Ötvenedik évfolyam. 26. szám. *Budapest, 1906. julius 1.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. 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. 656. 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 érzéstelenítő szerekkel. 662. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Sarbó Arthur:* A beszéd, összes vonatkozásaiban, különös tekintettel a gyermekkorra. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Ch. Langdon Gibson:* A fehérvérsejtszámlálásról. — *Belorvostan. Lüthge:* A systolés szivzörejekről és a pulmonalis 2. hangjának ékeltsége. — *Neubauer:* Az alkoholnak az acetontestek képződését gátló behatása. — *Brauer:* Mesterséges pneumothorax a tüdőgümőkór gyógyitására. — *Alexander* és *Schlesinger:* A Sahli-féle desmoid-reactio hasznavehetősége. — *Sebészet. Cannon* és *F. Murphy:* A gyomor és belek mozgása sebészi körülmények közt. — *Itauschoff:* Chronikus empyemák műtéte. — *Gyermekorvoslás. Szana Sándor:* A menedékhelyekben elhelyezett csecsemők. — *L. Meyer:* A pepsin-sósav stomachikus értéke. — *Ideykórtan. Hartenberg:* Mikor ne adjunk bromot a neurastheniásoknak? — *Näcke:* A nyakizomgörcs egy alakja. — *F. Soca:* A munkóbénulásról. — *Willms:* A hysteriás contractura seborvosi kezelése. — *Raymond Egger:* Tapintás-aphasia. — *Venereás bántalmak. P. Richter:* A bubók kezelése. — *Doutrelepont* és *Growen:* A spirochaeta pallida tertiaer syphilises nyilvánulásokban. — *Ulbrich:* Sanitas. — *Húgyszervi betegségek. Pässler:* Anuria érdekes esete. — *V. Blum:* Priapismus leukaemicus érdekes esete. — *W. Thomson:* Adat a prostata-műtétek javalataihoz. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sofer:* Vérszegénység gyógyitása. — *Rahn:* A sulfonal megbizható hypnotikus hatása. — *Todd White:* Gyakran ismétlődő orrvérzés esetei. 663—667. lap.

Vegyes hirek. Lakásváltozások. — Meghaltak. — Ragályos betegségek statistikája a fővárosban. — Kisebb hirek külföldről. — Védőoltás a tuberculosis ellen. — Petefészek-átültetés. — Jowa állam orvosegylete. — A pestis Indiában. — Kártérítési per syphilis-fertőzés miatt. — A mongolismusról. — Pályázatok. — Hirdetések. 668. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 669. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 669. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 670. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 670. l.

Mellékletek. Szemészet 3—4. szám. Szerkeszti: *Grósz Emil* dr., egyetemi tanár. — F. Hoffmann-La Roche & Cie czég Sulfosol és Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Pyramidon prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gerinczoszlop kopogtatási hangjáról ép és kórtani viszonyok közt.

Irta: *Korányi Frigyes* tanár.[1]

(Vége.)

A gerinczoszlop kopogtatási hangjának azon megváltozását, mely tüdőbetegségek befolyása alatt jön létre, a tüdőlégdag erre vonatkozó hatásával kezdem. A mint előre lehetett gondolni, az emphysematikus betegeknél a kopogtatási hangzásnak olyan módon kell módosulni, hogy a tompulat, mely ép embernél a 7. nyakcsigolyától leterjed a 4—5. mellcsigolyáig, kevésbé mélyre terjed és rövidebb vonalat képez.

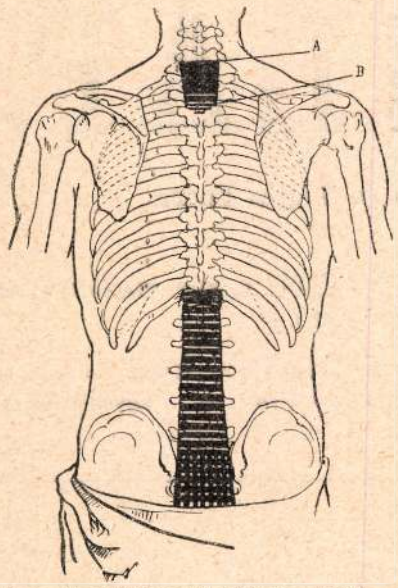
Itt mutathatok be egy *kis fokban emphysematikus* beteget. A beteg gyakran szenvedett hörghurutban, a szívtompulat nem éri el a szegycsont bal szélét pontosan, s a kisfokú tüdőlégdagnak egyéb tünetei is jelezve vannak a mellkas elülső lapján. Azonban neurastheniás állapotok miatt jött a kórodára, légzési vagy vérkeringési zavarai nincsenek. A 2. ábra mutatja azokat a határokat, a melyekre a mellgerinczoszlop tompult kopogtatási területe redukálva van. A tompulat a 7. nyakcsigolyától a 3. mellcsigolyáig terjed s e helyen is kevésbé kifejezett, mert már a 2. mellcsigolyán csak mérsékelten tompult.

Most azonban lesz szerencsém bemutatni egy beteget, kinél a tüdőlégdag már nagyobb fokú és kinél ezzel összefüggő légzési és vérkeringési zavarok is vannak jelen. Ennél a tompa kopogtatási hang csak a 7. nyak- és első mellgerinctövisen található, míg a 2. tövisnyújtvány már teljes hangot ad (3. ábra). A tüdőlégdagos betegek jelentékeny számán végzett vizsgálataim alapján kimondhatom, hogy a tüdő felső részének emphysemáját a kopogtatási területnek ilynemű megváltozásából minden egyéb vizsgálat nélkül biztosan meg lehet határozni, és hogy azon tüdőlégdagoknál, melyek exspiratorius származásúak — köhögés, hangszerfúvás stb. — a 2. zónabeli gerinctompulat megkisebbedése a legelső felismerési jelek közé tartozik.

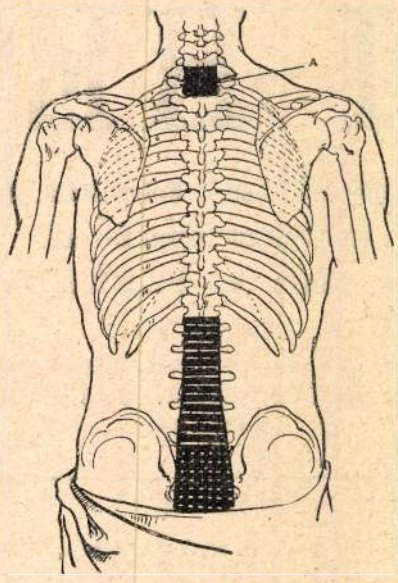
Ezekkel szemben állanak olyan betegségek, melyekben a tompulati területek növekednek. Ide tartozó eseteket részint betegeken, részint, a mennyiben az illető betegek már nem állanak rendelkezésemre, a reájok vonatkozó ábrákon fogom bemutatni.

Az első beteg gátordaganatban szenvedett. Ez a beteg fel lett véve 1905 szeptember 6.-án, 16 éves szijjártó-tanoncz, másfél év óta lába, később hasa és arcza is megpuffadt. Felvételkor duzzadt, cyanotikus arcz; nyakon, mellkason tágult viszerek, a bordaívet meghaladó máj, a szegycsont markolata felett tompa kopogtatási hang, a szív kissé balfelé tolt, hátul az interscapularis tér felső harmadában valamivel rövidebb kopogtatási hang lettek nála megállapítva. A tompulat nem a 4. csigolyáig, mint rendesen, hanem kettővel alább, a 6. tövisnyújtványig terjedett.

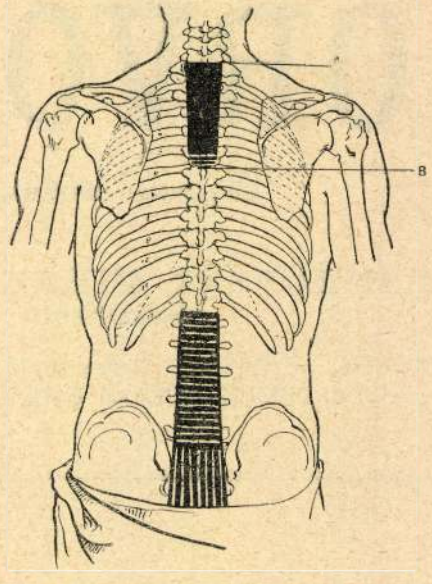
Egy másik idetartozó beteget a Markusovszky-előadások alkalmával mutattam be, mint egyikét azoknak, kik a Röntgenfény alkalmazása folytán jelentékenyen megjavultak. Felvétele alkalmával arczpuffadás, a mellkason viszértágulatok, nagyfokú légzési nehélyek, időnként vérfestenyzett köpet és elterjedt vizenyő csekély hasvízkórral voltak jelen. Ezzel összhangzólag azt mutatta, hogy az absolut tompulat a VII. nyaktövistől a VI. melltövisig ér. A Röntgen-kezelés utáni bemutatásnál a vízkórnak semmi nyoma, a légzés szabad, a beteg magát jól érzi. Az absolut gerinctompulat a VII. nyakcsigolyán található, ettől lefelé a typikus, aláfelé fokozatosan feltisztuló tompult hang. Ezen észlelet mutatja, hogy egyéb



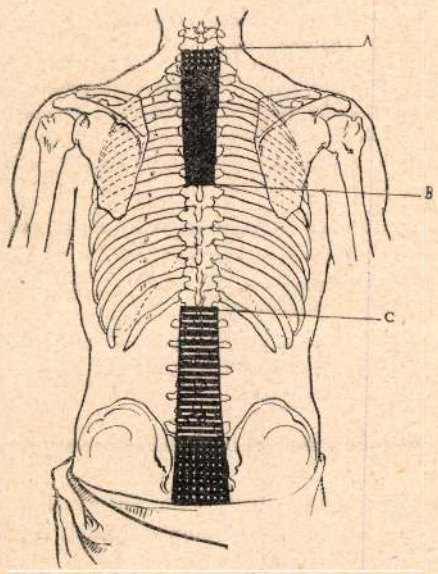
2. ábra. Kezdetleges tüdőlégdag esete. *A* az 1. és 2. zóna tompa hangterületének felső, *B* alsó határa.



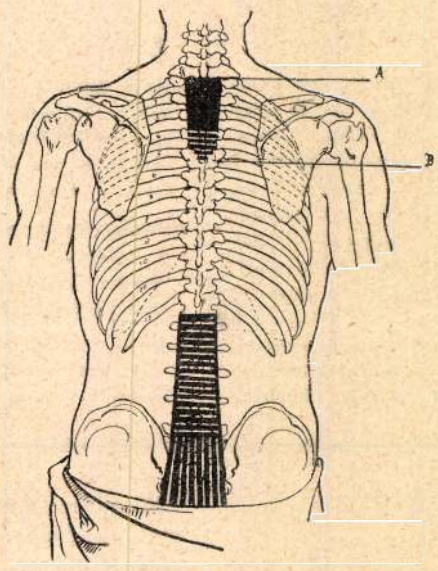
3. ábra. Előrehaladott tüdőlégdag esete. *A* a 2. zóna tompa hangterülete.



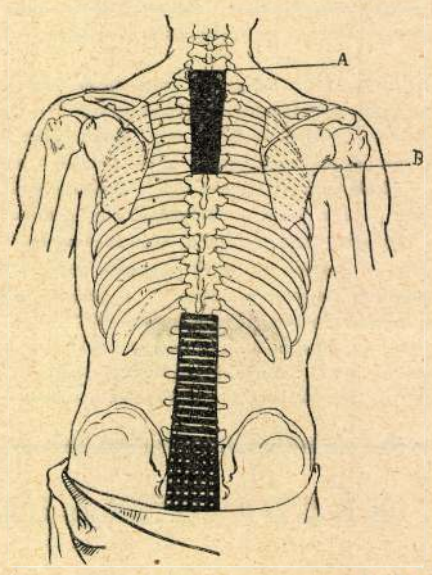
4. ábra. Sarcomás gátordaganat. Az 1. és 2. zóna tompa hangterületének *A* felső, *B* alsó határa.



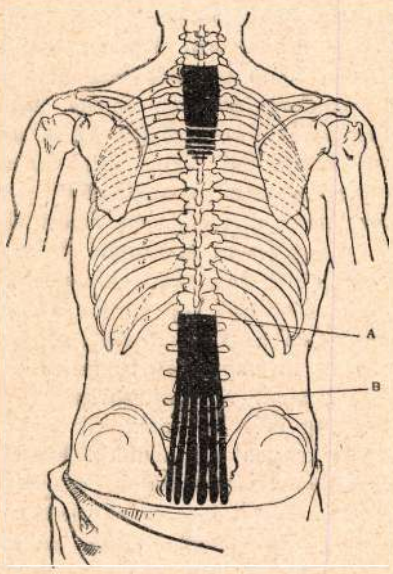
5. ábra. Sarcomás gátordaganat. *A—B* Röntgen-kezelés előtti tompulati tér az 1. és 2. zónán. *C* mély rekeszállás.



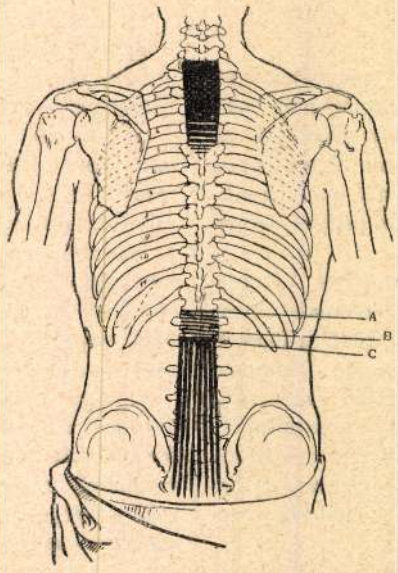
6. ábra. Ugyanazon beteg Röntgen-kezelés után. *A—B* megkisebbedett tompulati tér.



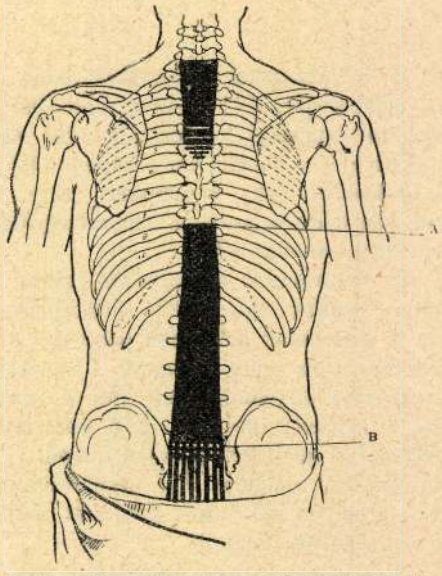
7. ábra. Mellkasi aorta-aneurysma. *A—B* az 1. és 2. zóna tompa hangterületének határai.



