ebédlőterem közötti folyosóra; a konyha mellett nagy edénykamra és még egy sor más kamrahelyiség; cselédétkező; nagy, szép mosókonyha, tágas ruharaktár (25 inséges beteg ruházatot is az intézettől fog kapni), nagy fehérneműraktár, mellette a fehérnemü-kiadó helyiség, a külön foltozó, javító szoba stb.

Személylift ez idő szerint még nincs az intézetben, kápolna azonban van, igen szépen berendezve, a sanatoriumépület magas souterrainjén, mellette az apáczák helyiségei. A kápolnát, mint értesültünk, merőben ajándékokból szerelték fel.

Megemlítjük itt, hogy az ápolószolgálatot apáczák, irgalmas növérek („vom heiligen Kreuz") látják el, ők vezetik természetesen a sanatorium háztartását is.

A fütés alacsony nyomású gőzfütés, melynek melegét hygienikus csöves fütőtestek adják át a helyiségek levegőjének.

A vizet az intézet saját hegyi vízvezetékéből kapja, egy 3½ kilometer hosszú vezetéken. A mostani napi vízszállítás a sanatoriumhoz több mint 170 köbmeter, de e mellett még 6 liter víz másodperczenként nem is vétetik fel a vezetékbe, hanem elfolyik felhasználatlanul, oly bő a vízforrás. Az intézet vízmedenczéje 63 köbmeter tartalmú s két részből áll, a melyek egymástól teljesen elzárhatók, úgy hogy tisztításkor üzemzavar nincsen.

A szennyvizek egy Schweder-rendszerü „Kläranlage"-ba folynak, a hol a biologiai módszer szerint ártalmatlaníttatnak (rothasztómedencze és coax filterek).

A sanatorium a főépülettől mintegy ½ kilometerre fekvő saját *majorral* is rendelkezik, a mi az intézet nagy telke mellett, mely mint említők, az Erzsébet-sanatoriumét legalább ötszörte felülmúlja, könnyen meg is volt teremthető. A szemle alkalmával 32 tehén és 70 sertés volt már a gazdasági épület mintaszerü hygienikus istállóiban. Saját majorságnevelés, saját nagy konyhakert, terjedelmes kaszálók, burgonya- és tengeriföldek egészitik ki az intézet remek kis gazdaságát egy derék „Verwalter" vezetése mellett, a kit még a szomszédban emelkedő „Stift Rein" főnöke, *Bauer* apát, maga is nagy gazda, szíves önzetlenséggel támogat. Mondanunk sem kell, mennyire meg fogja e gazdasági telep az intézet fenntartását anyagilag könnyíteni.

Maga a megnyitási ünnep bőséges taraczk-durrogás közt a tartományi főnök (Stadthalter), gróf *Clary-Aldringen*, a tüdővész ellen küzdő stájer egyesület elnöke jelenlétében folyt le. Jelen voltak: *Schroetter* tanár Bécsből, az osztrák sanatoriumi mozgalom lelkes vezére, v. *Kutschera*, Stájerország közegészségügyi főnöke, a ki a most megnyiló intézet létesítése érdekében 1900-ban készített emlékiratában elsőül utalt a gümőkór nagy pusztításaira (a XIX. század utolsó negyedében meghalt Stájerországban tuberculosisban 101,150 ember!), *Lorenz* tanár, a sanatorium orvosi felügyelője, továbbá *Praussnitz* és *Kratter* gráczi egyetemi tanárok, *Theyer* professor, az intézet önzetlen tervezője (a mi Cziglerünk), a ki az allandi sanatoriumot is tervezte volt, *J. Ackerl*, a gráczi munkás-balesetbiztositó intézmény igazgatója, *Th. Pfeiffer* gráczi docens, a sanatorium igazgató-főorvosa és még számos osztrák vendégen és nagy közönségen kivül e sorok irója.

A beszédek során kétszer is felszólalt maga a tartományi főnök, előadta az egyesület tevékenységének érdekes historicumát és lelkes szavakban kivánt sikert az új intézet működésének. *Schroetter* tanár szakértő és közvetetlen beszédje érdemel azonban a mi szempontunkból a legtöbb figyelmet. Hasonlóan a mi *Korányi*

[1] Utólag megkaptam a pontos méretet: 3 meter 90 cm.

Frigyesünk-höz, valósággal ihletett papja ő hazája sanatoriumügyének. Elmondotta, hogy 1884-ben fordultak az ő kezdésére először a kormányhoz egy osztrák tüdőbeteg-sanatorium alkotása érdekében. A minister megértvén, hogy micsoda intézményről van szó, azt felelte, hogy minthogy ez oly hasznos institutio, a melyet hamarosan a többi koronatartományok is meg kivánnának, őszinte sajnálatára nem támogathatja az állam részéről annak létesítését Alsó-Ausztriában. Utóbb Alland nagy küzdelmek után mégis létesült s most ime, megnyilott Stájerországban a nagy intézet testvére s ezért őszinte szerencsekivánatait fejezi ki a hörgasi intézet megalkotóinak. Rátért azután arra a vádra, mely manapság főleg franczia részről gyakran felhangzik, hogy a sanatoriumok nem felelnek meg eredményeikben a hozzájuk füzött várakozásoknak. Ez kétségtelenül csak avatatlan beszéd *Schroetter* szerint, mert a tüdőbeteggyógyintézetek tényleges eredményei csak azokat nem elégítették ki, a kik a sanatoriumnak lehetetlen és általa soha nem vállalt feladatokat imputáltak és imputálnak: a kik azt várják, hogy a sanatoriumi kezelés a phthisis utolsó stadiumait is meggyógyítsa, az elkésett eseteket is megmentse az életnek és munkabiróvá tegye. Ez természetesen utópia, de erre nem is vallotta magát képesnek a világ egyetlen sanatoriuma sem, sőt épen a sanatoriumok révén tudta meg a nagyközönség is, hogy a tüdővész ellen a bajnak minél koraibb szakában kell síkra szállani, hogy eredmény elérhető legyen. Utalt a német rokkantbiztositó intézetek példájára, a kik számos milliónyi tőkéjüket bizonyára nem fektetik vala olyan vállalatokba, a melyek nekik a rokkantság elodázása vagy elhárítása útján a megfelelő kamatokat meg nem hozzák, mint ezt az általuk fenntartott népsanatoriumok hosszú sora tényleg még is teszi. *Lorenz* tanár azon újítást emelte ki beszédjében, hogy a hörgasi sanatorium Grácz egyetemének belorvostani klinikájához csatoltatott s orvosalkalmazottai az egyetemi klinika személyzetének állományához tartoznak továbbra is, mi által az intézet ellátása orvosokkal megkönnyíttetik.

Schroetter végül köszönetet mondott az osztrák tüdővészellenes mozgalom nevében *Clary-Aldringen* grófnak, a stájer egyesület elnökének s átnyujtott egy lezárt borítékot, melyben az ő adománya foglaltatott a most csupán férfiak számára berendezett intézet jövendő második szárnyának, a női szárnynak megteremtésére.

Megemlítjük még, hogy a hörgasi sanatorium 800,000 K.-ba került. Az egyesületet, a mely megalkotta, minden oldalról bőségesen támogatták anyagilag. *Grácz* városa 20,000 koronát ajándékozott neki s egyelőre 10 évre évi 2000 korona subventiót szavazott meg; a „Steiermärkische Sparkasse“ 24,000 korona adomány mellett ugyancsak évi 2000 korona gyámolítást nyujt az intézetnek; a Bezirkskrankenkasse 12,000 koronát adományozott, a gráczi városi takarékpénztár 3000 korona adományon kivül évi 2000 korona segélylyel járul az egyesület alapja növeléséhez, stb. Ez alap ez idő szerint közel 400,000 korona s a hiányzó összeget az „Arbeiter-Unfalls-Versicherungs-Anstalt für Steiermark und Kärnten“ adta kölcsön a stájer sanatorium-egyesületnek 4%-os kamatozásra, Stájerország jótállása mellett.

Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

C. von Noorden: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels. I. kötet, Berlin 1906. *Hirschwald.* XV + 1073 lap.

A szerző 12 évvel ezelőtt megjelent tankönyvének második kiadása helyett egy úgy terjedelmét, mint az egyes fejezetek kidolgozását tekintve az anyagcserebántalmakról szóló ismereteink rohamos haladásának megfelelő *kézi könyvet* nyujt. Anyaga oly rengeteg, hogy azt egy szerző fel nem dolgozhatta volna. Noorden is a munkamegosztás elvéhez híven Czerny, Dapper, F. Kraus, O. Loewy, Magnus-Lewy, Matthes, Mohr, Neuberg, Salomon, Schmidt, Steinitz, Strauss és Weintraud közremüködésével állította össze kézi könyvét. A nagy mü bevezetésekép Magnus-Lewy a normális egyén anyagcseréjét ismerteti. A kóros anyagcseréről szóló rész Noordennek az éhségről és hiányos táplálásról, nemkülönben a túlbő táplálásról irt fejezeteivel kezdődik. A láz és infectio okozta anyagcserebeli változásokat Kraus tárgyalja kimerítő részletességgel. A gyomor- és bélbántalmakkal járó anyagcsere-zavarokat Schmidt Adolf ismerteti. A májbetegek anyagforgalmát Weintraud, a légző és vérkeringési szervek bántalmazottságával járó zavarokat Matthes irta meg. Strauss a vérbetegségek befolyását ismerteti az anyagforgalomra, a vesebántalmak pathologiáját pedig Noorden adja. Minden fejezethez az önállóan dolgozó munkáját lényegesen megkönnyítő bő irodalmat csatoltak a szerzők.

A munka második kötete, a hogy azt Noorden az előszóban említi, még ez év folyamán meg fog jelenni s a diabetest, az elhájasodást, a köszvényt, a nem diabeteses czukorvizelést, a pajzsmirigy, az ideg- és izomrendszer megbetegedésének befolyását az anyagcserére fogja felölelni, s külön-külön fejezetet szentelnek benne a szerzők a diabetes insipidusnak, az Addison-féle betegségnek, a rák okozta cachexiának, a bőrbetegségekkel járó anyagcserezavaroknak, a gyógyszerek, mérgek, ásványvizek, fürdőkúrák és klima befolyásának az anyagcserére stb. A gyermek anyagforgalmát is a második kötet keretében fogják megirni.