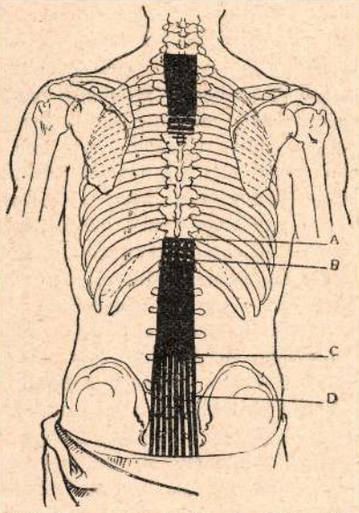
8. ábra. Vándorlép és vándormáj esete függélyes helyzetben. 4. zóna tompa hangterületének *A* felső, *B* alsó határa.



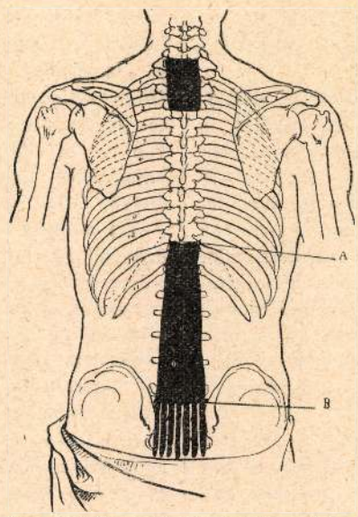
9. ábra .Ugyanazon beteg térd-könyökhelyzetben. 4. zóna tompa kopogtatási hangja hiányzik. *A—B* a tompult kopogtatási hang területének felső és alsó határa. *C* dobosan hangzó terület felső határa a 4. zóna felső részén.



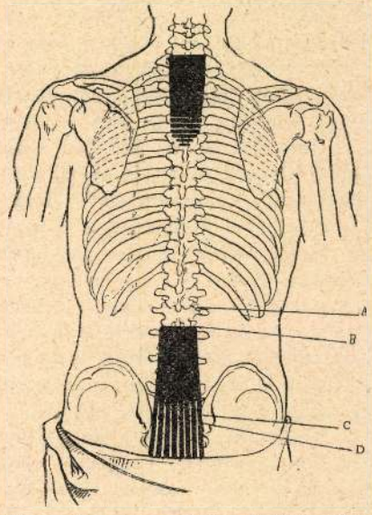
10. ábra. Hasnyálmirigytömlő esete függélyes helyzetben. A tompa kopogtatási terület leterjed a 3. zónáról az 5. zónára.



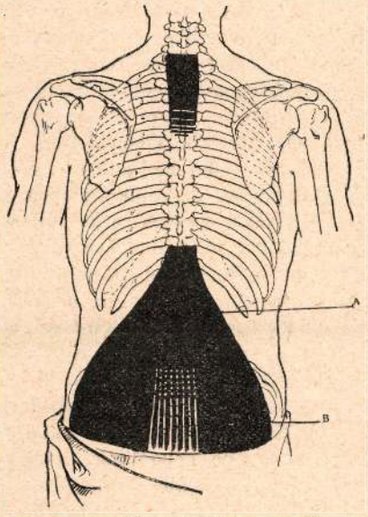
11. ábra. Ugyanazon beteg térd-könyökhelyzetben. *A* tompult dobos hang a 11. melltövistől a 12.-ig. *B—C* tompa hang ettől a 4. ágyéktövisig. *D* dobos kopogtatási hang területe.



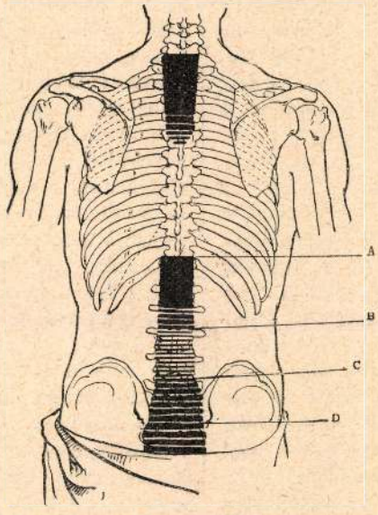
12. ábra. Petefészektömlő függélyes helyzetben. *A—B* a 3. zónától az 5.-ig terjedő gerincztompulat.



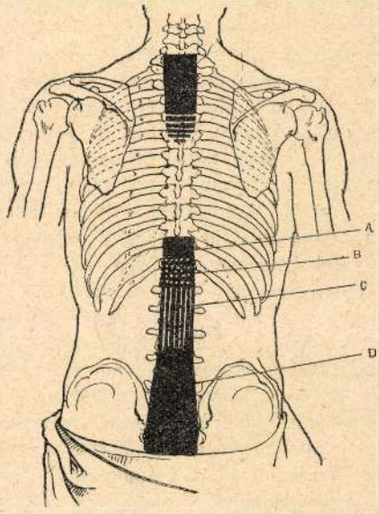
13. ábra. Ugyanazon beteg térdkönyökhelyzetben. *A* tompult dobos hang, *B* tompa hang, *C* tompult hang, *D* dobos hang határa.



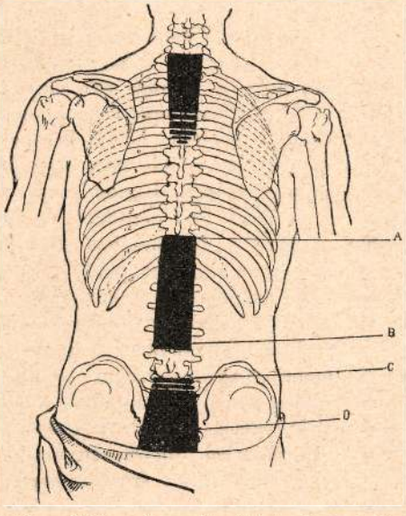
14. ábra. Petefészektömlő esete függélyes helyzetben. *A* tompa kopogtatási terület egész terjedelme. *B* a keresztcsontnak megfelelő dobos kopogtatási hang.



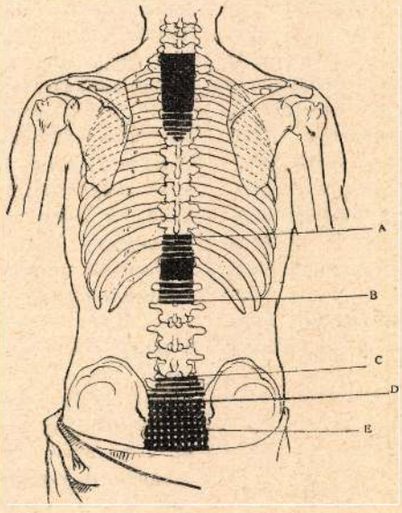
15. ábra. Szabad hasvizkór, bal viszeres szájadéki szűkület, pangási májdaganat függélyes helyzetben. *A—B* a 12. melltövisnyújtványtól a 3. ágyéktövisnyújtványig terjedő tompa k. terület. *B—C* tompult dobosan áthangzó k. t. *D* erősen tompult k. hangterület.



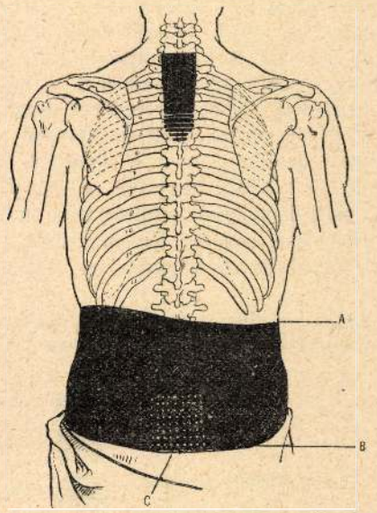
16. ábra. Ugyanazon beteg térd-könyökhelyzetben. *A* tompa, *B* tompult dobos, *C* éles dobos, *D* tompa kopogtatási terület.



17. ábra. Túltengéses szövetközi májgyuladás, lépdaganat, szabad hasvizkór esete függélyes helyzetben. *A—B* tompa kopogtatási terület a 11. mellgerincztövistől a 4. ágyéktövisig. *B—C* éles dobos hang a 4. ágyéktövistől az 5.-ig. Ez alatt *D* tompa kopogtatási hang.



18. ábra. Ugyanazon beteg térdkönyökhelyzetben. *A—B* a 3. zóna alsó és a 4. zóna felső részén tompa helyett tompult kopogtatási hangú kis terjedelmű terület. *B—C* éles dobos, *C—D* tompult, *E* tompult dobos kopogtatási terület.



19. ábra. Szabad hasvizkór esete függélyes állásban. Tompa kopogtatási terület egész hátsó terjedelme. *A* felső vizszintesen futó határ, *B* alsó határ, *C* keresztcsonton tompult dobos hang.

jelektől eltekintve, a gerinczoszlop kopogtatása egymagában útmutatásul szolgálhat annak megitélésében, hogy ilyen gátordaganatok nagyobbodnak-e vagy kisebbednek.

Már ezelőtt két évvel a kórodámon tartott jubiláris előadás alkalmával említést tettem egy mellkasi aneurysma esetéről, a melyben a mellkas mellső felületén a szokott tüneteket meg lehetett találni, kiegészítve a szív physikai és functionális viszonyainak megváltozásával. Az aneurysmát Röntgen-átvilágítás is igazolta. Ennél a betegnél a gerinczoszlop kopogtatási hangja ugyanolyan helyzetű és kiterjedésű tompa kopogtatási területet mutatott, mint a gátordaganatoknál. A beteg meghalt és a bonczolat kimutatta, hogy az aortán két aneurysma volt jelen, egy cylindrikus tágulat a felhágó aortán és egy zacskós tágulat a lehágó aortán a gerinczcsigolya tompulat helyének megfelelőleg. Ezen lelet jelentőségének kiemelésére utalok azon elég számos aorta-aneurysmákra, a melyeknél a mellkas mellső lapján minden physikai jel hiányzik.

A bemutatott mellkasi betegségek után áttérek most a gerinczoszlop kopogtatási hangjának azon eltéréseire, melyek hasi megbetegedések által vannak feltételezve. Egyike ezeknek egy klinikámon négy hét előtt felvett gyermekfejnyi hasnyálmirigytömlőre vonatkozik.

Minekelőtte azonban erről szólnék, a reá vonatkozó kopogtatási viszonyok élesebb kiemelésére czélszerűnek vélem előre bocsátani egy ábrának bemutatását, a melyet egy másik betegtől vettem fel, a ki néhány hetet töltött a klinikán, de pár nap előtt kénytelen volt eltávozni. Azon betegnél *vándor-lép* lett megállapítva az ismeretes tünetek alapján. A lépet a bal bordaív alatt ki lehetett tapintani és a bal melikas oldalán kopogtatni, a hónaljvonaltól kezdve azonban a gerinczoszlopig hiányzott a léptompulat. A kopogtatási vizsgálat még egyebet is mutatott. Ugyanis az a tompulat, a mely éptani viszonyok közt a 11—12. proc. spinosuson kikopogtatható s a mely tompulat minden kétségen kivül a tömött állományú máj, lép és az alattuk fekvő vesék összehatása által van feltételezve, ez a tompulat ennél a betegnél hiányzott és vertikális helyzetben csak az első ágyékcsigolyán, tehát jóval a rendes határ alatt kezdődött, onnan azután leterjedt a 4. ágyékcsigolyáig. Azon alul minden rendesnek mutatkozott. Mikor ezt a beteget tüzetes vizsgálat alá vettük, az tünt ki, hogy nemcsak vándorlépe, hanem *vándormája* is van. Ez kitünt már abból, hogy ha a beteg térdkönyökhelyzetbe illeszkedett, akkor a rendes helyen sem a léptompulatot, sem a májtompulatot nem lehetett kikopogtatni, hanem a lapoczvonal közelében, a középvonaltól 8 cm.-nyire volt található a májtompulat hátsó határa. A gerinczoszlopon pedig már az első ágyékcsigolyán csak mérsékelten tompult, ezen alul a keresztcsont felé végig dobos hang volt nyerhető. A mint azután a beteg ismét függélyesen felegyenesedett, minden az előbbi mód szerint alakult.

Visszatérve a hasnyálmirigytömlő-esetre, a beteget magát nem mutathatom be, mert át lett téve Dollinger tanár úrhoz, a ki néhány nap előtt végzett rajta műtétet, a mely a klinikai kórismét igazolta. A kopogtatásnál a gerinczoszlopon egy tompulat találtatott, a mely ülőhelyzetben a 9. mellcsigolya tövisnyújtványán kezdődött, tehát a rendesnél magasabban, és leterjedt az 5. ágyékcsigolyáig, ez alatt következett a keresztcsontnak dobos kopogtatási hangja. A mint a szabályos viszonyokkal való összehasonlításból kitünik, nagyfokú gyarapodást mutatott a gerinczoszlop tompa hangjának területe ezen hasnyálmirigytömlőnél nemcsak lefelé a 4. zónára, hanem felfelé a 3. zónára is, a mi a daganat topographikus viszonyainak számbavételével könnyen megfejthető.

Nagyon érdekes és diagnostikailag fontossággal bir, hogy ezen beteget térd-könyökhelyzetben vizsgálva, a kopogtatási viszonyok úgy változtak, hogy az absolut tompa hangnak felső határa leszállott a 9.-ről a 12. mellcsigolya tövisnyújtványára és leterjedett a 4. ágyékcsigolyáig, a 12. melltövisnyújtvány felett pedig, eltérőleg az egészséges embernél található viszonyoktól és eltérőleg más hasi daganatoktól, nem egy a 11. tövisnyújtványra szorítkozó tompa és e felett felnyúló éles nem dobos kopogtatási hang, hanem ezek helyett egy terület következett, melyen kissé tompultan dobos kopogtatási hang volt hallható. Tehát a cysta feletti részben olyan kopogtatási hangot kaptunk, melyről fel kell tenni, hogy a belektől származott. Hogy nem származott az esetleg rendellenes légteltségü tüdőktől, azt az oldalsó részeknek ugyanazon magasságban végzett kopogtatása bizonyította, a mely dobos kopogtatási hangot nem adott. Egyelőre kérem azt a tényt tartani emlékben, hogy a hasnyálmirigy-tömlőnél horizontális térdkönyökhelyzetben, a melyben a tömlő előredőlt, a tompa kogtatási terület megkisebbedett, nyilvánosan azért, mert a belek foglalták el egy részét azon térnek, melyet vertikális helyzetben a cysta foglalt el, s a mely tér megfelelt a tömlő és gerinczoszlop érintkezési helye határának. A mint volt szerencsém említeni, a beteget nem mutathatom be, mert a sebészi klinikán gyógyulófélben fekszik.