Az egyes fejezetek *qualitását* illetőleg Noorden és a társszerzők nevei elegendő biztosítékot nyujtanak: kimerítő ismertetést vagy kritikát e nagy müről itt nem irhatunk. Az előttünk fekvő könyv nem is annyira a gyakorló orvos használatára, mint inkább az anyagforgalom bántalmaival szakszerüen foglalkozók részére készült, kiknek figyelmét talán e rövid ismertetéssel is sikerült e nagy müre felhivnunk. *Halász Aladár*

Torday Ferencz: Mamák könyve. Budapest, Rákosi Jenő Budapesti Hirlap Ujságvállalata, 1906.

Az előttünk fekvő, nagyon izlésesen kiállított kis munka megirásakor az a törekvés vezette a szerzőt, hogy oly könyvet adjon az anyák kezébe, melyben megtalálják mindazon utasításokat, melyekre gyermekük ápolása, gondozása, táplálása tekintetében állandóan szükségük van. A szerző nagyon ügyesen oldotta meg feladatát; igen áttekinthetően csoportosította az elmondandókat, s az irodalomból, de még inkább kiterjedt saját tapasztalataiból gyüjtött anyagot értelmesen és e mellett élénken foglalta irásba. A könyv megérdemli a minél tágabb körökben való elterjedést, annyival is inkább, mert igy kiszorulnak majd a hasonló tárgyú idegen nyelvü munkák, a melyeknek még legjobbjaival szemben is előnyben részesítendő Torday munkája, mert a magyar viszonyokhoz van szabva. Ára 3 korona.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tetania parathyreopriváról értekezik *Erdheim*. Pajzsmirigykiirtás utáni tetaniát elöször a *Billroth*-klinika említ 1880-ban. 2 illetve 3 évvel később *Reverdin* és *Kocher* leirja a cachexia strumipriva kórképét és ez időtől kezdve tetania *strumipriva*-ról beszélnek. A következő évek kisérleti kutatása (*Wagner*, *Eiselsberg*) a tetania pathogenesisének ezen magyarázatát megerősitette. A 90 es években *Sandstroem* felfedezi a parathyreoid glandulákat és *Vassale* és *Generali* kisérleteik nyomán oda concludálnak, hogy a parathyreoid epitheltestek kizárólagos kiirtása tetaniára, a pajzsmirigy kiirtása csak cachexiára vezet. A kisérletek további sora hol megerősítette e tételt, hol megdönteni látszott, ezért *Erdheim* most a kérdést vizsgálat tárgyává tette. Patkányon az epithel testecskéket galvanocaustikus úton eltávolította, az állatokat pontosan megfigyelte s azután az állat nyaki szerveiből sorozatos metszeteket készített. 50 esetben végzett részben teljes, részben részleges parathyreoidektomiát, s kontrolképen részleges thyreoidektomiát is az epitheltestek megkimélésével. Vizsgálatai azon eredményre vezettek, hogy nem a pajzsmirigy, hanem a parathyreoid testek eltávolítása oka a tetaniának. Teljes parathyreoidektomia után a tetania sohasem maradt el, ellenben részleges thyreoidektomia az epitheltestek megkimélésével nem vezetett tetaniára. A részleges parathyreoidektomia annál gyakrabban járt tetaniával, minél keve-

sebb epitheltestecske maradt vissza. Teljes parathyreoidektomia után az állatok 2—5½ hó mulva legsúlyosabb cachexiában tönkrementek inanitio folytán. Az inanitio oka a metszőfogak trophikus zavara, mely miatt az állatok nem tudtak táplálkozni. Ez a zavar abban áll, hogy a 6—10. héten belül a műtét után a metszőfogak kiesnek, kitöredeznek. Trophikus zavarokat emberen is észleltek ilyen esetekben; itt a zavar a haj és köröm kihullásában nyilvánul. Még egy körülmény emelendő ki Erdheim kisérleteiből. Ismeretes, hogy a házinyúlnál mind a négy epitheltestecske kiirtása után sem áll be minden esetben tetania. Ennek oka *Erdheim* vizsgálatai szerint abban rejlik, hogy a házinyúlnak a thymuson szétszórva 10—32 járulékos epitheltestecskéje van, a melyeknek szintén van functionális értékük.

Ezek után a szerző a strumakiirtások utáni tetania magyarázatára 3 érdekes észleletét közli. Mindegyik esetben kétoldali részleges strumektomia történt, mindháromnál röviddel a műtét után typusos tetania fejlődött ki; a halál egyik esetben 4 hó mulva, másik esetben 5 nap, a 3. esetben 17 nap mulva állott be. A bonczolás csak jelentéktelen elváltozásokat mutatott. Azon esetben, a hol a műtét és a halál közt már 4 hó telt el, az epitheltestecskék a nagy összenövések miatt nem voltak kipraeparálhatók, ezért a szerző sorozatos metszeteket készített az egész nyakból, körülbelül 10,000 darabot. Az anatomiai és histologiai kép alapján oda concludál, hogy mindhárom esetben elegendő ép pajzsmirigyszövet maradt vissza, de az első esetben mind a négy epitheltestecske hiányzott, a másodikban csak egy epitheltestecske volt jelen, de ez is nekrosisos volt, a 3. esetben szintén nem volt egy epitheltest sem található. E leletek tehát azt bizonyítják, hogy a pajzsmirigyműtétek után beálló tetania parathyreoid eredetű s így joggal beszélhetünk *tetania parathyreopriva*-ról s helytelen a tetania strumipriva elnevezés. Hogy most ritkábban észleljük a tetaniát, annak oka abban rejlik, hogy mai nap nem végzünk teljes pajzsmirigykiirtást, hanem csak részlegest s ekkor önkénytelenül megkiméljük a parathyreoid testecskéket. Bizonyos, hogy ezentúl a sebészi beavatkozásoknál különösen tekintettel kell lennünk a parathyreoid testecskékre. (Wiener klin. Wochenschr. 1906. 23. sz.) *Steiner Pál* dr.

Belorvostan.

Az ischias gyógyítása. Néhány héttel ezelőtt ismertettük Rüdiger czikkét, a mely nagyon dicsérően nyilatkozik a perineurális infiltratio hasznáról makacs ischias esetekben. Hasonló kedvező tapasztalatot tett *Umber* tanár is (Altona). Minden más kezeléssel daczoló 14 eset közül 10-ben az eredeti eljárást használta, vagyis 1‰ eucain-oldatot (physiologiai konyhasóoldatban) fecskendezett be 70—100 cm³-nyi mennyiségben a n. ischiadicus környékébe. A 10 eset közül 9 már az első vagy második befecskendezés után nehány nap mulva meggyógyult. Múló hőemelkedésen kivül, a mely néha 39·4°-ot is elért, más kellemetlen meliéktünetet nem észlelt. A többi 4 esetben nem eucain-oldatot, hanem csak physiologiai konyhasó-oldatot használt a befecskendezésre, de valamivel nagyobb mennyiségben (100—170 cm³-t). Az eredmény ezekben az esetekben is kitünő volt: a fájdalom valamennyi esetben 48 óra mulva teljesen megszünt. Ez a tapasztalat nagyon fontos, mert noha az eucain nem nagyon veszedelmes szer, találkozhatnak esetek, a melyekben vele szemben idiosyncrasia áll fenn; de különben is van egy eset az irodalomban, a melyben 8 centigramm eucain halált okozott. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 4. füzet.)

A traumás arteriosklerosis esetét közli *Goldscheider*. A 26 éves, luesben nem szenvedett, nem alkoholista munkásnak tégla esett a fejére, mire traumás neurosis tünetei jelentkeztek. Az első vizsgálatkor palpitatio cordis, egyébként a szíven semmi kóros tünet. Az arteriák puhák, rugalmas falúak, a pulsus 120, munka végzésekor 140—180. 14 hónap múlva a neurastheniás tünetek mind megvannak, azonban ezek mellett a karok verőerei kanyargósak, merev falúak, a szívcsúcslökés a bimbóvonalban tapintható, erősen emelő. Az aorta felett systolés zörej, a II. hang ékelt, csengő. A vérnyomás 125 (*Gärtner*), az érverés száma nem változott, azonban már mérsékelt izommunkánál is gyenge arhythmia jelentkezik. Az arteriosklerosis és a trauma között az összefüggés kétségtelen; az összeköttetést a palpitatio cordis alkotja, és pedig nem egyedül a szaporább systolék következtében, hanem általában a vasomotorius neurosis és a fokozott psychikus és vasomotorius idegingerlékenységnek a vérnyomásra és az érfal feszültségére gyakorolt hatása által. (Berlin. klin. Wochenschr. 1906. 17. sz.)

R. Zs.

Sebészet.