Bemutatok azonban ezzel kapcsolatosan egy petefészektömlőt. A beteg pár nap előtt lett felvéve; elmondja, hogy három hónap óta hasfájdalmai vannak s ezeken kivül hasdaganatot vett észre, a mely azóta növekszik. A has erősen előredomborodott, feszes, benne egy a bal hasfél felé helyezkedő nagy, rugalmas tapintatú daganat tapintható, mely felett a kopogtatási hang tompa. Ennél a betegnél szintén azt észlelhetjük, hogy a gerinczoszlopnak tompa kopogtatási hangot adó területe jelentékenyen megnövekedett. A kopogtatási viszonyok ülő helyzetben eszközölt vizsgálatnál a következők. A tompa hang a gerinczoszlopon a 10. mellcsigolya tövisnyújtványától kezdve egészen a keresztcsontig terjed, a keresztcsonton a tompa hangot tompult dobos hang váltja fel, és mint tompult kopogtatási hang egészen a farcsikcsontig terjed. Tehát úgy a 4., mint az 5. zóna kopogtatási hangja megváltozik. Ha már most a beteg térd-könyökhelyzetbe illeszkedik, akkor egy kis idő vártatva, néha kell egynéhány percz, míg a szervek az új helyzetnek megfelelően elhelyezkednek, az absolut tompulat alsó határa változatlanul megmarad s ezalatt a keresztcsonton, a hol azelőtt a kopogtatási hang tompult volt, most egészen kifejezetten éles dobossá változik. A tompa kopogtatási hang felső határa pedig három tövisnyújtványnyal alább száll. Tehát úgy mint a pankreas cystánál, ennél is azt lehet tapasztalni, hogy vertikális helyzetben a gerinczoszlop egy bizonyos magasságában egy abnormális tompulat kezdődik, mely leterjed a keresztcsont felé, és csak ez alatt következik a dobos kopogtatási hangot adó terület. Ha azonban a beteg előre dől, térd-könyökhelyzetbe, akkor úgy mint a pankreascystánál felül és alul lép fel egy dobos kopogtatási hangot adó terület: az ovariális cystánál az előbbi tompulat helyén felül dobos hang, az előbbi dobos hang helyett alul pedig tompult hang jelenik meg, a mely azután átmegyen a keresztcsontnak dobos hangzásába. Ugy gondolom, hogy a változás oka ugyanaz, mint a pankreas-cystánál. Mind a két esetben sphaerikus képletekkel van dolgunk. Ezek a tekealakú képletek hozzáfekszenek a gerinctesteknek mellfelé szintén domború felületéhez, úgy hogy ezen tangentiális érintkezés vonalának oldalán tágabb vagy szükebb, a belek által elfoglalt sinusoknak kell képződni. A petefészektömlő alsó része pedig, a mely a medenczében fekszik, a medenczét képező öblös alakú csontokkal nagyobb területen érintkezvén, egy aláfelé kiszélesedő tompulatalakot hoz létre.

Ilyen estekben differential-diagnostikai értékűeknek vélem a petefészektömlők kifejtett kopogtatási viszonyait. Az ilyen esetekre nézve érdekkel bir a tompulatnak sajátságos alakja is. Ennek kifejtése végett a gerinczoszlop tövisnyújtványainak kopogtatási hangján kivül ki kell terjeszkednem a medenczecsontokéra is, a tompulat ugyanis ezekre is reáterjed. Előzetesen meg kell azonban jegyeznem, hogy a medenczében foglalt szervek kopogtatási hangját a csípőcsonton át kikopogtatni nem épen könnyü feladat. Olyan tisztán jellemzetes hangokat, mint a gerinczoszlopon vagy épen bordaközökön, itt nem kapunk. Hogy némi tájékozódást nyerjek a felől, hogy a csontok vastagsága mennyire befolyásolja az alattuk fekvő szervek kopogtatási hangját, egy jól

Jelmagyarázat az előző oldalakon levő ábrákhoz.

Tompa.

Erősen tompult.

Mérsékelten tompult.

Dobos.

Tompult dobos.

fejlett keresztcsontot, a melynek tarajnyúlványai le lettek csiszolva, plessimeterül használtam és meggyőződtem, hogy megfelelő erős kopogtatással összhangzásban *Eichhorst* erre vonatkozó kisérleteivel épen úgy kiadja a physikai viszonyoknak megfelelő hangokat, mint az ágyékcsigolya.

Az ovarialis cystánál így nyert tompulat sajátságos alakja abban áll, hogy a medencze felett kopogtatva és a kopogtatási vonalakon a tompa hang határát pontozattal megjelölve, a pontok összefoglalása után egy projectionális alakot kapunk, mely felül a gerinczek vonalán egy keskenyebb kocsányalaknak, alól egy mindkét oldalra ívalakúan kiszélesedő alaknak és egészben egy harang contourjainak felel meg, a melynek alsó-középső részén a keresztcsont felett dobos kopogtatási hang található (14. ábra).

Ha ezek a betegek előfelé hajlanak, akkor ez a cysta, ha odanöve nincs, természetesen előre dől. A légtartó belek ennélfogva felfelé emelkednek és kitöltik a tágabbá vált üblöt. A daganat felső és alsó sarkán képződő két sinusnak ilyen kitöltéséből lehet megfejteni azt, hogy a mint az ábrában (15. ábra) méltóztatik látni, a gerinczlompulat vonalának hossza megkisebbedik és a tompulatot alul dobos kopogtatási terület szegélyezi. Azok az esetek, tisztelt orvosegyesület, a melyekben a diagnosis arra vonatkozólag nehézségekbe ütköznék, hogy ovariális cystával vagy hydrops ascitessel van-e dolgunk, kétségtelenül ritkák, hanem hogy előfordulnak mégis: erre vonatkozólag hivatkozom *Leube* tapasztalataira, a ki kiváló jelességü diagnostikájában a differentiális diagnosist a szabad hasvízkór és az olyan cysták között, melyeknek terjedelme nagyobb, a burkai pedig vékonyak, és a hol bélodanövések és egyéb complicatiók forognak fenn, nehezen megállapíthatónak tartja és behatóan tárgyalja.

Előadásom megtartása után néhány héttel, április 9.-én, ülték Rómában a Baccelli-ünnepélyt. Ezen alkalomból a kiváló klinikus munkáinak kivonatos összeállítása lett közzétéve, a melyben a következők találtatnak: Baccelli a csípőcsont diaphysisének kopogtatásában az ovariumtumorok új tünetét ismerte fel. A kopogtatás helye az izvápa felső szélétől a crista iliaca felsőhátsó végéhez vont egyenes közepe. A beteg oldalt fekszik erősen előre hajlott törzszsel, felhúzott czombokkal. Erős, leginkább kalapács - plessimeter - kopogtatás szükséges. Ép nőnél a belek dobos hangja hallható. A megnagyobbodó petefészkek az ileum belső felületén feküsznek és dislokálva a beleket, tompulatot okoznak. Kétes esetekben e tompulat ovarium-daganat mellett dönt.[1]

Teljes készséggel ismerem el Baccellinek prioritását e pontban, de közleménye előttem ismeretlen volt.

Áttérve azon kopogtatási viszonyokra, melyek hasvízkórban szenvedő betegeknél a gerinczoszlopon találhatók, ezeknek kór ismészeti értékesítésére nézve épen úgy, mint a nagy petefészektömlőknél, szükséges tekintettel lenni a csípőcsontok és hasfalak kopogtatási viszonyaira is.

Két hasvízkóros beteget lesz szerencsém bemutatni; az egyik kéthegyü billentyüelégtelenség és bal viszeres szájadékszükület által feltételezett pangási májdaganatban és hasvízkórban, a másik szövetközi idült májgyuladásban még fennálló májnagyobbodás és lépdaganat mellett szintén hasvízkórban szenved. A két betegnél nemcsak a hasvízkórra jellegzetes és a petefészek-tömlőtől differenciálisan megkülönböztethető tompulatot tüntethetem fel, hanem azt is, hogy a szakszerü kopogtatási eljárás, a két betegségnél a különböző szerv-elhelyeződésnek megfelelően, jellegzetesen különböző kopogtatási eredményeket derit fel.

Az első betegnél — bal viszeres szájadéki megbetegedés — következők a kopogtatási viszonyok. A 12. mellkasi tövisnyújtványon absolut tompa hang, le a 3. ágyékcsigolyáig, megfelelőleg a májdaganatnak. A 3. ágyékcsigolyától a keresztcsontig kissé tompult dobos kopogtatási hang, a zsugorodott bélfodrok által hátravont bélrészleteknek megfelelőleg. A keresztcsonton végig erősen tompult dobos kopogtatási hang: a medenczeürbe süllyedt, savóba merült belek kopogtatási hangja.

Ezen betegnél térdkönyökhelyzetben következőleg változnak a viszonyok.

Absolut tompulat csak a 11. melltövisnyújtványon kapható, a 12.-en tompult dobos, a három felső ágyéki tövisnyújtványon dobos. Ezen kopogtatási hangokban nyilvánul a májnak hasirányú, horizontális fekvés alatti előredőlése és a mellür felé emelkedése. A 4. ágyékcsigolyától a farcsíkcsontig teljesen tompává vált kopogtatási hang a medenczeürben tömegesen lesülyedt és a beleket nagy mértékben eltérítő savónak hatását jelenti.

A második betegnél szövetközi májlob, máj- és lépnagyobbodás áll fen; a hasvízkórra vonatkozó kopogtatási hangok lényegében egyezők az előbbi esetéivel, t. i. függélyes helyzetben felül a 11. mellcsigolyától lenyúló abszolut májtompulat, alatta dobos bélhang, ez alatt ismét a medenczeürbe gyült savónak tompa kopogtatási hangja.

Vízszintes helyzetben a májtompulat kisebbé, a belek dobhangterületének nagyobbá válása, az 5. ágyéki tövisnyújtványtól lefelé a medencze savótartalmának hangja. Nagy különbség mutatkozik azonban az első esettel szemben az ágyéki gerinczoszlop kopogtatási hangjában, a mely a második esetben a máj- és lépdaganat összehatása alatt vertikális helyzetben a 11. melltövisnyújtványtól a 4. ágyéki tövisnyújtványig absolut tompa, míg a bélhang csak a 4. ágyékcsigolyán van jelen s az 5.-től lefelé teljesen tompává válik. Horizontális helyzetben pedig a 11. melltövisnyújtványon erősen tompult, a 12.-en tompa, innen a 4. ágyéki tövisnyújtványig éles dobos, az 5.-en tompult, a keresztcsonton erősen tompult dobos. Ha a szabad hasvízkórnál függélyes helyzetben nyert tompulat a petefészektömlő tompulatával összehasonlíttatik, ezek lényegesen különböznek. A vízkóros betegnél a tompulat felső határa elől a köldök felett 3 ujjnyira és a csípőcsont felett talán egy ujjnyira található. A gerinczoszlopot kopogtatva, a csípőcsont taraja magasságának megfelelőleg már léghangot kapok. A tompulat lejebb kezdődik. Attól az alaktól, a melyet a cystánál bemutattam, eltér abban, hogy hiányzik a kocsányszerü nyúlvány, a tompulatnak felső szinvonala pedig hátul megközelítőleg azon magasságban van, mint elől, térdkönyökhelyzetben pedig hiányzik a dobosan hangzó öböl, a mely a cystánál létrejött.

A felsorolt kóros állapotok vizsgálata közben még más kopogtatási tüneményekre is akadtam, melyek azonban jelentőségükre nézve csak másodsorban állanak. Igy a betegek oldalfekvésben való vizsgálatánál a hasvízkór és tömlős dagok között jellemzetes kopogtatási különbségek találhatók; szabad hasvízkórnál egyedül a nehézkedés törvényei határozzák meg a tompulati terület helyét és kiterjedését, míg tömlőnél ennek mozgékonysága, a tömlőburok engedékenységének foka, a tömlőfelület alakja, esetleg szilárd dagokkali összeköttetése befolyást gyakorolnak az oldalfekvésben található tompulat alakjára. Ezen másodrendü kórjelek taglalása azonban messzire és csekély értékü eredményre vezetne.

Másrészről azonban, tisztelt Orvosegylet, úgy gondolom, hogy ezekkel az esetekkel nincsen kimerítve a tér, a melynek körében a gerinczoszlop kopogtatási hangja hasznos szolgálatot tehet a diagnostikában. Csak érinteni akarom, hogy néhány esetében a parametritikus idült izzadmánynak a belső csípőizom mentén felvonuló izzadmánytömeg a keresztcsontnak intensiv tompa kopogtatási hangjában jött kifejezésre. Valószinünek tartom, hogy kezdődő, különböző természetü hátsó gégedaganatok, nyelőcső-, hasnyálmirigy-, vese-, hashártyamögötti különböző daganatok, méh- és végbélújképlődések előbb változtatják meg a kopogtatási hangok szabályosságát, mintsem más physikai kórtünetekre vezethetnének.

Nem kételkedhetem, hogy előfordulhatnak olyan esetek, a melyekben a kopogtatási hangok ezen eltérése az első physikailag megállapítható kórjelenséget képezi.

Az előadottak után és az adatok elfogulatlan mérlegelése alapján jogosultnak tartom a következtetéseket a következőkben levonni.

1. A gerinczcsontok tövisnyúlványának kopogtatása által előidézett hangok szerint a gerinczoszlop öt különböző szakaszra — zónára — oszlik.

2. A gerinczoszlop tövisnyújtványainak kopogtatásánál az egyes csigolyák úgy viselkednek, mint egy plessimeter.

[1] Il policlinico Anno XIII., 1906, Fasc. 14. Numero speciale per le onoranze a Guido Baccelli p. 11. Eredeti közl. Di un nuovo segno dei tumori ovarici. Roma. tip. Pap. Rom. 1876.

3. Az előidézett kopogtatási hangok a gerinczcsontok előtt fekvő szervek boncztani viszonyai által határoztatnak meg.

4. Az adott kopogtatási hang minőségét azon gerinczcsont környezete uralja, a melyhez a kopogtatott tövisnyújtvány tartozik.

5. A gerinczoszlop mint kopogtatási terület bizonyos önállósággal bir s kopogtatási hangja függetlenül eltérő lehet a szomszédos területeknek — bordaközök, hasfalak — kopogtatási hangjától.

6. Ezekből folyólag a környező szervek kórboncztani elváltozása a gerinczoszlop kopogtatási hangjának megváltozásában juthat kifejezésre.

7. Ezen megváltozás kórtüneti és kórismészeti jelentőséggel bir. A kórtünet egyes esetekben a betegség egyedüli physikai jelét képezheti.

8. A kérdésbe jövő szervek kórboncztani változásainak előhaladása vagy visszafejlődése bizonyos esetekben a gerinczcsontok kopogtatása által felismerhető.

9. Ezen viselkedés a gerinczcsontok éptani állapotához van kötve. A gerinczcsontoknak különböző rendellenességei a kopogtatás ezen szabályos viselkedésére zavarólag hat.

10. Éptani állapotban való állandó szabályosságánál, valamennyi kórtani állapotban mutatkozó szabályosság szerinti változásánál fogva a gerinczoszlop kopogtatási hangja az emberi test szerkezetének jellemzetes tulajdonságát képezi.

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.

(Vége.)