Az izületi gümőkór sebészeti kezeléséről értekezik *Gebele* és *Ebermayer* Angerer tanár klinikájáról. A müncheni klinika nagy súlyt helyez a conservativ kezelésre; minél fiatalabb a beteg, annál conservativabban kell eljárni. De a conservativ kezelés csak azon esetekben nyujt reményt, ha a beteg szervezete egyébként ment a gümőkórtól. Nagyon fontos az izület állapota, a lokális lelet, mert a különböző etappok, a hydrops, a granulatiós gümőkór, az izületi genyedés más-más kezelést követel. Más megitélés alá esnek az egyes izületek is, így a conservativ kezelés leginkább helyén való a csípő-, a kéztő- és a vállizületben, míg a térd-, lábtő- és könyökizületben gyakran operative kell beavatkoznunk. Nézetük szerint az ultraconservativ irányzat ép oly hibás, mint a 80-as évek ultraoperativ törekvése. A conservativ kezelés lényege az izület rögzítése gypskötésben, mikor is a kötés a két szomszéd izületet is fixálja. Ha az izület nagyon fájdalmas, a beteg néhány hétig fekszik. Izületi contracturák eseteiben extensiós kezelést végeznek. Az izület rögzítése czélszerűen egybekötheto a 10% jodoformglycerinkezeléssel, úgy hogy ablakos gypskötést alkalmazunk és felnőttnél 8—14 naponként 5—10 cm³, gyermekeknél 1—5 cm³ jodoformglycerint injiciálunk. *Bier*-féle passiv hyperaemiás kezelésre a hydrops egyáltalában nem alkalmas, a fungus is kevéssé, a granulatiós tuberculosisnak is csak azon esetei, melyekben gyorsan megszünik a fájdalmasság. A pangásos kezelés jodoformglycerinnel combinálva néha jól beválik. *Angerer* a pangásos kezelést egybeköti az izület rögzítésével. A müncheni klinika nem alkalmazza sem a *Hueter*-féle carbolinjectiót, sem a *Lannelongue*-féle chlorzinkbefecskendést. Többször bevált a *Landerer*-féle subcutan és intravenosus fahéjsav- és hetol injectio. Súlyt kell helyezni a betegeknek szabad levegön való tartózkodására, a folyamat gyógyulása után tengeri fürdők kivá lóak. Az operativ beavatkozás, a melyet gyermekeknél csak akkor kell végezni, ha a conservativ kezelés nem vált be, esetenként a gümös csontgóczok excochleatiojában, synoviális arthrektomiában, primaer amputatioban, leginkább pedig atypusos resectioban áll. A kóros szövetek eltávolítása után az izületet jodoformglycerinnel kitörlik, a mitől jó eredményt láttak. *Ebermayer* összeállította az 1897—1903 terjedő időben végzett atypusos resectiók eredményeit s azt tapasztalta, hogy 58 eset (56%) gyógyultan távozott, 19 eset (18·3%) jelentékenyen javulva, 1 eset gyógyulatlan. Másodlagosan amputálni kellett 20 esetet (19·2%), meghalt 6 eset (5·8%). Egészben *véglegesen gyógyultnak tekinthető* 43 eset = *41·3%*. A functionális eredmény is jó volt, 3 esetben rövidülés állott be. A térdizületben oda irányult a törekvés, hogy nyújtott helyzetben rögzíttessék, a többi izületben mozgásra tendálnak, ezért passiv mozgást, massaget, fürdöt ajánlanak. Tehát operált eseteiknek körülbelül egy negyedrésze nem gyógyult, vagy meghalt, de tekintetbe veendő, hogy ezen statistika olyan esetekre vonatkozik, a melyeknél a conservativ kezelés sikertelen volt. Előrehaladt esetekben felnötteken elsődleges amputatio végzendő, hogy a beteg életét megmenthessük. Az izületi gümőkór ideális kezelése arra törekszik, hogy a végtagot megtarthassuk és jó functionális eredményt érjünk el. (Münchener med. Wochenschr, 1906. 13. szám.) *Steiner Pál* dr.

Az arteriosclerosis szerepéről a sebészetben értekezik *Siegel*. Jogosan merül fel az a kérdés az arteriosclerosis nagy elterjedtsége mellett, hogy minő szerepe van ezen kórnak a műtét, sebgyógyulás és kórlefolyás szempontjából. Míg szívbillentyü-elégtelenség, veseinsufficientia esetében a narcosis, valamint minden nagyobb műtét nagy veszedelemmel jár, addig arteriosclerosisos betegek általában jól tűrik az altatást. Még nagyobb beavatkozás esetén sem változik a pulsus száma és minősége s ritkán áll be a műtét után nagyobb fokú gyengeség. A többszörös chloroformnarcosist is jól tűrik. *Siegel* szerint még stenocardiás rohamok

sem alkotnak ellenjavalatot. Idősebb arteriosclerosisban szenvedő betegeknek általában nem ártalmas a chloroform. Máskép áll a dolog a 3—4. decenniumban levő betegeknél, kiknek ily korán már rigid a verőerük; ezeknél gyakran tagasztalt a narcosisban collapsust. *Siegel* azt hiszi, hogy a mély narcosis kevésbé ártalmas, mint a felületes, a mely utóbbinál a még persistáló reflexek hatással vannak a szívműködésre.

Érdekes a sebgyógyulás lefolyása arteriosclerosisnál. Szinte csodálatos, hogy mily simán gyógyulnak az amputatiós csonkok, noha a vérrel való ellátás tökéletlen. Csontműtétek, sequestrotomiák nem adnak rossz prognosist, de bélresectiók, appendicitismütétek már kedvezőtlenebb lefolyásúak.

Arteriosclerosisban szenvedő betegek utóvérzésre hajlamosak. Az arteriosclerosis következményes bajai közül főleg a gangraena és aneurysma érdekli a sebészt, főleg a pheripheriás aneurysmák az art. subclavia, poplitea, radialis, ulnaris, pedieá-n. A korai arteriosclerosist elősegíti a szeszes italokkal való visszaélés és a bőséges dohányzás. Diabetessel kapcsolatban is gyakori az arteriosclerosis, hasonlóképen szerepe van az érelmeszesedésnek a pankreasapoplexia létrejöttében. Sok kórkép, mely appendicitis, epekőkólika, bélstenosis tüneteivel jár, a mesenteriális vérerek sclerosisában találja okát. Végül oda concludál, hogy arteriosclerosis eseteiben a sebész csak a legszigorubb indicatiók mellett avatkozzék be. (Münchener med. Wochenschr, 1906. 13. szám.)

Steiner Pál

A struma Röntgen-kezeléséről értekezik *Pfeiffer* a tübingeni sebészeti klinikáról. A golyvának ezen kezelésmódja az amerikai *Pusey*-től származik, a ki 1905 májusban számolt be több ily módon kezelt esetről, melyek közül egyiknél a „gyógyulás" már 18 hónapja állott fenn. Utána *Boggs* 3 gyógyult esetet ismertetett, *Mayo* az 1904. amerikai sebészcongressuson jelentette, hogy a Röntgen-sugarak a strumát visszafejlesztik. *Bruns* klinikáján *Pfeiffer* foglalkozott e kérdéssel. 51 esetben alkalmazta a Röntgen-sugarakat strumánál. 4—6 hóval a kezelés után 35 esetet újolagos vizsgálatnak vethetett alá, 8 esetben utólag műtétet végeztek, a többi beteggel irásbeli összeköttetést tartott fenn. A személyes lelet, irásbeli értesítés, a kiirtott strumák szövettani vizsgálata és kutyák normális pajzsmirigyének Röntgen-kezelése alapján az alábbi következtetésekre jut:

1. Úgy a normális, mint a golyvás pajzsmirigyben 30—185 perczig tartó Röntgen-besugárzás után semmi histologiai elváltozást nem talált. *A Röntgen-sugaraknak semmi specifikus hatásuk nincs sem a rendes, sem a hyperplasiás, sem a colloid vagy rákos pajzsmirigyre.*

2. Strumagyógyulást (a pajzsmirigynek rendes nagyságra való visszafejlődését) sohasem észlelt, javulást 2, rövid ideig tartó csekély javulást 25 esetben látott, 22 esetben pedig teljesen hatástalan maradt a röntgenezés.

3. Az összes cautelák betartása mellett is 16 esetben gyenge pirosság, 7 esetben hólyagképződés volt megállapitható a nyak bőrén.

4. A struma Röntgen-kezelése eredménynyel nem járó kisérletezés, a melynek a therapiában nincs jogosultsága. (Beitr. z. klin. Chir., 1906. 48. kötet, 2. füzet.) *Steiner Pál* dr.

Közegészségtan.

A bélcsatorna hygienéjéről tartott előadást *Metschnikoff*. A hires orosz-franczia tudós a londoni egyetem meghivására május havában három előadást tartott Londonban. Közülök különösen érdekes a második, mely a bélcsatorna felől fenyegető veszedelmekkel s ezek elhárításával foglalkozik. M. szerint a fehérvérsejtek ismert megszaporodása az emésztés idején arra utal, hogy a táplálék felvétele alkalmával mindig bakteriumok (leginkább bakt. coli) jutnak be a szervezetbe a bél hámfosztott helyein át. Az emésztési leukocytosis e szerint nem physiologiai tünemény, hanem már a szervezet védekezése a nap-nap után végbemenő fertőzés ellen. A bakteriumokon kivül a szervezetet a bélcsatorna felől még a bélférgek által való károsítás is fenyegeti. Ezeknek az ártalmasságát általában véve nagyon is alábecsülik, pedig nagy kárt okozhatnak a szervezetnek, kevésbé a közvetlen hatásuk, mint inkább az által, hogy közvetítői lehetnek pathogen bacteriumokkal való fertőzéseknek. Erre különösen az a tapasztalat utal, hogy appendicitis eseteiben igen gyakran találunk bélférgeket, különösen gilisztákat a bélben, s hogy az appendicitis tünetei nem egyszer mindenkorra megszünnek, ha elhajtják a gilisztákat. Guiard szerint a bélférgeknek a typhus-bacillus beoltásában is részük van, s nem lehetetlen, hogy a rosszindulatú daganatok létrehozásában is szerepelnek.

Metschnikoff a bélbeli fertőzések s különösen a bélférgek bevitelének a megakadályozására igen radikális eljárást javasol: kivétel nélkül minden ételnek és italnak az előzetes felforralását. A tejet is csak forralt vagy pasteurizált állapotban szabad innunk. A leforrázás alól nem szabad kivonnunk a salátát, retket, gyümölcsöt sem. A gyümölcsöt általában czélszerübb kompót alakjában enni. A fertőzés szempontjából legveszedelmesebb az eper. A nyers és félig megfőtt (lágy) tojás evése sincs hiján minden veszedelemnek, mert a tojásfehérje, mely a tyúk kloakája közelében képződik, mindig tartalmaz bakteriumokat, sőt néha bélparasitákat is. Ezért okoz a tojásfehérjével hamisitott „tejhab" oly gyakran bélhurutokat. Ne juttassunk semmit bélcsatornánkba, a mi nincs előzetesen 65—100° C.-ra felhevítve. Vigyáznunk kell arra is, hogy micsoda kezeken megy át az étel, mielőtt az asztalra kerül. M. azt ajánlja, hogy tartsunk az asztalon spirituslámpát az ételnek közvetlen az elfogyasztása előtt való utolsó felmelegítésére.

Az appendicitis nagy és fokozódó elterjedését M. a salátafélék és a gyümölcsfajták terjedő fogyasztásának tulajdonitja; ezekkel jutnak be a bélférgek a bélcsatornába, a melyek viszont beoltják a bél nyálkahártyájába a bajt okozó bakteriumokat. A rák aetiologiájában nézete szerint szintén nagy szerepük van a bélférgeknek.

A bakteriumok elleni küzdelemnek az étel és ital tisztasága feletti őrködésen kivül még egy más, positiv módja is van: az, hogy a bélcsatornában ártatlan természetű bakteriumok megtelepedését segitsük elő, a melyek míg egyfelől nem ártanak a szervezetnek, másfelől útját állják a bélbeli rothadásnak s a káros bakteriumok képződésének és a szervezetbe való jutásának. Ilyen bakterium a bakt. lacticum, mely a működése folytán keletkezett tejsav útján fejti ki áldásos hatását. A tejsav-bakterium kulturáit vagy tejben lehet bevenni, vagy por alakban. A bélcsatornában, különösen a vastagbélben a tejsavbakteriumok csakhamar elszaporodnak s mint a bélcsatorna állandó telepitvényesei védőgárdát alkotnak a szervezet ellenségei: a pathogen bakteriumok ellen. (The Lancet, 1906. pg. 1554.)

Venereás bántalmak.

A balanitis erosiva circinata és balanitis gangraenosa aetiologiáját és klinikáját vizsgálták *R. Müller* és *G. Scherber*, a kik e kérdésről már előbb is irtak, s újabban megint mintegy 40 esetet vizsgáltak. Feltünő szerintük, hogy e fajlagos balanitisek, más hasonló fertőző bántalmakhoz hasonlóan, olykor bizonyos epidemiaszerü gyakoriságban, máskor ismét elég ritkán jelentkeznek. A bakteriologiai lelet a következőkben foglalható egybe: A fedőlemezvizsgálat mindig eredményt ad. Úgy balanitisek, mint gangraenás fekély esetében állandóan kimutathatók *Gram*-positiv vibriók, a melyek 2—3 μ hosszúságúak és hegyes végüek. Gyakran találhatók oszlásban levő alakok. Tömegük olykor óriási. Ez a lelet oly állandó, hogy szinte kórjelző. A bacillusok pontosan végzett Gram-festés esetén túlsúlyban sötét ibolyára festődnek. A vibriokon kivül változó mennyiségben találhatók Gram-negativ spirochaeták is. De még egy harmadik és negyedik alakelem is található a genyben, tudniillik egy Gram-positiv gömbölyü coccus, illetőleg egy Gram-negativ multiformis bacillus. A spirochaetáknak tenyésztése nem sikerült. Érdekes eredménynyel járt a szövettani vizsgálat is. A folyamat lényege erős exsudatioval járó nekrosis. A metszetekben, melyek részben Gram-Weigert, részben Levaditi eljárása szerint voltak festve, a 2—3 μ hosszú vibriók állandóan jelen voltak. A Levaditi eljárásával kezelt metszetekben azonfelül a spirochaeták is láthatók, melyek a szövet mélyébe terjednek. Az itt előforduló spirochaeták jól megkülönböztethetők a sp. pallidáktól, mert csavarulataik rendetlenek és laposak. (Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 21. szám.) *Guszman.*

A spirochaeta pallidának a szövetekben való kimutatásával foglalkozott *E. Hoffmann* és *A. Beer* (Berlin). A mióta *Bertarelli* és *Volpino* és csakhamar *Levaditi* is a spirochaeta pallidát ezüstös impregnatioval a szövetekben kimutatta, a vizsgálók nagy számának sikerült azt úgy az öröklött, mint a szerzett syphilis nyilvánulásaiban megtalálni. A szerzők vizsgálatai egy friss, szerzett lues esetéből kimetszett lágyéki nyirokcsomóra és a jelenlevő gyürüalakú papulás syphilidre vonatkoztak. A spirochaeták eloszlása a nyirokcsomóban igen rendetlen. Legtöbb van a kéregállományban, közel a sinusokhoz, a hol a gerendázat és a vérérfalak gyakran nagy tömegekben tartalmazzák. Gyakran oly finomak és oly gyengén impraegnáltak, hogy csak 1000-szeres nagyítással láthatók. A spirochaeták a váll bőrén ülő syphilid szövetében is nagy számban voltak. Főleg a cutis felső rétegeiben, a papillákban és a Malphighi-rétegben voltak bőven, legnagyobb mennyiségben azonban a beszürődés határán, az ép szövet közelében. Oly latens syphilis-esetek felderítésére, melyek csakis a nyirokcsomómegnagyobbodás miatt válnak gyanúsakká, *Hoffmann* három módot ajánl és pedig: 1. Mikroskopos vizsgálatát a punctio által nyert lágyék-nyirokcsomó nedvének. A nedv frissen és festve vizsgálandó. 2. A punctiós nedv átoltását fogékony állatokra. 3. Egy nyirokcsomónak kiirtását s annak impraegnatiós szövettani vizsgálatát a spirochaeták kimutatása czéljából. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 22. szám.) *Guszman.*

Orthopaedia.

A terhesség és gyermekágy alatt támadt csípőizületi gyuladásokról tett tapasztalatait közli *A. Silberstein* dr., Hoffa tanár klinikájáról. A közleményre okot Paci-nak 1891-ben megjelent, a puerperális coxitisekről szóló monographiája szolgáltatott, melyben a szerző a gyermekágy alatt támadt csípőizületi gyuladást önálló megbetegedésnek tünteti fel. Silberstein tagadja, hogy a coxitisek egységes megbetegedést alkotnának, hanem aetiologiájuk s ennek megfelelően prognosisuk is igen különböző, s természetük szerint más-más módon gyógyítandók is. Coxitis puerperalis azon értelemben, mint azt Paci leirta, nincsen! Lehet a bántalom terhesség vagy gyermekágy alatt szerzett, de viszont beteg csípőizületü nő is eshetik teherbe. Kétségkivül a szülés s a gyermekágy is szolgáltathat alkalmat megbetegedésre, pl. súlyos fertőzésre, melynek egyik jelensége lehet épen a csípőizület gyuladása (pyaemia), vagy pedig meglevő chronikus csípőizületi gyuladás rosszabbodhat a terhesség s a szülés alatt, mint azt az alsó végtagok gümős eredetü izületi gyuladásainál látjuk, de ilyenkor sem közvetlen oka a terhesség vagy a gyermekágy az izületi bajnak. Nagyon sokszor kankós eredetü a gyuladás, mely szintén nemcsak a terhességhez vagy gyermekágyhoz kötött megbetegedés; sok esetben pedig csúzos eredetü a baj. Noorden észlelései szerint a csúzos bántalom határozottan módosul jelentkezésében a terhesség s gyermekágy alatt. Eltérően normális alakjától csak egy izületben vagy izületcsoportban jelentkezik, lefolyásában sokszor súlyosabb, hosszú ideig tartó s rendesen a megtámadott izület teljes ankylosisával végződik.

Bármily eredetü is a terhesség vagy gyermekágy alatt támadt csípőizületi gyuladás, általános tapasztalat szerint prognosisa rosszabb, mint máskor. A franczia irodalomban vita tárgya is volt, hogy nem volna e czélszerü ily esetekben müvi abortussal végét vetni a terhességnek? Bégouin, Laurain s Gaulard eseteiben azonban az abortus nem vezetett kellő eredményre, nem javította az állapot súlyosságát. Mindazonáltal a gyuladás kezdeti szakában, terhesség esetén, sokan jogosultnak tartják a müvi abortust. A gyógyítás módját természetesen mindenkor a bántalom eredetének megfelelően kell megválasztani. (Zeitschrift f. orthop. Chir. XV. köt. 1. füzet.) *Kopits Jenő* dr.

Az angolkóros gyermekek végtagjain észlelhető tartási rendellenességek magyarázatában *Brandenberg* hozzácsatlakozik Hagenbach-Burckhardt theoriájához, mely szerint a kifejlődésüket ama rendellenes végtagállások okozzák, melyeket a gyermek az angolkór miatt meggyengült izomzata következtében vesz fel. Ha a kóros tartás huzamosabb ideig áll fenn, úgy a testsúly nyomása alatt a megpuhult csontvázon maradandó alakváltozások jönnek létre. Nemcsak Hagenbach, hanem Rehn, Baginsky, Trousseau s különösen Vierordt is állítja, hogy *az izomzat gyenge működésképessége egyik lényeges tünete az angolkórnak.* Ez okozza az angolkóros gyermekek járási képtelenségét is, nem pedig az, hogy mint Kassowitz állítja, járásnál a gyermek lábai fájnak. Ugyancsak az izomzat hypotoniája okozza az izületek lazaságát is. E theoriával könnyen megérthető az angolkóros lúdtalp, az ágyéki púp és a scoliosis stb. kifejlődése. Mindezen alakváltozások, ha csak még mint tartási rendellenességek kerülnek kezelésre, teljesen meggyógyíthatók az angolkór, illetve az izomzat megfelelő gyógyításával (massage, gymnastika, villamozás). (Zeitschrift f. orth. Chirurg. XV. köt. 1. füzet.) *Kopits Jenő* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Fagyott kezek gyógyítására *Jadassohn* a következő eljárást ajánlja. A fagyott kezeket naponként 1—3-szor olyan meleg vízben fürösztjük, a milyen meleget az illető csak elbir; a 10—15 perczig tartó fürösztés után a kezeket gondosan megszárítjuk és ha nincsenek rajta fekélyedések, borszeszszel lemossuk. Este alapos masszálás végzendő a következő kenőccsel, a melyből egy réteget rajta is hagyunk: Rp. Ichthyoli 1·0—5·0; Resorcini 1·0—3·0; Adipis lanae 25·0; Ol. olivarum 10·0; Aquae destill. ad 50·0. Enyhébb esetekben ez a kezelésmód teljesen elegendő. Kisebb nyilt helyeket valamilyen hintőpor, például bismuthum subnitricum alkalmazása után közömbös tapaszszal befedhetünk. Szükség esetén étetés lapis-szal vagy jodtinctura alkalmazása is igénybe vehető a sarjadzás elősegítésére. (Therapeutische Monatshefte, 1906. február.)