Klinikánkon *összesen 145 esetben alkalmaztuk a novocaint*; a befecskendezéseket, épen úgy mint a stovainnál és alypinnél, részint a bőrbe, részint a bőr alá alkalmaztuk. A befecskendezésekhez a höchsti gyárból való novocaint használtuk, steril vízben oldva. Az oldathoz nem vegyítettünk mellékvesekivonatot az alypinnél már említett okok miatt. A befecskendezett mennyiség a műtétek szerint 4—12 cgm. között váltakozott; az egyszere alkalmazott legnagyobb mennyiség 13 cgm. volt. Eseteink egyikében sem tapasztaltunk sem helybeli káros hatást, sem mérgezésre valló tüneteket.

A befecskendezés nem fájdalmas; különösen érzékeny egyéneknél a tüszúrás helyét előzőleg chloraethyllel megfagyasztottuk. A befecskendezett terület vérrel való ellátásában változást megállapítani nem lehetett; utóvérzést nem észleltünk.

A novocainnal végzett műtétek a következők voltak (1906. május 12.-ig):

Gyökeres sérvműtét Bassini szerint	42
Köldöksérvműtét	4
Strumectomia	7
Laparotomia	2
Hydrokele	2
Trepanatio	2
Kiizesítés, idegen test ujjban	18
Különböző daganatkiirtás	15
Bordaresectio	3
Foghúzás	25
Tályognyitás	15
Uranoplastica	1
Amputatio penis	1
Castratio	3
Sphincterotomia, fistula ani	5

A műtéteknél az érzéstelenség a befecskendezés után mintegy 6 percz mulva volt észrevehető és még 30—35 perczig is eltartott. Ha a műtét hosszabbra húzódott, a befecskendezést itt is minden káros következmény nélkül megismételtük; ily módon még hosszabb ideig tartó műtéteket is fájdalom nélkül lehetett befejezni.

A novocain befecskendezése után *hat esetben semmiféle hatás nem mutatkozott*. Nincs módunkban megitélni, hogy ezen tökéletes sikertelenség mennyiben irandó a novocain rovására; ilyen esetek mindenféle helybeli érzéstelenítő eljárás vagy érzéstelenítő szer alkalmazása mellett előfordulnak.

Ezen esetek a következők voltak:

1. Defectus palati. Uranoplastica. 35 éves asszony. 10 cgm. novocain. Az anyaghiány felfrissítése alatt nyugodtan viselkedik, azonban a lebenyek kikészítése, valamint a varrat fájdalmas.

2. Sarkoma maxillae infer. Resectio. 16 éves fiú. 12 cgm. novocain. Az ajkak átmetszése, a daganat kiszabadítása alatt igen csendes, de az állcsont átfürészelése és a varrat igen fájdalmas.

3. Epididymitis tbc. Castratio. 32 éves. 10 cgm. novocain. Bőrmetszés érzéstelen; műtét többi része, különösen a funiculus átmetszése igen fájdalmas.

4. Golyó a quadriceps inában. 16 éves fiú. 10 cgm. novocain. Már az első befecskendés után jajgat és minden áron el akarja magát altattatni. A bőrmetszés, a golyó felkeresése valamint a varrat alatt egyformán jajgat.

5. Férfiökölnyi, részben substernális fekvésü struma. Strumectomia. 40 éves asszony. 12 cgm. novocain. A bőrmetszés fájdalmatlan, a műtét többi része valamint a varrat fájdalmas.

6. Foghúzás 26 éves férfinál szúvasodás miatt. 4 cgm. novocain. A befecskendezés és a kihúzás fájdalmas.

Ki nem elégítő volt az eredmény, azaz a műtét nagyobb része fájdalmatlan volt ugyan, de egyes szakaszai alatt a beteg fájdalmat érzett *33 esetben*:

Gyökeres sérvmetszés Bassini szerint	6
Köldöksérv	1
Strumectomia	2
Laparotomia	1
Trepanatio	2
Bordaresectio	2
Daganatkiirtás	5
Tályognyitás	3
Foghúzás	10
Hydrokele	1

A hat inguinális sérvműtét mindegyikében a tömlő kifejtése és az izomvarrat, köldöksérvnél az egyenes hasizmok varrása volt a fájdalmas rész. A strumectomiánál és a daganatkiirtásoknál főként a daganat vongálása okozott fájdalmakat. A bőr teljesen érzéstelennek volt mondható mindenütt.

Ezen esetekkel szemben összesen *106-ban az elért érzéstelenség tökéletes* vagy legalább is kielégítő volt. Különösen jó — a cocainbefecskendezéshez képest határozottan jobb — volt az elért érzéstelenség a Bassini-féle műtéteknél (42 sérvműtét közül csupán 6-ban nem volt kielégítő az eredmény). Klinikánkon a sérvműtéteket (a gyermekektől eltekintve) mindig narcosis nélkül végezvén, gazdag tapasztalatokat szerezhettünk egyrészt azon irányban, hogy milyen különféleképen tűrik a betegek ezen műtétet, másrészt azon irányban is, hogy a műtét egyes szakaszai közül melyek az inkább fájdalmasak. A cocain alkalmazásakor is volt nem egy betegünk, a ki a műtétet minden szó nélkül, a fájdalomnyilvánítás minden jele nélkül állotta ki; azonban voltak, a kik jajgatni csak a kötés alkalmazásakor szüntek meg. Nem lehet tehát egyedül a véletlennek betudni, hogy a mióta novocaint használunk, 42 sérves betegünk közül 36 nagyon jól tűrte a műtétet. Több esetben a műtét igazán úgy folyt le, mintha a beteg el lett volna altatva. Az értelmesebb betegek a műtét egyes mozzanatait figyelemmel kisérték, ismételt és ismételt kérdésre azt felelték, hogy semmit sem éreznek. Több betegünknél történt meg, hogy az egyik oldali sérvműtét után kivánták, hogy a másik oldali sérvét is azonnal operáljuk meg. Ennél jobb bizonyíték nem szükséges annak igazolására, hogy a műtét nem volt fájdalmas. A tömlő kifejtésénél támadó fájdalmakat igen jól lehet csökkenteni a nervus spermaticusba perineuralisan fecskendezett novocainnal; ily módon a betegek a cremaster átmetszését és a funiculus

vongálását — a mi a mütét legfájdalmasabb része szokott lenni — nagyon jól türik.

De nemcsak a Bassini-mütétnél tapasztaltunk ilyen jó eredményt. A többek között egy meglehetősen nehéz strumaki irtást végeztünk 32 éves asszonynál a nélkül, hogy megmozdult vagy jajgatott volna. Két collegán és három orvosnövendéken is volt alkalmunk a novocain jó érzéstelenítő hatását észlelni; egybehangzó véleményük szerint a mütétből, a varrásból semmit sem éreztek.

Igen jó érzéstelenséget tudtunk elérni novocainnal foghúzásoknál is; nehány alveolus-resectioval járó gyökérhúzást teljesen fájdalom nélkül lehetett végezni.

A lobos területek érzéstelenítése is kielégítőnek mondható novocainnal; mastitis után keletkezett mélyen fekvő tályog megnyitását a beteg egyáltalában nem érezte.

Laparotomiát is végeztünk novocain alkalmazásával; a beteget súlyos billentyübaj miatt nem lehetett altatni és e miatt csak helybeli érzéstelenítést alkalmaztunk. A befecskendett novocain mennyisége 12 cgm. volt; a hasfalak átmetszését a beteg általában nem érezte, de a hashártya fali lemezének érzékenysége itt is beigazolódott. Maga a gastro-enteroanastomosis (radikálisan ki nem irtható pylorus-carcinomája volt a betegnek) nem volt fájdalmas.

Ha egybevetjük azon esetek számát, a melyekben novocainnal érzéstelenséget tudtunk elérni azok számával, a melyekben az eredmény semmi vagy ki nem elégítő volt: akkor mégis jó helybeli érzéstelenítő szernek kell tartanunk a novocaint még mellékvesekivonat nélkül is; legalább is olyan jónak és megbizhatónak, mint a cocaint, ha ugyan nem jobbnak. *Az esetek 72·4%-ában teljesen kielégítő érzéstelenséget tudtunk elérni.* A novocain biztos sterilizálhatását, helybeli ártalmatlanságát, valamint nem mérgező voltát illetőleg tett tapasztalataink megegyeznek a többi szerző tapasztalatával.

Tapasztalatainkat a felsorolt három helybeli érzéstelenítő szerről a következőkben foglalhatjuk össze:

1. *Úgy a stovain, mint az alypin és a novocain a cocain felett határozott előnyt érdemel a biztos sterilizálhatás szempontjából.*

2. *Mind a három szer a cocainhoz viszonyítva kevésbé mérgező; az alypinnel és a novocainnal mérgezési tüneteket egyáltalában nem észleltünk.*

3. *Helybelileg a novocain teljesen ártalmatlannak mondható még nagyobb adagok alkalmazása után is*; a stovain és az alypin befecskendezése után semmi elhalásra mutató tüneteket nem észleltünk ugyan, de mi csak 1%-os oldatokat használtunk. Töményebb oldatok mellett más szerzők ilyen elhalásokat leirtak.

4. Az érzéstelenség fokát illetőleg a három szer hatásában lényeges különbséget tudtunk megállapitani. *A cocainhoz viszonyítva leggyengébb hatású a stovain; az alypin és a novocain körülbelül egyforma hatású, csakhogy a novocain hatása tartósabb.*

5. *Minthogy hatás tekintetében a novocainnak a cocainnal egyenlő adaga vele egyenértékünek mondható, a cocainnál azonban kevésbé mérgező és helybelileg sem okoz semmi káros befolyást a szövetekre, azért az adag tetemesen fokozható és ezzel a hatás is növelhető.*

6. Mind a három szer a cocainnál jóval olcsóbb; a novocain egy grammjának ára ez idő szerint 60 fillér.

Irodalom. Adam: Ein Fall von Abduzenslähmung nach Lumbalanästhesie. Münch. m. Wochenschr. 1906. — *Biberfeld:* Pharmakologisches über Novocain. Med. Klinik. 1905. — *Bier:* Über den jetzigen Stand der Rückenmarksanästhesie. Kongr. der deutschen Gesell. f. Chir. 1905. — *Blondeau:* Sur l'emploi de la stovaine adrenalisée. Journal de Méd. 1905. — *Bosse:* Zur Lumbalanästhesie. Berlin. klin. Wochenschr. 1906. — *Braun:* Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und prakt. Anwendung. Leipzig 1905. — Über einige neue örtliche Anaesthetica. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Caplescu-Poenaru:* Die Resultate der Rhachistovainisierung. Zentr. f. Chir. 1906. ref. Toff. — *Chaput:* L'anesthésie rachidienne à la stovaine. Bull. de la Soc. de Chir. 1904. — L'anesthésie à la stovaine lombaire. Revue de Chir. 1906. — *Cisler:* Neue Anaesthetica in der Rhinolaryngologie. Zentr. f. Chir. 1906. ref. Mühlstein. — *Danielsen:* Poliklinische Erfahrungen mit dem neuen Lokalanaestheticum Novocain. Münch. med. Wochenschr. 1905. — *Demaillasson:* Les injections analgesiantes. Thèse Paris 1905. — *Dollinger:* Klinikai évkönyv 1905. — *Dönitz:* Technik, Wirkung und spezielle Indikation der Rückenmarks-Anaesthesie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 70. — *Finder:* Über Alypin in der Rhinolaryngologie. Berlin. klin. Wochenschift, 1906. — *Finkelnburg:* Neurologische Beobachtungen und Untersuchungen bei der Rückenmarksanästhesie mittels Cocain und Stovain. Münch. med. Wochenschr. 1906. — *Froelich* und *Ohm:* Beitrag zur Verwendung des Alypins. Wochenschr. f. Therapie des Auges. Jahrgang 9. — *Gemuseus:* Über das Stovain, ein neues Localanästheticum. Dissert. Bern 1905. — *Hackenbruch:* Zur Technik der Rückenmarksanästhesie. Zentr. f. Chir. 1906. — *Hainecke* und *Läwen:* Experimentelle Untersuchungen und klinische Erfahrungen über die Verwertbarkeit von Novocain für die örtliche Anaesthesie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 80. — *Hermes:* Weitere Erfahrungen über Rückenmarksanaesthesie. Med. Klinik. 1906. — *Hildebrand:* Die Lumbalanästhesie. Berl. klin. Wochenschr. 1905. — *Impens:* Über Localanaesthesie. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Joseph* und *Kraus:* Alypin, ein neues Lokalanaestheticum. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Kendirdjy:* L'anesthésie chirurgicale par la stovaine. Paris, Masson et Comp. 1906. — *Kendirdjy et Bertaux:* L'anesthésie chirurgicale par injection sous-arachnoidienne de stovaine. Presse médic. 1904. — *Kendirdjy* és *Burgand:* 140 neue Fälle von Rachistovainisation. Allgem. med. Zentralzeitung 1905. — *Krecke:* Über Spinalanaesthesie. Gynäk. Gesellsch. München 1906. — *Kugel:* Stovain, ein neues Antisepticum. Wiener klin. therap. Wochenschr. 1905. — *de Lapersonne:* Un nouvel Anesthétique local la Stovaine. Presse medic. 1904. — *Lazarus:* Zur Lumbalanaesthesie. Med. Klinik. 1906. — *Lennander:* Über lokale Anaesthesie. Zentr. f. Chir. 1906. ref. Hanson. — *Loeser:* Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie. Med. Klinik. 1906. — *Lohmann:* Das Stovain in der Infiltrations-anaesthesie. Fortschr. der Med. 1905. — *Lucke:* Die Lokalanaesthesie in der Blase. Monatschr. für Harnkrankheiten. 1905. — *Milkó:* Spinalis analgesia stovainnal. Budapesti Orv. Ujság 1906. — *Peckert:* Lokalanaesthesie mit Alypin Deutsche Zahnärzt. Wochenschr. 1905. — *Polák:* Über das neue Anaestheticum Stovain. Zentr. f. Chir. 1906. ref. Mühlstein. — *Preindelsberger:* Bemerkung zur Rückenmarksanästhesie. Wiener med. Wochenschr. 1906. — *Róna:* A stovain mint helybeli érzéstelenitő szer. Budapesti Orv. Ujság 1905. — *Ruthon:* Sur un nouvel anesthétique: la stovain. Thèse Paris 1904. — *Sachse:* Novocain, ein neues örtliches Anaestheticum. Deutsche Zahn. Woch. 1905. — *Sandberg:* Respirationsparalyse efter stovain. Zentr. f. Chir. 1906. ref. Hausson. — *Schiff:* Über Stovain als locales Anaestheticum. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Schmidt:* Über Novocain Höchst. Münch. Med. Wochenschr. 1905. — *Seeligsohn:* Über Alypin, ein neues lokales Anaestheticum. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Seifert:* Über Alypin. Deutsche Med. Wochenschr. 1905. — *Sicherer:* Alypin, ein neues Anaestheticum. Ophthalm. Klinik. 1905. — *Sonnenburg:* Rückenmarksanaesthesie mittels Stovain. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Steiner:* A lumbalis analgesia jelen állása. Orvosi Hetilap. 1905. — *Stotzer:* Alypin, ein neues Lokalanaestheticum. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — *Tillmann:* Lumbalanaesthesie mit Stovain. Berl. klin. Wochenschr. 1905. — *Trautenroth:* Ein Fall von schwerer Stovainvergiftung nach Lumbalanaesthesie. Deutsche med. Wochenschr. 1906. — *Tuffier:* Die Rückenmarksanaesthesie mit Stovain. Wiener klin. therap. Wochenschr. 1905. — *Winternitz:* Lumbalanalgesia. Dollinger: Seb. módszerek. I. k. — *Woskresenski:* Über lokale Stovain-Anaesthesie. Fortschr. der Med 1905.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Sarbó Artur dr.: A beszéd, összes vonatkozásaiban, különös tekintettel a gyermekkorra. Budapest, Athenaeum kiadása. 291 lap, 32 ábrával és 3 táblával. Ára 5 korona.