Az úgynevezett agyrázkódás *Thelwall Thomas* szerint vagy az agybeli folyadék nyomásának megzavart egyensúlyára, vagy pedig shockra vezetendő vissza. Az egyensúly megzavarása esetén enyhébbek a tünetek s a sérültnek vízszintesen fektetésére csakhamar megszünnek. A súlyos esetek shockra vezetendők vissza; ilyenkor súlyos vasomotorius zavar van, a mely a vérnyomás nagymérvü csökkenésére vezet. Jégtömlőt ilyenkor semmi esetre sem szabad használni, minthogy az alacsony vérnyomás megmaradásához hozzájárulna. Jégtömlő alkalmazására eszméletlen állapotban maradnak a betegek; a jégtömlő eltávolítására ellenben csakhamar javul az állapot. Tartósabb eszméletlenség esetén agyvérzést vagy agysérülést kell felvennünk. (Liverpool med.-chir. journal, 1906. január.)

Vegyes hirek.

Toldás a Rovás-hoz. A kik a jó magyar orvosi nyelv ügyét szolgálják, köszönettel tartoznak az Orvosi Hetilap szerkesztőségének, hogy pontokba szedve adott útbaigazitást a helyes magyarságra. A szerkesztőség szives engedelmével én is bátorkodom egyet-mást az olvasók és dolgozótársak figyelmébe ajánlani.

1. Köszönettel vagyok a t. Szerkesztőség iránt, hogy a név elé tett *Dr.* helyett következetesen a név után teszi a *dr.*-t, tehát az ebben az ügyben kifejtett vitatkozásban a magyaros szokást fogta pártul. Bárcsak a mindennapi életben is követnék ezt a jó példát az orvos urak!

2. Örömmel látom, hogy a *mellső* helyett az Orvosi Hetilap révén is terjed az *elülső*. Ezt én ajánlottam, mint XVI. századbeli, de azután elavult szóformát. A mellső ellen nem az volt a kifogásom, mintha rosszul volna alkotva, hanem mert a *mellett, mellől, mellé* névutók csoportja arról tanuskodik, hogy a mellső nem lehet az *elül*-ben kifejeződő fogalom egyértékese.

3. Ennek kapcsán a szabatosság érdekében ajánlom a következő jelző-párokat: *a) első* és *utolsó: primus* et *ultimus; b) elülső* és *hátulsó: anterior* et *posterior; c) mellső* és *hátsó: pectoralis* et *dorsalis; d) belső* és *külső: internus* et *externus; e) belülső* és *kivülső: interior* et *exterior; f) közbülső* és *oldalsó: mediānus* et *lateralis; g) középső* és *szélső: medius* et *extremus; h) középponti* és *környéki: centralis* et *periphericus.*

4. Az *acut* fogalom magyar szavául a csonka *heveny* helyett megalkottam a *hevenyés* szót, a régi magyar *hév, heven* (adverbium) sarjazásául támadt *hevenyében, hevenyészni* útmutatása szerint. Ajánlom szives figyelmükbe.

5. Örülök, hogy a magyar nyelvérzéket bántó *edény*-t mindinkább kiszorítja az *ér*, tehát *vérerek, nyirokerek;* az *ütér*-t is a *verőér*. Sajnálom, hogy a *viszér* ellen nem boldogul a *vivőér*. Azt vetik ellene, hogy nem fejezi ki a visszavivést, meg hogy az arteria is viszi a vért a szivből. Az ám, csakhogy ha ilyen követelők vagyunk a jó szavak iránt, akkor odajutunk, mint az a természettudós, a ki a *verőczeér* (így helyes!) helyett a „kapu visszavezetőjé"-t ajánlotta. Azután meg én úgy képzelem, hogy minden testrészbe a verőerek *hozzák* lüktetve a

vért, a venák csak *elviszik*, tehát *vivőerek*. A *vivőér* közel is marad a *visszér*-ből lett *viszér*-hez, tehát nem kiván olyan nagy felforgatást, mint a *gyüjtőér*, melynek különben az értelme is más. Bennem holmi carotis communis vagy vena cava vagy ductus thoracicus gondolatát kelti. Meg az én szavamat már a Középiskolai Műszótár is elfogadta, a gyüjtőér pedig ismeretlen szó.

6. A *hörg*-öt ne iparkodjunk *hörgő*-re foltozni meg, hanem fogadjuk el Mihalkovics szavát a *tüdőcső*-t, a *légcső* pedig legyen magyarán *gégecső*. A *hortyok* legyenek *hátulsó orrlikak* vagy *hátulsó orrnyilások*.

7. A *duodenum* magyar nevéül próbálták a *tizenkétujjnyi bél*, a *nyombél*, újabban Lenhossék a *patkóbél* szavakat. Azt hiszem, legjobb lenne az élettani működés számbavételével az *epésbél*. Úgy tudom, az állatorvosok használják is. Én évek óta így irom Egészségtanom újabb kiadásaiban. *Csapodi István.*

A szerkesztőség megjegyzései Csapodi dr. Toldásához. Köszönettel vettük tisztelt kartársunknak, a helyes magyar orvosi nyelv régi és érdemes bajnokának sorait s javaslataihoz hozzá is járulunk — egypárnak a kivételével. 1. A vivőér-t nem tartjuk jónak: nincs semmi jellemző benne, mert hisz minden ér viszi a vért vagy a nyirkot. A vérkeringés igazi középpontja a szív. Az ereket is a szerint nevezi az anatomia arteriának vagy venának, a mint a szivtől *viszik*, vagy a szivhez hozzák a vért. A vivőér név e szerint még inkább az arteriákat illetné meg. Ezen fogyatékosságai miatt is nem tudta a „vivőér" 20 év alatt kiszorítani a „viszer"-et; reméljük, hogy a „gyüjtőér"-nek inkább sikerülend ez. 2. A verőczeér-nél jobb a kapuér. Száz ember között alig akad egy, a ki tudná, hogy mi az a verőcze (léczkerités vagy rácsos ajtót jelentő északmagyarországi tájszó, alkalmasint szláv jövevényszó), míg ellenben a „kapugyüjtőér"-ben érthetően kifejeződik, hogy arról az érről van szó, mely a vért a belekből a májkapu felé gyüjti. 3. El sem tudjuk képzelni, hogy mi szükségünk van „belülső és kivülső"-re a belső és külső mellett. 4. Lateralisnak nem a medianus, hanem a medialis az ellenkezője. Medianus az, a mi magán a középvonalon van, ellenben a mi a középvonalhoz közelebb esik, az medialis, Erre, sajnos, még nincs jó magyar szavunk, pedig nagy szükségünk volna reá; a „közbülső" nem fejezi ki a medialist, hanem inkább az intermediusnak felel meg.

Kinevezések. *Schall Kálmán* dr.-t bonyhádi járásorvossá, *Kottinger Pál* dr.-t a nyitramegyei közkórház alorvosává, *Klein Zsigmond* dr.-t a békés-gyulai közkórház másodorvosává nevezték ki.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következőket választotta meg egyetemi intézetekhez. Az I. sz. belklinikához: Kentzler Gyula és Morelli Gusztáv dr.-okat díjtalan gyakornoknak (meghosszabbítás). A II. sz. nőklinikához: Kubinyi Pál dr.-t első tanársegédnek (meghosszabbítás), Balla János, Láng Adolf és Grosch Károly dr.-okat díjazatlan gyakornoknak. A gyógyszertani intézethez: Vámossy Zoltán dr.-t adjunctusnak, Fenyvessy Béla dr.-t első tanársegédnek és Diósszilágyi Samut díjas gyakornoknak (mindhárom meghosszabbítás). A törvényszéki orvostani intézethez: Vadas Vilmost díjazatlan gyakornoknak. Az I. sz. nőklinikához: Horváth Mihály dr.-t díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. sebklinikához: Gergő Imre, Steiner Pál, Bakay Lajos és Lobmayer Géza dr.-okat díjas (meghosszabbítás) és Nagy Kálmán, Bender Béla, Telegdi Róth Lajos, Dumitreanu Viktor és Benárd Ágoston dr.-okat díjtalan műtőnövendéknek. Az I. sz. anatomiai intézethez: Jung Gézát második tanársegédnek és Balázsy Dezsőt díjas gyakornoknak. Az I. sz. kórbonczolástani intézethez: Fuszek Rezső dr.-t, Tóthfalussy Imrét és Mezey Bélát díjtalan gyakornoknak. Az élet- és kórvegytani intézethez: Lukács Jenőt díjazott és Mittuch Augusztát díjtalan gyakornoknak. A szemklinikához: Liebermann Leó dr.-t díjas gyakornoknak. Az idegklinikához: Herzog Ferencz dr.-t tanársegédnek. A gyermekorvostani tanszékhez: Faludi Géza dr.-t első tanársegédnek (meghosszabbítás).

Ugyanazon ülésben az orvoskari tanártestület a 2400 K.-ás Kovács-Sebestyén Endre-féle utazó ösztöndíjat Verebély Tibor dr.-nak, a 100 K.-ás Capdebo G.-féle segélyt Müller Ferencznek itélte oda.

Magyar fürdők látogatottsága. Pöstyén junius 12.-ig 2352 fürdővendég. — Lipik junius 14.-ig 1057 fürdővendég (köztük Beck báró, a vezérkar főnöke).

Meghalt. Th. S. Latimer, a belorvostan tanára Baltimore-ban.

Kisebb hirek külföldről. *Uhlenhuth P.* dr. greifswaldi magántanárt a berlini Reichsgesundheitsamt bakteriologiai osztályának igazgatójává nevezték ki. — A marburgi egyetemen a gyógyszertani tanszéket *Heffter* berni tanár nyerte el. — *Schatz Fr.* dr. titkos tanácsos, a rostocki egyetemen a nőorvostan tanára, kinek kinos feltünést keltő ügyével nem rég annyit foglalkozott a sajtó, saját kérelmére minden egyetemi állásából „elbocsáttatott". — Czerny tanár utódjául a heidelbergi sebészeti tanszékre, miután Bier (Bonn) és Garré (Breslau) tanárok a meghivást nem fogadták el, *Narath* tanárt hivták meg Utrechtben. — Berlinben f. h. 10.-én nyitották meg ünnepiesen az új egyetemi kórbonczolástani intézetet. A hatalmas intézet több alosztályból áll, kisérleti-biologiai, chemiai, mikroskopiai és bakteriologiai osztályból; mindegyiknek saját tanterme van. Másnap, junius 11.-én nyilt meg az új bőrkórtani intézet, melynek *Lesser* tanár a vezetője. — A strassburgi elmekórtani tanszékre, minthogy Hoche tanár Freiburgban a meghivást nem fogadta el, *Wollenberg* tanárt hivták meg Tübingenben. — Az új münsteri (Westphalia) egyetem orvosi karának szervezésében egy lépéssel tovább mentek: a már meglevő anatomiai tanszék mellé rendes physiologiai tanszéket szerveztek, s ezt *H. Rosemann* tanárral töltötték be.

A XIV. hygieniai és demographiai nemzetközi congressus 1907. évi szeptember 27.-től 29.-ig fog megtartatni Berlinben. A congressus szervezetében a szervező bizottság azt a változtatást léptette életbe, hogy a demographiát nem tagolja többé a congressus külön részévé, hanem az ezentúl a congressusnak VIII. szakosztálya lesz.

A szakosztályok a következőképen alakittattak meg: I. Hygienés mikrobiologia és parasitologia; II. a táplálkozás hygienéje és hygienés physiologia; III. a gyermekkor és az iskola hygienéje; IV. ipari betegségek és a munkásosztályok védelme; V. a fertőző betegségek ellen való védekezés és a betegek védelme; VI. lakások és helyiségek hygienéje; közlekedési hygienia; VII. katonai, gyarmati és hajózási hygienia; VIII. demographia.

A congressus Magyar Nemzeti bizottsága a következőleg alakult meg:

Elnök: Tóth Lajos; titkár: Szegedy-Maszák Elemér; a bizottság tagjai: Bókay János, Csatáry Lajos, Chyzer Kornél, Földes Béla, Gerlóczy Zsigmond, Grósz Emil, Hutyra Ferencz, Jármay Gyula, Ilosvay Lajos, Korányi Frigyes, Körösy József, Láng Lajos, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Magyarevits Mladen, Müller Kálmán, Preisz Hugó, Raisz Gedeon, Rigler Gusztáv, Schächter Miksa, Tauffer Vilmos, Thirring Gusztáv és Vargha Gyula dr.-ok.

Congressusok. A heidelbergi rákintézet megnyitásával kapcsolatosan nemzetközi rák-conferentia lesz Heidelbergben Czerny tanár elnöklése mellett szeptember 24—27.-ig. — Milanóban szeptember 26—30.-ig nemzetközi congressus lesz az elmebajosok ápolására vonatkozólag, különös tekintettel a szabad ápolásmódra.

Behring tuberculosis ellenes szeréről. Ismeretes, milyen feltünést keltett mult évben az egész müvelt világon Behring tanárnak a párisi tbc.-ellenes congressuson tett azon kijelentése, hogy nyomában van már egy biztos hatású tbc.-ellenes szernek. E szerről újból nyilatkozik most Behring, de ismét csak oly homályos szavakkal, mint akkor. Egy imént megjelent értekezésében ugyanis, a melynek czime: „Modern kérdések a gümőkór keletkezésének és therapiájának köréből, történelmi megvilágitásban" a bevezetésben azt a reményét fejezi ki, hogy új szerét, a Tx-et még az év vége előtt gyakorlati kipróbálás elé bocsáthatja. Szerének védő és gyógyitó hatása állatokon máris beigazolódott; erre vonatkozó vizsgálatai szorosan összefüggnek a bovovaccinről való tanulmányaival. (A bovovaccin tudvalevően élő bacillus-coloniákból áll, melyeket Behring szarvasmarhákon a vérpályába fecskendez.) A Tx előállitására nézve egyelőre kénytelen még rezervával élni, nehogy prioritási vitákba és küzdelmekbe keveredjék, a melyek izgalmas és fárasztó productiv munkája mellett nagyon elővennék az egészségét.

Egy kitünő forgalmú és egész éven át működő Sanatorium és vízgyógyintézet vezető főorvosi állására képzett orvost 20—30,000 korona betéttel keres egy részvénytársaság. Czim a „Petőfi" Ujság-, Könyvkiadó- és Hirdetési Vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-utcza 16. szám.

„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.

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

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

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

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet bejáró betegek részére is). **Ujonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- és idegbetegségek** számára. Mérsékelt árak. Budapest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Miklós.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató ülés 1906. február 28.-án) 654. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (IV. rendes ülés 1906. márczius 1.-én) 654. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (IV. szakülés 1906. február 17.-én.) 655. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 655. l.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1906. február 28.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Akromegalia esete.

Marsovszky Pál: T. F. 48 éves napszámost f. é. február hó 3.-án vették fel az új szt. János-kórházba Gyurmán Emil főorvos osztályára.

Anamnesis. Atyja előtte ismeretlen betegségben, anyja pedig mellbetegségben halt meg. Testvéreinek, kik valamennyien elhaltak, halálokát nem ismeri. Beteg szüleinek utolsó gyermeke. Gyermekkori nagyobb megbetegedésre nem emlékszik. Katonának „gyenge melle“ miatt nem vették be. Lueses fertőzést a leghatározottabban tagad. Fiatal korában mérsékelt potator volt. Egész életén át nehéz munkát végzett (zsákokat hordott), ezt a nehéz munkát is könnyen birta. 18 évvel ezelőtt tüdőgyuladása volt, semmiféle más megbetegedésről nem tud. Állítása szerint 14 év óta beteg. Betegsége szakgató, nyilaló fájdalmakkal kezdődött a lábaiban, azóta e fájdalmak évről évre fokozódnak, s főleg a járásban és munkában zavarják, illetve gátolják. Körülbelül ugyanezen időben támadtak hasonló, ámbár kisebbfokú fájdalmak a kezeiben, s ugyanakkor vette észre, hogy kezei „megdagadnak“. A lábak megnagyobbodását csak később vette észre. A mióta beteg, sokat szenved fejfájásban, e fájdalmakat hasogatóknak s az egész fejre kiterjedőknek mondja. Nemi ösztöne kb. 5 év óta nincs. Jelenleg arról panaszkodik, hogy napról napra gyengül, az erői fogynak, még a járás is nagy terhére van, kifárasztja. Betegségének okát nem tudja, azt gondolja, hogy meghűlt. Sokat gyógyíttatta magát, de mivel látta, hogy állapota nemcsak hogy nem javul, sőt mindinkább rosszabbodik, felvétette magát osztályunkra.