A munka első része (1—86. lap) a beszéd létrejöttének anatomiai, élet- és fejlődéstani adatait tartalmazza; ezt Sarbó úgy a laikus, mint az orvosi közönségnek szánta. A második, részletes résznek első fele (87—208. l.), a münek csaknem felerésze, a gyermekkori beszédzavarokat ismerteti. Sarbó szerint ez főleg a tanitóság és a szülők részére iródott, mig a befejező rész (209—283. l.) az idegrendszer megbetegedéseivel kapcsolatos beszédzavarokról szól és inkább az orvosokat érdekli.

Nézetem szerint a münek legfontosabb része épen a gyermekkori beszédzavarokról szóló s felfogásom szerint ez az, a mely legközelebbről érdekelheti az orvosokat. Kell, hogy érdekelje őket pedig azért, mert ezen beszédzavarokkal a gyakorló orvos lépten-nyomon találkozik, az ő kötelessége a szülőket e bajok javithatóságára, gyógyithatóságára, a velük szemben követendő prophylaxisra figyelmeztetni, a teendők iránt tanácscsal ellátni. A beszéd hibáinak és betegségeinek ezen fontos és terjedelmes fejezetéről az orvos egyetemi kiképeztetése alatt egyetlen szót sem hall, sőt erről a közkézen forgó tan- és kézikönyvekben sem találhat semmi felvilágositást.

Ha valaha nem volt phrasis a „hézagpótló“ kifejezés, úgy épen ezzel a művel szemben nem az. S épen a gyermekkori beszédzavarok fejezete az, a mely nemcsak tudással és szeretettel iródott, hanem irásmódjánál s egész beosztásánál fogva alkalmas az e téren teljesen tájékozatlan orvost nagyobb nehézségek nélkül megismertetni a reá nézve fontos s máshonnan el nem sajátítható tudnivalókkal, diagnosissal, prognosissal, teendőkkel és a kérdéses bajok külföldi s hazai statistikájával. Ez a körülmény indít egyúttal arra, hogy ismertetésemben Sarbó könyvének ezen részével foglalkozom legrészletesebben.

Az első részből az orvos felújíthatja s kiegészítheti a *beszéd anatomiájára és élettanára* vonatkozó ismereteit, mit nagyszámú jó ábra, valamint több eredeti séma könnyít meg. Igen tanulságos a beszédhangok képzésének tana, mely — főleg Balassa nyomán — különös tekintettel van nyelvünk hangtanára. Nem kevésbé fontos az összefüggő beszéd tana. E fejezetben a *hangkapcsokról* szóló részt kissé túlságos tömörre összevontnak találom. Tekintettel arra, hogy még a terjedelmesebb élettani tankönyvek is többnyire csak az egyes hangok képzését, nem pedig azok összefüggő kapcsolatainak élettanát ismertetik, az ilyen speciális munkából szívesen merítenénk e tárgyról részletesebb okulást is.

Az általános beszédfejlődéstan című fejezetben a szerző oda concludál, hogy az emberi hangbeszéd a taglejtéses beszédből és azzal együtt fejlődött. A beszéd az állatok azon tulajdonságára vezethető ugyanis vissza, hogy érzelmi állapotuknak megfelelő jelek adására képesek. E jeladás a kedélyállapothoz társuló izommozgásban nyilvánul, mely *kifejező mozgás* minden beszéd kiindulópontja. A hangot létrehozó lélegzési, szótagolási és gége mozgások eredetükre nézve szintén mimikai mozgások, melyek kiséretében, a meglevő anatomiai berendezés mellett, *hang* jő létre. Ezt a *járulékosan* létrejött hangot az egyén érzékeli s elméjében kapcsolatba hozza azzal a tárgygyal, folyamattal, stb., a mely benne az illető lelki állapotot létesítette, s melynek kifejezői voltak az említett mimikai mozgások s ezek között a beszédmozgások.

Hogy a beszéd fokozatos fejlődés útján keletkezett, azt a szerző azon egyéni különbözőségekkel is igyekszik támogatni, melyek a homloklebenynek a beszéd mozgató központjait tartalmazó alsó területében tapasztalhatók s melyek Edinger szerint a beszéd e központjának még egyre folyamatban levő s fokozódó fejlődését bizonyítják. Sarbó felveszi a fejlődés fokozatosságát az állattól az emberig s kétségtelennek tartja, hogy volt egy közbeeső élő lény, talán Haeckel anthropos alalus-a, mely a magasabbrendü majom és ember között foglalt helyet s hogy az beszélőképessége szempontjából többet tudhatott, mint szellemi állapotait pusztán jelezni, a mit az intelligensebb állatok is tudnak, de kevesebbet, mint a mai beszélő ember.

Az egyéni beszédfejlődésről szóló fejezetben a szerző megkülönbözteti: 1. *az élettani siketség és vakság korszakát*, az élet első heteit tehát, mikor a csecsemőt csak az éhség készteti hangadásra; 2 a *szótagolatlan hangok szakát*, mely az első negyedév után, a pyramispálya velősödésével kezdődik, s melyben a csecsemő valamint végtagjait, úgy hangadó szerveit is kezdi érvényesíteni; 3. a *gagyogás szakát*, mely kb. a második félévvel, az érzékszervek élesebb s teljesebb működésének beálltával s az érzéki figyelem izmosodásával indul meg, midőn a gyermek a hallott s önelőidézte hangokban örömét találja, s a nélkül, hogy a beszédet értené, hangokat utánoz. Ezen utánzásnál nemcsak halló-, de látóérzékét is igénybe veszi, ügyelve a felnőttek szájmozdulataira. Első sorban a magánhangzókat képezi, melyeket fejletlen hallási perceptiojával legkönnyebben különböztet meg, majd a zöngés mássalhangzókat s ezek közül legelsőbben az ajak-, fog- és nyelvhangzókzat, minthogy ezek képzését legjobban látja s ezek kiejtéséhez szükséges izomzata már a szopás révén leginkább begyakorlott. Ezután következik 4. a *szótagolt tudatos beszéd szaka*, melyet a mai kor gyermekénél az iskolás kor elértével követ 5. a *hangos olvasás szaka* s a serdülés beálltakor 6. a *hangcsere szaka*, a melylyel a beszédfejlődés kb. 1½ évtizedre terjedő folyamata befejeződik. Más szempontból megkülönbözteti s leirja Sarbó 1. a gyermek-, 2. az ifjú-, 3. a férfi- s 4. az aggkori beszéd szakát.

A beszéd fejlődéséről szóló e 2 fejezet (58—80. l.) igen áttekinthetően, világosan s érdekesen van megirva; nem egy helyütt a szerző saját észleleteivel és mindenütt világosan megokolt, kialakult egyéni felfogásával találkozunk. Kár, hogy a szerző nem tért ki könyvében a beszéd tartalmi részének, a fogalom- és szókincsnek fejlődésére is, melyre nézve az utolsó években külföldön is hazánkban is számos nagyértékü kutatás történt.

A *beszédzavarok beosztása* tárgya a következő fejezetnek. Az anatomiai viszonyokat véve alapul, eredeti, igen jó áttekintést nyujtó séma alapján (kissé erőszakolt benne a fejtől különválasztott fül és nyelv) állítja fel a szerző a beszéd pathologiájának tudományos kereteit. Óvatosságáról s őszinteségéről tesz tanuságot azon megjegyzése, hogy a beszédzavarak közül nem egy csak tudatos erőltetés útján osztható be a maga anatomiai csoportjába.

Ennek fenntartása mellett is határozottan nagy haladásnak kell tekintenünk a beszéd tudományos pathologiája terén a *Sarbó* által megalkotott, a beszéd összes kóros jelenségeit egységes alapon felölelő beosztást.

Megkülönböztet szervi és müködéses beszédzavarokat, melyek különböző eseteiben a beszédmechanismusnak más más része hibás. Az összes értelmi működéseket képviselő hypothesises, ismeretlen localisatiojú értelmi központ zavarai hozzák létre a hülyék, gyengeelméjüek és elmebajosok beszédzavarait. A beszédnek a halló-, látó-, tapintó- és mozgatóközpontok kapcsolataiból álló agykérgi összrendezéses központját érő zavarok, betegségek, defectusok okozzák az aphasiákat, szótagbotlást, siketnémaságot, illetve a fajlagos dadogást és hallónémaságot. E központ együttes működéses zavarai a hysteriás, epilepsiás aphasiákat, hysteriás némaságot s dadogást, a működéses pöszebeszédet s a hadarást okozzák. A híd- és nyúltvelőbeli idegmagvak zavarai a bulbaris beszédzavarhoz, a gerinczvelői központoknak mint a beszéd peripheriás szerveit ellátó idegek eredő helyeinek bántalmai a skandáló beszédhez vezetnek, míg a mindhárom utóbb említett központból eredő idegek s az őket ellátta izmok bántalmai az úgynevezett környéki beszédzavarokat, a szervi pöszebeszéd különböző fajait létesítik.

Gyakorlati szempontból azonban a szerző nem követi e beosztást, hanem kétségtelenül bölcsen engedményt téve paegogus olvasókörének, az összes beszédbántalmakat 1. a gyermekkori és 2. az idegrendszer betegségei kapcsán keletkező beszédzavarok csoportjába osztja.

A 7. fejezetben (89—102. l.) a gyermeki beszéd normális fejlődését fenyegető veszélyeket (agybántalmak, alkoholismus, hallószerv betegségei, adenoid vegetatiók, veleszületett rendellenességek, alkati betegségek, környezet káros befolyásai, stb.) s a beszédfejlődés helyes vezetése körül felmerülő szülői és tanítói teendőket ismerteti. A 8. fejezet a *siketnémasággal* foglalkozik (103—114. l.) Ez, valamint a *hallónémaság* (115—119. l.) két felette érdekes s tanulságos fejezete Sarbó munkájának. E helyütt csak a statistikából ragadok ki egy adatot, mely szerint Európában 10,000 lakosra átlag 7·7 siketnéma esik; Magyarországon ezen átlag azonban 13·4-re nő fel, és hazánkat e téren csakis Svájcz mulja felül. Orvosilag fontos e fejezetekben a siketség kórtana, a hallás vizsgálata, a siketnémaság és hallónémaság gyógyítása, illetve gyógypaedagogiai kezelése.

A 10., a fajlagos dadogás kóroktana című fejezetben (120—134. l.) a dadogást a beszélőszerv összrendezésének zavaraként irja le, mely a kora gyermekkorban élettani sajátosság, a mely kedvezőtlen körülmények esetén a későbbi korban is megmaradva, beteges szokássá fajul. Sarbó szerint a talaj, melyen ez elfajulás beáll, a *sanguinikus vérmérséklet*, tehát a dadogás fennmarad, illetve kifejlődik oly egyéneknél, kiknél az idegrendszerbeli reactio aránytalanul nagy és gyors, s e fokozott ingerlékenységnek egyik nyilvánulása épen az izomgörcs. A normális beszédfejlődés nehézségeinek legyőzéséhez szükséges nyugodt vérmérséklet hiánya tehát az első hajlamosító momentum, melyhez utóbb, az értelem fejlődésével, mint másodlagos tünet, a beszédhiba szülte *psychikai depressio* járul. A dadogásra hajlamosító körülményeken kivül, mint a dadogást kiváltó okokkal foglalkozik e fejezet azzal a befolyással, melyet az utánzás, az alkohol, a kezdődő dadogás ellen alkalmazott büntetések, a fertőző bántalmak, a beszédhibásból néha beszédgyávát nevelő iskola és az ivarérés gyakorolnak a gyermekre.

A 11. fejezetben a *dadogás tünettanát és elterjedését* ismerteti a szerző (135—147. l.), javarészt saját kutatásai alapján.

225 eset között terheltséget 62%-ban talált, még pedig általában ideg- s elmebajra 26, dadogásra 36%-ban. Az a körülmény, hogy a beszéd fejlődése az esetek egy negyedében késést mutatott, a referens felfogása szerint arra utal, hogy a Sarbó által felvett kórtani alapon kivül az eseteknek legalább is nagy számában a beszédközpontoknak, illetve azok egy részének *fejlődési* zavarával van dolgunk, melynek folytán a beszéd néha egyáltalán későn, vagy nem is tökéletesen fejlődik. A dadogás első jelentkezése Sarbó kutatásai szerint az eseteknek csaknem felében már a 2—3. évben mutatkozik. Magyarország 29,162 beszédhibás tanulója közül 6046, tehát 24% a dadogó. Egyéb beszédhibákkal együtt 15·7%-ban mutatkozott a dadogás. A dadogók intelligentiáját Sarbó határozottan rendesnek találja s érdekes az az észlelete, melyet saját tapasztalásomból csak megerősíthetek, hogy a gyengetehetségű tanulók közül az aránylag legkevésbé gyengeelméjűeknél fordul csak elő a dadogás. *Éneklékor* a dadogás többnyire elmarad. Sarbó ezt, más szerzőktől eltérően s nézetem szerint igen helyesen, annak tulajdonítja, hogy az éneklést más agyi központ indítja, ellenőrzi, szabályozza s coordinálja, mint a beszédet, mely az éneknél csak alárendelt szerepet játszik. Úgyszintén elmarad többnyire a dadogás susogáskor és szavalásnál, szónoklásnál, szóval pathos hatása alatt. A 12. fejezet a beosztást, *diagnosist*, *prognosist* tárgyalja. Megkülönböztet könnyü, középsúlyos és súlyos dadogást. A kórjelzés alapját a beszéd folyékonyságának megakadásában látja, a beszédszerv valamelyik izmában támadó tonusos vagy klonusos izomgörcs folytán. Gyermek a bajból gyorsabban gyógyítható ki, mint az ifjú, ez könnyebben, mint a felnőtt. A kórjóslatra vonatkozó egyéb jeles útmutatásokra, valamint a következő fejezetben (150—168. l) tárgyalt gyógyítás részleteire nézve az eredetire kell utalnom.