Status praesens: A beteg testhossza 168 cm., testsúlya 78·2 kgm. A koponya nagyobb, kerülete 61 cm. A hajzatos fejbőr megvastagodott, tapogatásra érzékeny, alatta a két erősebben kiemelkedő faldudor érezhető. Hajzata ősz, sűrű, száraz, kefeszőrhöz hasonló tapintatú. A két arcus superciliaris erősebben kiemelkedik, minek következtében a homlok kissé lejtős és szélesebb, a szemek pedig mélyebben ülnek; a két pupilla közti távolság a rendesnél jóval nagyobb (71 mm.). Az orr mindkét átmérőjében megvastagodott, főleg a porczos részén, minek folytán a porczogók, különösen az orrsövény megvastagodott, az orrnyilások pedig hosszabbak és szélesebbek. Mindkét fül nagyobb, hosszabb, porczogós részük szintén megvastagodott és merevebb, a fülczimpák bőre petyhüdtebb. Mindkét pofatájék beesett, bőre petyhüdt, némi piszkos-barna árnyalatot mutat, helyenként csekély barázdák láthatók rajta, különben könnyen ránczokba szedhető, megvastagodottnak nem mondható. Bajusza világos, gesztenyebarna, rövid, erősen ritkuló. Szakálla szintén igen gyér. Mindkét ajak megvastagodott, különösen feltünően az alsó, a mennyiben a normálisnak majdnem kétszeresére megvastagodott, illetve megnövekedett. Az alsó állkapocs nagyobb eltérést nem mutat. A nyelv a rendesnél jóval szélesebb és vastagabb, a száj csukásánál azonban akadályt nem képez. A nyálkahártya a lágy és kemény szájpad határán kissé megvastagodott. A nyak a fejhez viszonyítva feltünően keskeny és rövid. A jobboldali sternocleidomastoideus mentén néhány babnyi—kisdiónyi mirigy tapintható. A pajzsmirigy nem tapintható ki. A mellkas a sternumnak megfelőleg beesett; a bordák a sternumhoz való tapadástól kiindulólag mellfelé erősebb görbületet mutatnak, oldalfelé inkább ellaposodnak. Különösen feltünő az elváltozás a bordaporczokon, a melyek azonkivül, hogy erősen meggörbültek, a sternumhoz való tapadásuk közelében jelentékeny megvastagodást mutatnak. A gerinczoszlop az első pár háti csigolyának megfelelőleg csekély kyphosist mutat. A lapoczkák a gerinczoszloptól kissé eltávolodtak, szétállanak. A tarkó és a hát bőre, néhány lencsényi, többnyire kocsányos, szemölcsszerű képlettel (fibroma molluscum) behintett. A karok izomzata aránylag gyengén fejlett, kissé petyhüdt, feltünő ellentétben állanak az erősebben fejlett kezekhez, bőrük rendes. A kéz szélességi átmérőjében megnagyobbodott, kissé vastagabb, hosszirányban azonban eltérést nem mutat, minek következtében a kéz négyszöghöz hasonló alakot mutat, bőre jelentékenyen megvastagodott, a háti oldalon könnyen ránczokba szedhető. Az ujjak szintén megvastagodottak a nélkül, hogy hosszabbaknak volnának mondhatók. Különösen szembetünő az első és második ujjpercz izületének helyén. A megvastagodás nemcsak a b"rt, hanem a csontokat is illeti, a melyek egyenetlenséget azonban tapintásnál nem mutatnak. Az ujjak szélességének megfelelőleg a körmök, bár nem hosszabbak, de feltünően szélesek. A lábszár és a czomb izomzata épúgy mint a karoké és az alkaroké aránylag gyengén fejlett, s ez különösen az erősebben fejlett lábakkal összehasonlítva tünik fel. A lábszáron néhány tágabb, kanyargós tapintású, felületes gyüjtőér látszik, különben az alsó végtagok bőrén és izületeiben eltérés nem mutatható ki. A patellák valamivel nagyobbaknak és érzékenyeknek bizonyulnak. A láb különösen a szélességi és magassági átmérőben nagyobbodott meg, a legszélesebb helyen 12 cm. A láb bőre, valamint a lágyrészek megvastagodottak, különösen a sarkokon és a talpakon. A csontok szintén meg vannak vastagodva, a mi főként a lábujjakon feltünő. A körmök itt is igen szélesek, az ujjak alakulásának megfelelőleg. Közepesen táplált férfibeteg. Oedema, exanthema vagy hegek nem láthatók. Izületek szabadok. Tüdőhatárok mellül és hátul rendesek. Kopogtatási és hallgatódzási eltérés a tüdők felett nincsen. Szivtompulat rendes nagyságú. Csúcslökés az 5—6. borda között a bimbóvonalon belül, kis fokban emelő. Szív- és érhangok tompák, tiszták. Kis mértékben észlelhető peripherikus érpulsatio, különösen a brachialisokon. Pulsus nagyhullámú, középtelt, rhythmikus, perczenként 75. Máj és lép rendes nagyságú. Has configuratioja rendes, nagyobb érzékenység vagy resistentia nem tapintható. Belek részéről semmi különösebb objectiv elváltozás. Nyelv egy kissé bevont. Étvágya az utóbbi időben csökkent. Gyakori obstipatioban szenved. A szem segédszervei épek. Conjunctivitis catarrhalis chr. oculi utriusque. Tiszta szarúhártyák. A bal pupilla jóval tágabb, vízszintesen ovális. Napfénynél mindkét szivárványhártya renyhén mozog, lámpánál élénkebben. A jobb szem lencséje tiszta, a balban nehány rögszerű homály látszik a lencse magvának megfelelő részén. Az üvegtest tiszta. A papillák külső fele halványabb, föként a bal szemen s a tölcsérszerű excavatio, mely rajtuk látszik, physiologikusnak mondható. Az erekben rendellenesség nincsen. A szemek távolsága a pupilláris distantia méretben 71 mm. A látótér nem mutatja az akromegliánál előforduló hemianopsiát. Facialisok épek. Jó rágóképesség. Izérzés megtartott. Nyelés szabad. Térdreflexek kissé nehezen válthatók ki, az Achillesinreflexek csökkentek. Talpreflexek rendesek. Az izmok mechanikus ingerlékenysége jó. A durva tactilis érzés mindenütt megtartott. Hőérzés prompt. Romberg-tünet nincs. A járás kissé nehézkes, széles alapon történik. Kifejezett paraesthesiák, hangyamászás érzetében kifejezve az alsó és felső végtagokban. Gyakori fejfájás, mely éjjel rendesen intensivebb, hányással nem jár, ugyancsak gyakori szédülések. Csökkent intelligentia. Emlékező tehetsége folyton gyengül, Csökkent potentia. Ingerlékenység s deprimált kedélyhangulat. A gégelelet csupán az aryporczok hypertrophiáját mutatja. A fül vizsgálatakor a jobboldali meatus audit. externus valamivel szűkebbnek mutatkozik.

Előadó ezek után rátér arra, hogy mind eme jelenlévő elváltozások alapján a diagnosist akromegaliára kellett tennie. Különösen kiemeli a pupilla-distantia lényegesen megnagyobbodott voltát, mint oly tünetet, melyet eddig tudomása szerint még nem közöltek. Jelen esetet az akromegáliának második csoportjába sorozza, t. i. a chronikus vagy jóindulatú akromegaliák közé. A betegség prognosisa rossz. Prophylaxis a baj természeténél fogva szóba nem jöhet. A therapiát illetőleg tehetetlenek vagyunk, tisztán symptomatikusan kezelhetjük a beteget. A fájdalmak ellen aspirint kapott, azonkivül hetenként háromszor langyos fürdők, massage s gyenge faradikus árammal való villamozás alkalmaztatott. Horsley oly esetekben, mikor hypophysistumor vehető fel, műtéti beavatkozást ajánl. Ez természetesen jelen esetben, hol tumort felvenni néhány sarkalatos tünet hiánya miatt nem volt jogunkban, szóba sem jöhetett, s más esetekben is úgy a diagnosis nehéz volta, valamint a komplikált táj-anatomiai viszonyok miatt minden esetben nagyon is meggondolandó.

Fejér Gyula: Kérdi, vajjon a látóteret megvizsgálták-e, mert akromegaliánál a bitemporalis hemianopia vagy bitemporalis szűkület jellemző.

Hertzka Imre: Hasonló esetet látott ma Korányi tanár klinikáján. Nő volt ugyanilyen tünetekkel, csak a hangja volt mély.

Marsovszky Pál: A látótér nem volt megváltozva.

Az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. (I. rész.)

Pólya Jenő: Az előadást eredeti közleményeink között fogjuk hozni.

(V. bemutató ülés 1906. márczius 14.-én.)

Elnök: **Dirner Lajos** majd **Medvei Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Az epekőbetegség sebészi kezelésének javalatai. (II. rész.)

Pólya Jenő: Az előadást eredeti közleményeink között fogjuk hozni.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IV. rendes ülés 1906. márczius 1.-én.)

(Vége.)

Pyonephrosis miatt végzett nephrectomia után visszamaradt uretersipoly. Ureterkiirtás. Gyógyulás.

Herczel Manó: 47 éves özvegy nő, Budapestről. Első szülése után 1884-ben baloldali parametrális izzadmánya keletkezett, mely Tauffer tanár kezelésére megszünt. Második szülése rendes volt.

1897-ben a bal vese táján jelentkező szúró fájdalmak miatt 3 hétig feküdt. Vizelete, mely ez idő alatt sötétvörös volt, azóta állandóan genyet tartalmazott. 1905 februárjában a fájdalmak fokozottabb mértékben újból jelentkeztek magas lázakkal, vizelete igen zavaros volt. Állapota belorvosi kezelésre nem javult. Márczius elején azt vette észre, hogy bal vesetáján daganat keletkezik. 1905. márczius 13.-án szent István-kórházi osztályomra vétette fel magát, a hol egy emberfejnyi, elastikus, gömbölyű, a középvonalat jobb felé 2 ujjal meghaladó, jól tapintható daganatot állapitottunk meg nála, a mely kétségtelenül vesetumornak felelt volt meg. A vaginán át a bal parametriumban porczkemény, nyomásra alig érzékeny, göröngyös felületű, diónyi beszűrődés volt tapintható, melyet eleinte a 21 év előtt lefolyt parametritisnek tudtunk be, s melyről feltételeztük, hogy ennek az ureterre gyakorolt nyomása okozta a bal vese secretumának pangását és indította így meg a folyamatot. 1905 márczius 27.-én az emberfejnyi pyonephron eltávolitása egy 12 cm. hosszú, 3 ujj számára átjárható, erősen megvastagodott ureterrészlettel együtt. Collapsus miatt a teljes kiirtás nem volt lehetséges. A műtét után a lázak megszüntek, a vizelet feltisztult, 2 hét mulva azonban mivel a medencze felől jövő erős genyedés a seb mélyéből nem szünt, szonda bevezetésével a vaginán és ureteren át ellennyilást készitettünk, mely alkalommal mogyorónyi ureterkő távozott. Vékony drainczső a lumbális nyilástól a vaginán keresztül. A szorgos átmosások ellenére a sipolyt gyógyulásra birni nem sikerült, nyilván azért, mert az alsó tág uretercsonk sok genyet termelt. Ezért s egyszersmind egy e közben keletkezett, mindig nagyobbodó lágyékszerv miatt 1906. január 21.-én lumbális stovain anaesthesia mellett az ureter pelvinus kiirtása. Bőrmetszés a sipoly külső nyilásától a sérven át a symphysis s a spina ant. sup. közti vonal közepéig. A részben a peritoneum áthajlási redője által képezett sérvtömlőig jutva, minthogy a tömlőben a colon descendens is benne volt, ezt reponáljuk. Itinerarium gyanánt a sipolyjáratba bevezetett selyemfonál mentén előhaladólag kikészítve, az uretert egészen a hólyagig követjük és kiirtjuk. Drainczső a sebbe és a vaginális sipolyba. A hasizmok széleit felfrissités után egyesitjük, hasonlóképen a fascia lumbodorsalist is.

Az eleinte teljesen láztalan lefolyást egy a műtét után 3 héttel támadt phlegmone zavarta, melynek bemetszése után a reconvalescentia zavartalanul halad előre.

Többszörös bélrepedés gyógyult esete.