Érdekes s a gyakorló orvosra kiválóan fontos az, a mit a szerző *a beszédhibások tanfolyamainak eredményeiről* közöl. *Könnyű esetek fél év alatt gyógyulnak*. Súlyosabb esetekben csak hosszabb, évekre terjedő kezelés hoz teljes gyógyulást vagy legalább lényeges javulást. A tanfolyamnál *czélszerübb az egyes kezelés*, miért is tehetősebb szülő fogadjon gyógypaedagogust, vagy még helyesebben helyezze el az ilyennél gyermekét. *Felnőttek dadogásánál Sarbó nem ajánlja a módszeres kezelést*. Ezeknél a czéltudatos önfegyelmezést, a nyugodt kedélyhangulatra törekvést ajánlja, támogatva esetleg idegcsillapitók szedésével, alkoholabstinentiával, naponta 1—2 órai hangos olvasással. Különben *Sarbó* szerint a férfikorral járó nyugodt hangulat elérésével a dadogás magától gyógyul.

A dadogásellenes küzdelem súlypontja egyébként a szerző szerint a *prophylaxisban* rejlik. E tekintetben érdemes idéznünk *Gutzmann*-t, a beszédhibák kezelésében a külföldnek jelenleg első tekintélyét, ki szerint: „*Főleg Dánia és Magyarország központosított intézményei olyannyira mintaszerüek, hogy nem tehetünk jobbat, mint hogy e példát utánozzuk.*“

A 14. fejezetben a *pöszebeszédet* tárgyalja a szerző (169—194 l.), mi alatt a *kiejtésnek* és a *beszéd tisztaságának* zavarait foglalja össze, a minők a magánhangzók tájszólásos, orrhangzós és hehezetes kiejtése, a mássalhangzós pöszebeszéd köréből a gammacismus, lambdacismus, rhotacismus, stb. A müködéses pöszebeszéd mellett tárgyalja a *szervi pöszebeszédnek* hiányos hallás, gégebeli elváltozások, szájpadlás- és orrbántalmak, nyelvbajok, fogrendellenességek, ajakelváltozások folytán előálló féleségeit s mindezek kezelését. Befejezi a gyermekkori beszédhibákat a falzet-hang (eunuch-hang) s végül a *hadarás* kór- és gyógytana. A 16., főleg statistikai fejezetet követi a beszédhibás tanulók felvételének ismertetése, czélszerü *felvételi lap* mintájának közlésével.

A részletes beszédkórtan második része az *idegrendszer bántalmai kapcsán keletkező beszédzavarokkal* foglalkozik. E terület már az orvosok előtt egyáltalán nem ismeretlen. Mégis tévedés volna hinni, hogy e munkában pusztán a bel- vagy idegorvostani tankönyvekben olvashatókat találjuk, más szempontból felsorolva. Első sorban értékes az *aphasiák* ok- és tünettanának, valamint kezelésének tárgyalása mellett — ez utóbbi a munka tág kereteihez arányítva nem elég részletes — a bár szintén röviden, de kitünő gyakorlati érzékkel készült fejezet az *aphasiás beteg vizsgálatának menetéről* (209—225. l.). Valóságos eredeti essay a *hysteriások* (226—237. l.), *neurastheniások és traumás neurosisban szenvedők* beszédzavarainak tárgyalása (237—241. l.). Érdeme a szerzőnek a neurastheniásoknál oly gyakran előforduló, a paralytikusokéhoz sokban hasonló beszédzavarok kiemelése s megkülönböztető diagnostikája. A következő fejezetek az *epilepsiások*, a *choreás*, *tickes* betegek, a *nyúltvelői bántalmakban* szenvedők, *gyengeelméjüek* s végül az *elmebajosok* beszédzavaraival foglalkoznak.

A mü ezen második része különösen bővelkedik eredeti kórtörténetekben s minden izében visszatükrözi szerzőjének széleskörü tapasztalatát, felfogásának önállóságát, itéletének óvatosságát.

Feltétlenül köszönet és elimerés illeti meg az e mü megirására megbizást adó vallás- és közokt. ministeriumot, nevezetesen az annak VII. ügyosztálya élén álló *Náray Szabó Sándor* dr. min. tanácsost, kinek e mü létrejöttének kezdeményezése körül is, miként azt a szerző előszavában említi, szerepe jutott. Sarbónak e téren már egy évtizedre nyúló müködése mellett az ő szervező talentumának és fáradhatatlan buzgalmának érdeme, hogy a beszédhibások oktatása terén a külföld Magyarországot állítja oda követendő példának.

Végül még csak annyit, hogy czélszerü volna a mi egyetemeinken is, miként az Németországban már történik, a beszédzavarok tanából rendes collegiumokat tartani. Addig is, míg ez megvalósul, Sarbó könyve van hivatva az orvosi köröket a beszédhibák terén uralkodó tájékozatlanságból kisegiteni. *Ranschburg.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A fehérvérsejtszámlálásról ir *Ch. Langdon Gibson*. Különös fontosságot tulajdonít sebészi megbetegedéseknél annak, hogy a a fehérvérsejtek absolut száma mellett a polynucleáris leukocyták százalékaránya is meghatároztassék. Ez rendszerint 75%-ra tehető (csak gyermekeknél jóval kevesebb, 28—40%). Genyes, gangraenosus folyamatoknál mindig tetemesen emelkedik és pedig aránytalanul nagyobb mértékben mint az absolut leukocytaszám. Így ha táblázatot készítünk, melynek egyik oldalán az absolut leukocytaszámot, a másikon a polynucleáris leukocyták százalékos előfordulását jelezzük és pedig úgy, hogy 10,000—75%, 15,000—80%, 20,000—85%, 25,000—90%, 30,000—95% egy harántvonalba essenek (a közbeeső 1000—1%-nak kisebb vonalakat hagyván) s az adott esetben talált értékek pontjait a táblázaton vonallal összekötjük, súlyos esetekben a vonal mindig emelkedő lesz. Kifejezett emelkedés kétségtelen súlyos esetre mutat, míg süllyedő vonalnál magas leukocytaszám mellett is a tünetek spontan visszafejlődésére lehetünk elkészülve s az esetet enyhének tarthatjuk. Ezt a szabályt *Gibson* úgy appendicitisnél, mint egyéb genyedő folyamatoknál (epehólyag, tuba, prostata stb.) beigazolva találta. Érdekes még az is, hogy a polynucleáris fehérvérsejtek számának aránytalan megszaporodása praemortalis jelenség is lehet. (Annals of Surgery 1906. 60. sz.) *Pólya.*

Belorvostan.

A systolés szívzörejekről és a pulmonalis 2. hangjának ékeltségéről szóló tanulmányának eredményeit *Lüthge* a következő pontokban foglalja össze: Az accidentalis szívzörejek legegyszerübben pulmonalis-stenosissal magyarázhatók. A testfejlődés bizonyos szakában, a 10—14. életév között úgyszólván kivétel nélkül hallhatók. 2. Ezen „pulmonalis-zörejekhez“ tartoznak *a*) a csupán a pulmonalis felett hallható systolés zörejek; *b*) azon systolés zörejek, a melyek egyidejüleg a mitralis felett is hallhatók, a melyeknek a pulmonalistól tovavezetett voltát azonban erősségüknek fokozatos csökkenése mutatja. 3. A „pulmonalis-zörejek“ a kilégzéskor aránytalanul erősödnek, a belégzés tetőfokán pedig aránytalanul gyengülnek, sokszor el is tünnek. A 2. és 3. pontban említettek alapján minden más systolés zörejtől könnyen elkülöníthetők. 4. Az említettek tekintetbe vételével tetemesen csökken azon systolés zörejek száma, a melyek a differential-diagnostikában nehézséget okozhatnak. 5. A mitral-insufficientia eseteiben a pulmonális felett hallható systolés zörejek szintén relativ pulmonal-stenosisra vezethetők vissza; a kilégzés alkalmával szintén aránytalanul erősbödnek, a belégzés

alkalmával pedig legalább is erősen gyengülnek. 6. A pulmonális 2. hangjának ékeltsége a fiatal korban rendesnek mondható, jelenlétéből tehát nem szabad a jobb szívgyomor túltengésére következtetni. Másrészt mitral insufficientiában szenvedő idősebb felnőtt egyéneken a pulmonalis 2. hangjának ékeltsége akárhányszor nincsen meg, noha a compensatio tökéletes (Medizinische Klinik, 1906. 16. és 17. sz.)

Az alkoholnak az acetontestek képződését gátló befolyásáról ir *Neubauer*. Az aceton, diaceton és β-oxyvajsav kiválasztását egyfelől a zsírnemű táplálóanyagok mennyiségének csökkentésével, másfelől szénhydratok adagolásával kedvezően tudjuk befolyásolni. Legideálisabb természetesen az a szénhydrat volna, mely nem változna a diabetikus szervezetében szőlőczukorrá s a glycosuriát sem fokozná: e két követelménynek Neuberg vizsgálatai szerint a glycerose felel meg legjobban, már sokkal kevésbé a mannit, a xylose és a glyconsav.

Abból indulva ki, hogy ha valamely energia-forrás felhasználásával sikerül a szervezet zsírjának szétesését meggátolnunk, kevesebb aceton képződik, nagyobb alkoholmennyiséget (0·7—1·4 liter bort) adott czukorbetegeinek a szerző. Az alkohol kedvező befolyása az acetonvegyületek képződésének gátlására a súlyos savmérgezéssel járó diabetes-esetekben volt legszembetünőbb: alkohol élvezete mellett ugyánis lényegesen csökkent a vizelet czukortartalma, kevesbedett a kiválasztott aceton, diaceton és ammonia mennyisége; ha elhagyta a beteg az alkoholt, csakhamar a kisérlet előtti állapotba jutott.

Az alkoholnak az acetonvegyületek képződését gátló hatása kevésbé volt szembeötlő oly esetekben, hol csak csekély mennyiségü volt a kiválasztott aceton; a normális egyénekben jelentkező acetonuriát sem befolyásolta a szesz adagolása. Mindez a mellett szól, hogy az alkohol aceton-képződését gátló hatása voltaképen a szesznek a szervezet zsírjának szétesését megakadályozó képességében, vagyis abban keresendő, hogy *az alkohol a czukorbeteg szervezete által értékesíthető energia-forrás*. Lehetséges azonban az is, hogy a szesznek az aceton képződését korlátozó befolyása csak *másodlagos* és tulajdonképen az alkoholnak a czukorkiválasztást csökkentő hatásán alapszik: az alkohol adagolása révén a szervezet nagyobb czukormennyiséget képes feldolgozni s e czukormennyiség csökkenti az aceton képződését. (Münchener mediz. Wochenschr., 1906. 17. sz.) *Halász Aladár*

Mesterséges pneumothorax a tüdőgümőkór gyógyítására. Murphy volt az első, a ki gyakorlatilag megvalósította azon előtte már ismételten tett ajánlatot, hogy mesterséges pneumothoraxszal igyekezzünk a gümőkórosan megbetegedett tüdőt kedvezőbb viszonyok közé hozni. Legújabban *Brauer* tanár közli egy 18 éves nőbeteg kórtörténetét. A rendkivül rohamosan fejlődött, rövid idő alatt az egész bal tüdőt megtámadó súlyos gümőkóros folyamat nitrogengáznak a bal mellkasfélbe juttatása útján létesített pneumothorax befolyása következtében javulást mutatott: a láz csökkent, a testsúly gyarapodott, a betegnek általános érzete javult. A mesterséges pneumothorax kedvező hatása egyrészt a tüdő feszültelenítésével, másrészt nyugalomba helyezésével magyarázható, a minek következtében a tüdőbeli nyirokáramlás is lassul s így a toxinok felszívódása sem történhetik oly könnyen; másrészt úgylátszik tüdőbeli gyüjtőeres pangás is támad és ez is előnyösen befolyásolhatja a Bier-féle pangás módjára a kóros folyamatot. A szerző czikkében részletesen leirja az eljárás technikáját is, a melynek ismertetésétől azonban eltekinthetünk, mert az egész eljárás még csak a kisérletezés szakában van, azok pedig, a kiknek alkalmuk nyilik az ilyen kisérletek végzésére, úgyis kénytelenek az eredeti czikket áttanulmányozni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 17. szám.)

A Sahli-féle desmoid-reactio hasznavehetőségéről számol be *Alexander* és *Schlesinger*. A desmoid-próba lényege az, hogy guttaperchából készült kis zacskóba methylenkéket, salolt vagy jodoformot helyezünk és a zacskót vékony catgut fonállal kötjük össze. A hatásos gyomornedv a fonalat megemészti, mire a zacskó kinyilik, a beléje zárt anyag a gyomortartalommal keveredik és felszívódván, a vizeletben vagy nyálban kimutatható. *Sahli* feltevése szerint a gyomorchemismus szabálytalanságára vall, ha a nevezett váladékokban a reactio elmarad; mert ilyen esetekben fel kell tennünk, hogy a gyomornedv nem tudta a catgut-fonalat megemészteni s a zacskó tartalma nem ürülhetett ki. A nevezett szerzők azonban azt találták, hogy a betegeken észlelt tények nem felelnek meg a várakozásnak. Ismételten előfordult ugyanis, hogy teljesen sósavmentes gyomornedv mellett a zacskóba zárt anyagok már rövid idő mulva kimutathatók voltak; máskor pedig teljesen normális gyomorchemismus esetén is elmaradt a reactio. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 22. sz.) *H. P.*

Sebészet.

A gyomor és belek mozgásáról sebészi körülmények közt irnak *Cannon* és *F. Murphy*. Vizsgálataikat macskákon végezték és pedig úgy, hogy a gyomorbéltractus teljes kiürítése után bismutum subnitricummal elegyített, finoman összevagdalt krumplit (purée) vittek be csövön át a gyomorba s Röntgen-ernyő előtt figyelték meg ennek tovahaladását. Ép körülmények közt a krumpli hamar (kb. 10 perczczel a betöltés után) hagyja el a gyomrot, ½ óra mulva már 10 cm. hosszú vékonybelet tölt ki, 1 óra mulva 30 cm. hosszút, 2 óra mulva éri el maximalis hosszúságát a bélben — 43 cm.-t — s 2—3 óra alatt a colonba ér. Vékonybélresectio után, melyet az első esetekben 18 cm.-rel a pylorus alatt végzett, ha az állatoknál ½ órával a mütét befejezte után 25 cm³ krumplit 5 gm. bismuthtal vitt be, azt tapasztalta, hogy ezen tömeg a gyomrot csak 6 óra leforgása után kezdi elhagyni, bár a gyomor a táplálék bevitele után közvetlenül élénk peristalticát mutatott. Hogy a táplálék a gyomorból nem távozott, az csak a pylorusizomzat ellenállásán múlott s érdekes, hogy az a 6 óra, mely alatt a pylorusizomzat a táplálék bejutását a bélbe megakadályozta, épen elegendő arra, hogy a bélserosa eléggé erősen összetapadjon s a belé jutott tápanyag által történő feszítésnek ellen birjon állani. A vakbél közelében történt bélresectio után a táplálék 2 óra alatt hagyta el a gyomrot, de még 5 órát időzött a vékonybélben, mielőtt a colonba lépett volna át. A béltartalom egyszerüen nem mozdult el helyéből, bár mechanikai obstructio nem volt jelen.

További vizsgálataik tárgya az volt, minő befolyással van a béltartalom előhaladására a bélegyesítés módja, nevezetesen az, hogy a bélkacsok csonkjait körkörösen (end to end) varrjuk-e össze, avagy pedig a csonkok végének vak elzárása után a csonkok oldalfalai közt készitünk közlekedést (lateralis anastomosis). Azt tapasztalták, hogy míg körkörös bélegyesitésnél, 1, 4, 7, 10 nappal a mütét után vizsgálva, a legcsekélyebb pangás sem jő létre a bélvarrat helyén, addig oldalsó közlekedés esetében, bármily tágra készítették is azt, nagymennyiségü tápanyag marad vissza a közlekedés helyén még akkor is, ha igen híg volt (4 gm. keményítő 100 vízre); akkor is, mikor már a táplálék legnagyobb része a colonba távozott, sőt még 24 óra mulva is ki volt itt mutatható. Mint a bonczolás kimutatta, a táplálék tovahaladásának nem volt tulajdonképen anatamiai akadálya, nem is volt oly kemény, hogy ne haladhatott volna tova, hanem a bél az anastomosis helyén nem volt képes azt továbbitani és csak a felette levő bélkacsban meggyülemlő új tápanyag tudta volna azt onnan kinyomni.

További kisérleteik bélobstructiókra, thrombosis- és emboliára, bélkacsnak a peristaltica irányával ellenkező irányban történt bevarrására vonatkoznak; erre nézve lényegesen új dolgokat nem derítettek fel, míg azon kisérleteik, melyek a bél kiürülési viszonyainak változását mutatják, aethernarcosis, száradás, lehülés, kézzel való fogdosás után igen érdekesen világítják meg a postoperativ bélparalysisnek klinikus tapasztalatokból ismert tényét, reámutatván arra, hogy mind e tényezők, különösen a kiszáradás és a durva fogdosás, a bél rendes kiürítését tetemesen csökkentik. (Annals of Surgery, 1906. 160. sz.) *Pólya.*

Chronikus empyemák műtétéül *Rauschoff* a Delorme-féle decorticatio helyett a pleura többszörös egyszerü bemetszését ajánlja egész a tüdőszövetig. A belégzés alatt ezen metszések szélei jelentékenyen széttérnek s a tüdő kitágulhat a nélkül, hogy a rajta tapadó kérget lehántani kellene. (Annals of Surgery, 1903. április.) *Pólya.*

Gyermekgyógyászat.

A menedékhelyekben elhelyezett csecsemőkről statistikai vizsgálatokat közöl *Szana Sándor*, az állami gyermekmenedékhelyek 1903 évi jelentése és a temesvári állami gyermekmenedékhely adatai alapján. A magyar állami gyermekmenedékhelyekben gondozott csecsemők 80·72%-a törvénytelen. Az anyák majdnem mind önálló keresettel birtak, köztük fele személyes szolgálatot tett. A magyar állami gyermekvédelmi rendszernél a csecsemők átlag idősebb korban kerülnek felvételre, mint a román rendszerű lelenczházakban és ugyanolyanban, mint a germán rendszerű berlini csecsemőmenedékhelyben, azonban jóval magasabb felvételi súlylyal kerülnek oda, mint Berlinben. Míg az életük első hónapjaiban felvételre kerülő csecsemőknek $^3/_4$ része normális súlyú, a későbbi életkorban a normális súlyú csecsemők száma mindinkább fogy. A felvételi átlagnál könnyebb súlylyal állami gondozásba vett csecsemők között kétszer akkora a halálozás, mint az átlagsúlynál nehezebb súlylyal felvett csecsemők között. Az idegen nevelőanya által szoptatott csecsemők között háromszor annyi hal meg, mint az anyjuknál elhelyezettek között és kétszer annyi, mint az anyjukkal telepre küldöttek között. Egyenlő ellátás mellett különbség a házasságban született és házasságon kivül született csecsemők halálozása között nincs. A nevelőanyák által gondozott csecsemők halálozása még a második évben is nagyobb $^1/_4$-del és a harmadikban is $^1/_5$-del és csak a negyedik évben enyészik el a különbség. A külső gondozásba kiadott csecsemők közül elhaltaknak közel $^1/_4$-e a felvételt követő 1. hónapon belül hal meg. (Közegészségügyi Kalauz 1906.) *Torday Ferencz*

A pepsin-sósav stomachikus értékét tanulmányozta *L. Meyer* a *Finkelstein* vezetése alatt álló berlini gyermekmenedékhelyen. *Budin* tapasztalta, hogy olyan csecsemők, kik természetes táplálás mellett hosszú időn át súlyban nem gyarapodtak, pepsin adására gyors fejlődésnek indultak. Ennek az a magyarázata, hogy a csecsemők pepsinre nagyobb táplálékmennyiséget vesznek magukhoz, s így a pepsin nem mint fermentum, hanem mint étvágygerjesztő szerepel. Ezeket a tapasztalatokat megerősíti *Meyer* is. Természetes, hogy csak bizonyos esetekben forog fenn annak a szükségessége, hogy a csecsemő több táplálékot vegyen magához. Sohasem javalt ez emésztési zavarokban, sőt ilyenkor a csekély táplálékfelvételt épenséggel a szervezet védekező eszközének kell tekintenünk. A csecsemők három csoportjánál javalt a pepsin-sósav rendelése:

1. Olyan csecsemőknél, kik a szervezet minden kimutatható bántalma nélkül keveset szopnak.

2. Olyan csecsemőknél, kik szoptak, de az elválasztási kísérletnél étvágyukat elvesztették.

3. Olyan csecsemőknél, kik olyan heveny megbetegedéseken (hörghurutok, tüdőlobok, furunculusok, tályogok) estek át, a melyek után tapasztalás szerint a csecsemők táplálékfelvétele csökken. Meyer mindezen esetekben szép eredményt ért el. A pepsint vagy egymagában rendelte a *Witte* féle por alakjában (1 késhegynyit), vagy ezzel együtt 2—3 csepp acid. hydrochlor. dil.-t, vagy a *Grübler*-féle pepsin-oldatból 2—5 cseppet rendelt, mely utóbbiban a sósav már acidalbuminat-összeköttetésben körülbelül 3·5% mennyiségben foglaltatik. A szert mindig az étkezés előtt kell beadni. Sósavtól magától eredményt nem látott, a pepsin azonban többnyire sósav nélkül is hatásos. (Die Therapie d. Gegenw. 1906. 204. l.) *Flesch Ármin* dr.

Idegkórtan.

Mikor ne adjunk bromot a neurastheniásnak? *Hartenberg* e czím alatt kifejti, hogy eleinte az orvosok minden ideges embert jóformán telítettek brommal. Ez ellen már többen felszólaltak. *Hartenberg* különösen arra figyelmeztet, hogy a bróm a táplálkozást rontja és ezért rosszul táplált, kimerült embereknek még izgatottságkor se adjunk bromot. Jól táplált betegeken ellenben, különösen ha csak időnként adjuk, jó hatást érünk el vele. (Presse méd. 1906. május 16.) *Kollarits Jenő* dr.

A nyakizomgörcsök egy alakját észlelte *Näcke* önmagán. Ez a kutató már régóta szenved kisebb fokú irógörcsökben és utóbbi időben azt tapasztalta, hogy olvasás közben nyakizmaiban myomásérzés támadt, azután gyenge tonusos görcsök állottak elő, miközben a fej kissé balra, az áll kissé jobbra fordult. Az olvasás abbanhagyásakor a görcsök megszüntek. *Näcke* megállapítja, hogy a járulékos idegtől beidegzett izmokon kivül a cervicalis idegek izmai is részt vettek ebben a mozgásban. Ezt persze nehéz megállapitani, mert nem izomgörcsről, hanem ferde fejtartásról van szó. A görcsök az irógörcshöz hasonlóak és így a foglalkozási görcsök közé tartoznak. (Neurol. Centralbl. 1906. 9.) *Kollarits Jenő* dr.

A mankóbénulásról *F. Soca* az eddigitől eltérő nézetet vall. A mankó okozta bénulásokat eddig a plexus brachialis nyomásokozta sérülésével magyarázták. A közölt eset a radiculáros bénulás tüneteit mutatta. S. kifejti, hogy a mankó gyenge nyomása nem sértheti a plexust, hanem vongálja azt; a vongálás a plexus brachialis gyökereit is meghúzza. A sérülés tehát itt támad. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1906. 2. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

A hysteriás contractura seborvosi kezelése természetesen helytelen dolog. *Wilms* egy makacs alsóvégtag-contractura esetében stovainnal lumbal-injectiót csinált. A befecskendezés után egy időre bénulás támadt az alsó végtagokon, a melyek petyhüdtek lettek. Wilms a betegnek megmutatta, hogy lábainak merevsége a befecskendezéstől elmult. Ez annyira suggerálta az illetőt, hogy a bénulás megszüntével járni tudott, és a hysteriás contractura nem tért vissza. Csak a bokaizületben maradt egy kis feszültség, mely nem akart teljesen engedni. Ennek oka úgy látszik az volt, hogy a beteg féltette havi 15 márka járadékát.

Wilms ezen kisérletét nem ajánlatos megismételni, mert a milyen könnyen javult a beteg helyzete, ép olyan könnyen megtörténhetik az, hogy a stovain okozta bénulás hysteriás bénulássá lesz. (Deutsch. med. Wochenschrift, 1906. sz. 24.) *Kollarits Jenő* dr.

Tapintásaphasia néven ir le *Raymond* és *Egger* egy monoplegiás betegen észlelt tünetet. A beteg jobb keze volt paresisben. Ez a kéz meg tudta különböztetni a sima felületet az érdestől, felismerte a puhát és keményet, a hideget és meleget. A beteg a jobb kézben tartott tárgyak alakját is le tudta irni, de mindamellett a tárgyat megnevezni nem tudta. A szerzők ezt a tünetet a szósiketséggel hozzák analogiába, a melyben a beteg a szókat meghallja, és mégis nem kel fel benne a szó hallott képe. Mind a két esetben az érzés teljesen öntudatba jön. A hallott képek egymásutánja a zene, a tapintásérzés összerendezése a stereognosisérzés. Ezen a ponton megáll a beteg associatioja. Mint a hogy a szósiketségben megmaradhat a zenei érzés, melylyel meghallható és megérthető a zene, míg a hallott szó értelem nélkül való hangbehatás marad, úgy maradnak a közölt esetben a megtapintott tárgy physikai tulajdonságainak képei megértés nélkül, bár fel voltak ismerve. Itt hiányzik az érzésbenyomás és beszélő középpont közt az associatio. A közölt eset *Wernicke* „Tastlähmung"-jától abban különbözik, hogy ez utóbbiban az alakérzés sérült volt.

Raymond és *Egger* betege pl. a nedves szivacsról azt mondja, hogy az hideg, nedves, puha, de nem zsebkendő. A gyüszü kicsi, az ujj benne van. Az óra nem olyan nagy, mint a tenyér, üvegből és fémből van, vastagabb, mint egy 5 frankos ezüstpénz. Ezen elég jó leirások ellenére a tárgy megnevezése nem sikerül. (Revue neurol. 1906. április 30.) *Kollarits Jenő* dr.

Venereás bántalmak.

A bubók kezeléséről ir *P. Richter* (Berlin). A bubók leggyakoribb oka a lágy fekély, a melynek korai és erélyes gyógyítása igen gyakran elhárítja a fenyegető nyirokcsomógenyedést. Legjobb szer az ulcus molle ellen kétségtelenül ma is még a jodoform, bár erős szaga nagyban megnehezíti az alkalmazását. A jodoform pótszerei a szerző szerint nem sokat érnek. Igen jók azonban a nedves borogatások 3%-os liquor alum. acet.-val. Még jobb ennél vagy az 5%-os resorcinoldat vagy a 2% os cuprum sulfuricum. Utóbbinak alkalmazásakor ügyelni kell arra, hogy mihelyt pörk képződik, azonnal abbahagyjuk a szert. A mint

a nyirokcsomók megduzzadnak, a szerző eleinte hideg, majd meleg borogatásokat rakat. Ezenfelül még vagy 10%-os jodvasogent, vagy jothion kenőcsöt kenet fel a beteg helyre. Ha a duzzanat erre sem enged, akkor jól megrögzített nyomókötést alkalmaz. Gyakran azonban ez sem elegendő és a nyirokcsomó genyesen szét kezd esni. A szerző ilyenkor a korai punctionak híve s azt *Roux* nyomán nem fecskendővel, hanem szikével végzi. Punctio után különböző vegyi anyagokat szokás befecskendezni; *Lang* carbololajat, majd jod-jodkalioldatot ajánlott e czélra, *Welander* pedig benzoesavas kéneső oxydot. A szerző tapasztalata szerint erre a czélra a legideálisabb szer a *Merck*-féle „*perhydrol*“ (vegytiszta hydrogenium superoxyd), melynek 1½%-os oldata fehérjetartalmú közegben hatásosabb bakteriumölő szernek bizonyul, mint az 1 pro milles sublimat-oldat. Punctio után a perhydrol-oldatot eleinte 1—3%-os erősségben, később mind töményebben alkalmazza. Végül igen kis mennyiségben tömény alakban is használható a szer. A befecskendést legjobban az *Anel*-féle fecskendővel végezhetni. Megjegyzendő, hogy a perhydrolos befecskendések rövid ideig eléggé fájdalmasak; utánuk mindig jó nyomókötést alkalmazni. A szerző ily módon igen szép eredményeket ért el és eljárását az orvosgyakorlatra nézve melegen ajánlja. (Mediz. Klinik, 1906. 8. sz.) *Guszman.*

A spirochaeta pallidát tertiaer syphilises nyilvánulásokban mutatták ki *Doutrelepont* és *Grouven* (Bonn). Bár *Finger* és *Landsteiner* valamint *Neisser* is a gummáknak fertőző képességét majmokon kimutatta, a positiv spirochaetaleletek késői syphilises képződményekben még gyérek. A szerzők a spirochaeta pallidát négy tertiaer lueses esetben tudták kimutatni, igaz ugyan, hogy csak kis számban és mennyiségben. A keresése néha órákat vett igénybe. A szerzők a typusos spirochaetákon kivül itt is megtalálták azokat a sajátszerű alakelemeket, melyek már primaer és secundaer jelenségek vizsgálatakor is feltüntek nekik s a melyeket a spirochaeták degeneratiós alakjainak tartanak. Ezek a *Levaditi*-féle ezüstös impraegnatiós eljárással kezelve részben spirochaetaalakúak, részben spirochaetafragmentumoknak látszanak. Erős nagyításban finom szemcsékből látszanak állani. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 23. sz.) *Guszman.*