Milko Vilmos: A bemutatott esetben a műtét a beteg hanyagsága miatt csak 20 órával a megtörtént sérülés után volt végezhető. A betegnek 5 hét előtt a kora reggeli órákban súlyos fagerenda esett a hasára. Közvetlenül a sérülés után eszméletét vesztette, majd magához térve, erős hasfájdalmak kiséretében csuklás, hányás jelentkezett, a nap folyamán szék, szél nem ment. Éjjel 11 órakor igen súlyos állapotban szállitották be. A rendkivül elesett, soporosus beteg hőmérséke 37·8, pulsusa 130, alig tapintható, a végtagok hűvösek, a nyelv száraz. A has diffuse puffadt, nyomásra mindenütt érzékeny, a hypogastriumban nagy tompulat, a májtompulat eltünt. Gyakori csuklás, hányás. Kétségtelen lévén, hogy nagyfokú általános hashártyalob van jelen, melyet alkalmasint bélrepedés idézett elő, Herczel tanár szives megbizásából azonnal laparotomiát végeztem. A has megnyitásakor nagy mennyiségű, bélsárral kevert, genyes savó és emésztetlen ételmaradék ürül. A kis medenczéből marékszám lehet emésztetlen ételdarabot kiszedni. Az összes belek puffadtak, erősen belöveltek, sárgás fibrinhártyával borítottak. Az összes vékonybelek eventratioja után az átfúródás helyét az utolsó ileumkacson találjuk meg, mely a kis medenczében laza összenövések által rögzítve van. Az igen nagy, a bél kerületének több mint 1/3-ára terjedő, éles szélű repedésen kivül, melyből állandóan ömlik a bélsár a hasűrbe, egy második, ehhez hasonló, de valamivel kisebb átfúródás is van 20 cm.-rel feljebb. Miután a meglévő perforatiós nyilásokon keresztül a béltartalmat, a mennyire lehetséges volt, kiüritettem, az átfúródásokat kétsoros Lembert-varrattal elzártam. A hasat a diffus peritonitisre való tekintettel az összes belek eventratioja mellett nagymennyiségű meleg konyhasó-oldattal kiöblitettem. A bélsárt és ételmaradékokat, a mennyire lehetséges volt, kitisztogattam. Mikulicz-tamponade, hasfalvarrat. A lefolyás várakozáson felül kedvező volt. A beteg a 3/4 óráig tartó beavatkozás után ugyan pulsus nélkül volt, de másnapra pulsusa és közérzete jelentékenyen javult, hőemelkedése nem volt, még 2 napig peritoneális csuklás, hányás állott fenn, de pulsusa állandóan jó volt, a has puffadtsága lényegesen csökkent és harmadnapra már spontan ürült a bélsár. A további lefolyás erős bronchitistől eltekintve teljesen sima volt, az illető jelenleg egészséges.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(IV. szakülés. 1906. február hó 17.-én)

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

1. **Hegyi Mózes: Dementia praecox stuporosa** gyógyult esetét mutatja be.

A. J. 17 éves napszámosnő. 1905. julius 13.-án került a bőrgyógyászati klinikáról az ideg- és elmegyógyászati klinikára. Antilueses orvoslásban részesült, de izgalmai miatt áttették. Öt hónapon keresztül elernyedt izmokkal teljesen stupidus állapotban feküdt. Végtagjai minden irányban passive mozgathatók voltak. Kérdésekre nem felelt, magától nem evett, orrváladéka és nyála folyt. Epizodokban stereotypismus, negativismus volt nála észlelhető. Reflexei eltérést nem mutattak. Inunctio és jodkali adagatása után öt hónap mulva jobban lett, megjött a munkakedve, tájékozódott, hazakivánkozott, épelméjű. Az izmok atoniás állapota mellett tehát a stupor volt a cardinális tünet.

2. **Stein Lipót** három **daganatot** mutat be.

a) Az első 65 éves férfira vonatkozik, kinél a jobb halántéktájon két évvel ezelőtt keletkezett kis csomóból lassú, fájdalmatlan növés után fejlődött a jelenleg a jobb arczfelet elfoglaló, felfelé a halántéktájig, lefelé az állkapocs harántágáig, előre a pofa közepéig, hátra a fülkagyló széléig terjedő daganat. A borító bőr feszes, fénylő, kékespiros, erősen erezett, nem mozgatható; a tumor lapos, gombaszerű, keménytapintatú, elmosódott határokkal bir, az alapja felett csekély mozgást enged meg, a bőrben látszik ülni. A környi nyirokmirigyek nem infiltráltak. A kimetszett darab szövettani képe: *endothelioma sarkomatosum*.

b) A második eset 33 éves férfit illet, kinél két évvel ezelőtt keletkezett kis csomóból fejlődött a jelenleg ökölnyi, az állon lecsüngő, ép bőrrel borított, a bőrben ülő, izomtapintatú, jól mozgatható daganat, mely klinikai képe alapján **fibroma molluscum pendulum**; szövettanilag a legfinomabb bőridegek kötőszövetéből kiinduló burjánzás, sejtdús, finom rostú kötőszövet újdonképződése mutatható ki.

c) A harmadik daganat egy 12 éves leánygyermek mellén ül a középvonalban. Születése óta áll fenn és lassan nőtt, jelenleg tyúktojásnyi, puha, nem lebenyzett, jól mozgatható. A bemutatott eset a *dermoidok* egyik aránylag gyakoribb alakja; sok esetben a biztos körjelzés csak exstirpatio után állapitható meg.

3. **Makara Lajos: A Strauss-féle Rektoromanoskop bemutatása, megjegyzésekkel annak gyakorlati értékéről** czimen tart előadást.

Utal azon mulasztásokra, melyek a végbélvizsgálat elhanyagolásával még mindig történnek a gyakorlatban. A végbélrákok legnagyobb része ujjal is elérhető és így idejekorán felismerhető. A magasan székelő, aránylag ritkább végbélrákoknál a bimanuális tapintás és a rektoromanoskop elengedhetetlen.

A régi végbéltükrök hiányain sokat javitottak már. Bemutatja a Strauss-féle rektoromanoskopot és annak használatát. Eddigi vizsgálatai számos ép végbélen kivül 20 haemorrhoidariusra, 4 carcinomára, 1 haemangioma polyposumra és 1 arteriosclerosis miatt vérzőre vonatkoznak.

A sebészek a carcinomák gyógyitásában az eredmények további javulását főleg a korai diagnosistól várják, kivánatos tehát, hogy maguk is foglalkozzanak azon vizsgáló módszerekkel, melyek ezt a korai diagnosist lehetővé teszik és igyekezzenek ezen módszereket tökéletesiteni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A veszettség kitörése karczolt sebzések után. A párisi „Société de biologie“ május 5.-én tartott ülésén *Remlinger* 3 esetről tett említést, a melyekben veszett állatok nem marták meg az illetőket, csak megkarmolták őket, és mégis kitört a veszettség. A veszettség incubatiós szakában ugyanis, a mikor a nyál már tartalmazza a fertőző anyagot, az állatok nyalogatni szokták lábaikat és ily módon jut karmaikra a lyssa virusa. Másrészt meg a mikor már kitört a veszettség, az állat erősen nyáladzik, nyála a talajra jut s innen kerül a lyssa virusát tartalmazó nyál a karmaira. Az olyan esetekben tehát, a melyekben nem mart, hanem karczolt sebzéseket ejtett a veszettségre gyanús állat, szintén igénybe kell venni a veszettségellenes védőoltásokat. (La semaine médicale, 1906. 19. szám.)

PÁLYÁZATOK.

Lemondás folytán megüresedett a baglyasaljai bányaigazgatóságnál a **bányaorvosi állás**, mely állásra ezennel pályázat hirdettetik. Javadalmazás: 2800 kor. évi fizetés, szabad lakás fűtéssel, rendszeresitett világitás és január hóban kettős havi fizetés. A kinevezendő orvos — a mennyiben alapszabályszerűleg akadály fenn nem forog — tagja lesz a társulat tiszti nyugdijintézetének. A kellően felszerelt kérvények f. **évi julius hó 15 ig** terjesztendők be.

Északmagyarországi egyesített kőszénbánya és iparvállalat részvénytársulat társládai elnöksége.
Baglyasalja, u. p. Salgó-Tarján.

1404/1906. sz.

Somogyvármegye közkórházában Kaposvárott üresedésben lévő, 1000 kor. fizetés, lakás, fűtés, világitás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kinevezés 2 évre szól és esetleg meghosszabbitható.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy Kapotsffy Jenő főispán úrhoz czimzett kérvényeiket **1906. évi julius hó 1-ig** a kórház-igazgatósághoz nyujtsák be.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a szülészet kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámittatik.

Kaposvár, 1906. évi junius hó 18.-án.

Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató.

2282/1906. i. sz.

A régi rendszer szerint vizsgázott azon orvosdoktorok, kik a borsodvármegyei Erzsébet-közkórháznál f. évi julius hó 1.-ével megüresedő és évi 1200 korona fizetéssel, valamint teljes ellátással (lakás, fűtés, világítás, élelmezés és kiszolgálás) javadalmazott **segédorvosi állásra** pályázni kívánnak, forduljanak a kórház igazgatóságához.

Miskolcz, 1906. évi junius hó 14.-én.

Az igazgató-főorvos.

3798/1906. szám.

A kecskeméti állami gyermekmenhelynél a **másodorvosi állás**, mely 1200 korona évi fizetés, élelmezés, egy butorozott szobából álló lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, — betöltendő.

Felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyítványaiknak hitelesitett másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **1906. évi julius hó 5.-éig** küldjék be.

Kecskemét, 1906. évi junius hó 5.-én.

2—2 *Egressi Lajos* dr., igazgató-főorvos.

A szekszárdi „**Ferencz**“ közkórházban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi julius hó 1.-éig** méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámittatik.

Szekszárd, 1906. évi junius hó 10.-én.

2—2 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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

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

et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. 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 készitményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**

„Fehérkereszt“ gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

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.

DARUVÁR FÜRDŐ

Szlavoniában, a Déli vasút állomása.

A Szlavon középhegység egyik kies völgyében. Vasas hőforrások és iszapfürdők 34-50 C°.

Fangó-gyógykezelés, hidegvízkúra, massage, villamos kezelés.

Kitünő gyógyeredmények vérszegénységnél, női bajoknál, csúzos és köszvényes bántalmaknál és idegfájdalmaknál, különösen ischiasnál.

* Egész évben nyitva. Mérsékelt árak. *

Szép berendezésü lakószobák, olvasóterem, fürdő-zenekar, kölcsönkönyvtár, Lawn-tennis, tekepálya, érdekes kirándulások stb. stb

Az elő- és utószezónban tetemes árengedmények.

1847 Prospektusokkal szivesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

LEGTÖKÉLETESEBB, ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

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

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.

Fenséges fekvés, élenyben gazdag, teljesen pormentes levegő. Modern kényelem, élénk társasélet.

Új hydro-elektro-mechano-therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilben. Hidegvízgyógymód, villamos fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirü gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, gégeés légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz. 1906: Új szálloda megnyitása diaetetikus vendéglővel és új ivóvizvezetékkel kitünő édesvízzel.