Sanitas-nak nevezi *Ulbrich* (Reichenberg) hygienés ajakvédőjét. A szerzőnek a korcsmai állapotok adták meg az eszmét e kis védőeszköz megszerkesztéséhez. Tudjuk, hogy nagy forgalmú vendéglőkben, sörházakban a poharak tisztasága, illetőleg azoknak alapos tisztántartása felette kétséges. A gyors kiöblítés legtöbbször nem sokat ér, mert a kimosó edény vizét nem igen váltják. Folyó vízben csak ritkán történik a kimosás. Mindennemü fertőzés, különösen pedig a syphilisnek ily módon való átvitele tehát könnyen lehetséges. Ez szerencsére nem oly nagyon gyakori, de a fertőzés lehetőségének tudata kényes egyéneket mégis nagyon bánthat. A szerző védőeszköze tiszta ónból készült lemez, mely bármely vastagságú és nagyságú pohárra illeszthető. (Prager medizinische Wochenschr., 1906. 21. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Anuria érdekes esetét ismerteti *Pässler*. Egy nőbetegénél az egyik vese kiirtása után három hónap mulva teljes vizeletrekedés állott be. A leheletnek a vizelethez hasonló szagától eltekintve az anuria egész tartama alatt sem uraemiás jelenséget, sem pedig kisebb izületi vizenyőn kivül valamelyes vízkórra jellemző tünetet nem észlelt. Ezen tapasztalatára támaszkodva az uraemia kérdésének némely nem eléggé tisztázott pontját iparkodik magyarázni. Igy elsőben is a mellett érvel, hogy az uraemiaméregnek bizonyára valamelyes lappangási időre van szüksége, hogy a szervezetben kellő mennyiségben felhalmozódva az eklampsiás tüneteket kiváltsa. Hivatkozik Senatorra, a ki azt állítja, hogy a normális vizeletben uraemiaméreg nincsen. A betegénél észlelt fokozott vérnyomás tárgyalásakor kiterjeszkedik azon elméletekre, a melyek a vesebajok ezen typusos jelenségének magyarázatát czélozzák; a sok közül szerinte az jár a valósághoz a legközelebb, a mely a főokot a vese elválasztó képességének nagyfokú zavarában keresi. Utóbb azon elméleteket részletezi, a melyek az oedema keletkezéséről közöltettek és azon nézet felé hajlik, hogy a szervezetben bizonyára léteznek még egyéb berendezések is, a melyekben ily esetben a feles vízmennyiség felhalmozódik. Minthogy az ő betege az anuria tartama alatt testsúlyban gyarapodott, felmerült azon kérdés, vajjon nem került-e az elfogyasztott víz teljes mennyiségben a vérpályába? A vizsgálatkor a vér nem mutatkozott különösen hígnak, a szervezetből el nem távozott víz tehát kétségtelenül valahol a szövetekben, de mindenesetre a rendestől eltérő módon, vagyis nem oedema alakjában, halmozódott fel. Tudjuk, hogy vannak egyrészt valódi veseeredésü pangásos oedemák, másrészt pedig anasarcák; a szerző esetében mindezek oly csekélyek voltak, hogy nem adják meg a feleletet arra, hogy hová került a víz. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1906. 20. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Priapismus leukaemicus érdekes esetét mutatta be *V. Blum* a bécsi orvosegyletben egy fiatal emberen, a ki fél év előtt a gáttájékára esve, traumás mellékherelobot kapott és a kinek hímvesszője a bemutatáskor már hatodik napja állandóan erősen merev volt. A merevség azonban csakis a corp. cavern. penis állományára korlátozódott, míg maga a glans és a corp. cavern. urethrae egészen puha tapintatú volt. A beteg nemi izgalomról vagy magömlésről nem panaszkodik, fájdalomérzete sincsen, az ideglelet is teljesen negativ, a lép azonban erősen nagyobbodott és a fehérvérsejtek 1 : 5 arányban állanak a vörösekhez. A priapismus leukaemicus eléggé ritka baj, ez ideig mindössze csak tíz esetet ismertettek; a merevedés bizonyára a corp. cavern. penis puha thrombosisára vezetendő vissza. A lépre és a hímvesszőre kiterjesztett Röntgen-kezelés remélhetőleg ezen esetben is, csakúgy mint Goebel hasonló esetében, csakhamar teljes gyógyulásra fog vezetni. *Drucker Victor* dr.

Adat a prostata-műtétek javalataihoz. Ha a prostatahypertrophia erős és sürün ismétlődő vérzéssel jár, *W. Thomson* még azon esetben is ajánlja a Freyer féle műtétet, ha a vizelet kiürítése teljesen kifogástalan, vagyis művi beavatkozásra különben még nem adna okot. (Brit. medic. Journal, 1906. január 27.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Vérszegénység gyógyítására melegen ajánlja *Sofer* a Gude-féle folyadékot, a mely tudvalevően vasat és mangant tartalmaz közömbös alakban peptonhoz kötve. Ez utóbbi nem csupán tápanyag gyanánt hat, hanem elősegíti a szer felszívódását és kihasználását. Gyermekeknek kávéskanálnyi mennyiségben adandó 3-szor naponként, még pedig tejjel vagy vízzel hígítva; felnőttek evőkanálnyi mennyiségben veszik szintén 3-szor naponként evés előtt vagy evés közben. A szerző kiemeli, hogy a Gude-folyadék még huzamos használat esetén sem károsítja az emésztőszerveket, székszorulást nem okoz. (Wiener klinische Rundschau, 1906. 8—10. sz.) *Maass* szintén dicséri ezen szert, melyet jó íze és étvágygerjesztő hatása miatt nagyon szívesen vesznek a betegek, s a melynek kedvező hatása (a vér haemoglobintartalmának fokozódása) meglehetős gyorsan szokott beállani. Valami különös diaetát a szer használata esetén nem kell betartani, fődolog a jó táplálás és súlyosabb esetekben az ágynyugalom. (Medizinische Klinik, 1906. 9. szám.)

A sulfonal megbizható hypnotikus hatására hivja fel a figyelmet *Rahn*. Noha nagy számmal hoztak forgalomba az utóbbi években újabb hypnoticumokat, a sulfonal mellőzése épenséggel nem indokolt, már csak azért sem, mert hatását az újabb szereknek egyike sem mulja felül, e mellett olcsóbb is, mint a legtöbb újabb hypnoticum, könnyen oldódik, íztelen s az emésztőszerveket nem támadja meg. Kezdetben kicsiny mennyiséget kell adnunk, s ha ez nehány óra alatt nem hozná meg az álmot, még egy ugyanekkora adagot vétetünk be. 0·7 grammnál többet rendszerint nem kell adni; ez a mennyiség két részletben veendő be. (Deutsche Ärzte-Zeitung, 1906. 5. füzet.)

Gyakran ismétlődő orrvérzés eseteiben *Todd White* a chlorcalciumot használja, a melyből 0·75 grammot ad 3-szor naponként. Vérköpés ellen is jó eredménynyel használta ezen szert. (British medical journal, 1906. január 27.)

Vegyes hirek.

Bátori Dániel dr. lakását állandóan VII. ker. Stefánia-út 15. sz. alá helyezte át.

Lipscher Sándor dr. lakása ezentúl IV. ker., Magyar-utcza 12—14. sz. alatt van.

Meghaltak. *Rehlinger János* dr. honvédfőorvos Körmenden. — *Ebner L.* dr., a sebészet rendkivüli tanára a grácai egyetemen, 55 éves korában. — *Th. Poleck*, a gyógyszerészeti chemia nyugalmazott tanára a breslaui egyetemen, 85 éves korában. — *Fr. Schaudinn*, a spirochaeta pallida felfedezője, junius 22.-én, 36 éves korában Hamburgban, hol az „Institut f. Schiffs- und Tropenhygiene" alkalmazottja volt. Schaudinn a legelső tekintély volt ez idő szerint a protozoák tanának terén. Ő alapította meg az Archiv f. Protistenkunde-t. Legfényesebb tudományos sikerét mult évben érte el a syphilis kórokozójának felfedezésével.

Ragályos betegségek statistikája a fővárosban a 25. héten (junius 17—23). Halálozás: hagymáz 1, vörheny 3, kanyaró 2, diphtheritis 2. Betegedés: hagymáz 10, bárányhimlő 24, vörheny 39, kanyaró 113, diphtheritis 23, parotitis 8, trachoma 13, szamárköhögés 18.

Kisebb hirek külföldről. *Rindfleisch E.* tanár, 1874 óta a kórbonczolástan tanára Würzburgban, a jelen nyári félév végével megválik állásától. — *I. Mc Clellan* dr.-t a philadelphiai Jefferson College-on az anatomia tanárává nevezték ki. — A melbournei egyetem (Ausztrália) 50 éves fennállásának ünnepét ülte meg nemrég; ez idő szerint 700 hallgatója van.

Védőoltás a tuberculosis ellen. A párisi Académie des Scienses junius 11.-i ülésén nagyfontosságú közlést tett Calmette (Lille) a marhák gümőkór ellen való immunizálásának egy új módszeréről, a melyről reméli, hogy az emberen is be fog válni. Behring bovovaccin-módszere, melyben tudvalevően virulens emberi tbc.-bacillusokat fecskendeznek be az állatok vérpályájába, bár kitünő eredményeket ad, nem tudott nagyobb elterjedtségre szert tenni az eljárás veszélyessége miatt. Calmette Guérin közreműködésével végzett kisérleteiben először is megállapithatta, hogy az immunizálás sikerül, ha az emberi bacillusokat nem intravenosus úton, hanem a bélcsatorna útján juttatjuk az állatba. További kisérleteiből kiderült, hogy a bélcsatornában felszivódnak s a mesenteriális mirigycsomókban feltalálhatók az olyan bacillusok is, a melyeket előbb 70%-ra való főzés vagy bizonyos chemiai eljárások által elölt. Ilyen módon végül reájött arra, hogy az ilyen bacillusoknak a borjúra épen olyan immunizáló hatásuk van, mint a friss, élő tbc.-bacillusoknak. 45 napi időközben először 5, másodszor 25 centigrammot adva be fiatal állatoknak az ilyen elölt bacillusokból, az állatok teljesen immunok lettek a marhagümőkórral szemben, legalább ama 4 hónap idejére, mely e kisérletek óta eltelt. Calmette azt véli, hogy ez az eljárás bátran megkisérelhető az emberen is, s hogy itt is be fog válni mint prophylaktikus védőoltás. Az eljárás az emberen abban állana, hogy újszülött gyermeken először pár nappal a születés után, azután néhány hét mulva pár centigramm főzéssel elölt emberi és marhagümőkór-bacillust adunk be tejben. Fontos, hogy az igy kezelt gyermeket legalább 4 hónapon keresztül, mig az immunitás beállott, minden gümőkóros fertőzéstől megóvjuk; olyan esetben, ha a szülők egyike gümőkóros, ez csakis úgy képzelhető el, hogy a gyermeket orvosi felügyelet alatt álló csecsemőápoló intézetbe adjuk. Ezen közlés kapcsán Roux tanár, a párisi Pasteur-intézet igazgatója kijelentette, hogy Vallée tanárral (Alfort) végzett kisérletei alapján csakugyan megerősitheti azt, a mit Calmette és Guérin a marháknak a bélcsatorna útján való positiv védőoltásáról mond.

Petefészek-átültetés. A new-yorki Academy of Medecine sebészi szakosztályában Morris R. T. dr. nemrég feltünést keltő esetről számolt be. Fiatal nő röviddel a férjhezmenetele után abortus miatt mindkétoldali petefészekgyuladást kapott, minek folytán a havi baja 19 éves korában végkép elmaradt s petefészkei sorvadásnak indultak. A meddősége miatt kétségbeesett nő 21 éves korában fordult Morrishoz, ki rajta ovarium-transplantatiót végzett a következő módon. Tuffier-féle angiotribebel eltávolitotta mind a két petefészkét s azután a petefészkek helye felett, a petevezető közelében harántmetszést ejtett a széles méhszalagon. Ebbe beleillesztett és catguttal odavarrt mindkét oldalon egy más nőből kioperált ép petefészekdarabot. Ez a másik nő 30 éves, méhelőesésben szenvedő asszony volt, 3 gyermek anyja. A petefészek-részleteket persze a metszés-lapjukkal illesztette bele a széles méhszalag sebjébe, hogy az erek összenőjjenek. A gyógyulás zavartalanul folyt le s 4 hónappal az operatio után a nő megkapta ismét a havi baját, mely igaz, ezután 2 hónapig szünetelt, de azontúl rendesen jelentkezett. Három évvel az operatio után a nő teherbe esett s 9 hónappal reá ép, érett élő gyermeknek adott életet. Morrisnak ez már a 14. ilyen operatioja volt, de az első esete, a melyben sikert ért el. Előadását a következő szavakkal végezte: „Remélhető, hogy a petefészek-átültetéssel termékenynyé tehetünk olyan nőket, a kiken kóros okokból időelőtti menopausa áll fenn, sőt talán olyanokat is, a kiken physiologikus menopausa állott be." A Lancet, melynek nyomán ismertetjük ezt az esetet, Morris közlését bizalommal fogadja, annál is inkább, mert megfelel az állatokon tett ezirányú kisérleti észleleteknek. Knauer mutatta ki 1896-ban először, hogy a petefészket transplantálni lehet más állatba úgy, hogy megtapad és tovább folytatja a működését. Az átültetés még a rendes helytől eltérő tájékra, pl. a hasfalra is sikerül. Morris esete biologiai szempontból is igen érdekes; igy pl. érdekes volna tudni, vajjon hasonlit-e az ilyen átültetett petefészek petéjéből keletkezett gyermek az anyjára. (Lancet, 1906. 1705. l.)

Jowa állam (amerikai Egyesült-Államok) **orvosegylete** elhatározta, hogy felkéri az összes napi- és hetilapok szerkesztőit, hogy lapjaikban ne közöljék a kezelő orvosok nevét közismert emberek betegsége, halála vagy balesetek s hasonlók kapcsán. Követésre méltó példa.

A pestis Indiában ez évben enyhébben jelentkezett, mint az előző években, s az idei járvány már hanyatlóban is van. A május 19.-ével végződő héten 11,783 halálesetet jelentettek be. Az egészségügyi intézkedések foganatositását nagyban megnehezíti a babonás és vakhitű lakosság ellenszegülése. A járvány terjesztésében kétségtelen szerepe van a patkányoknak s a bolháknak.

Kártérítési per syphilis-fertőzés miatt. A drezdai törvényszéknél kártérítési pert indított egy nőszemély a csábitója ellen, ki őt syphilissel megfertőztette s ez által keresetképtelenné tette. Az illető férfi időközben meghalt s igy a per az örökösök ellen folyt. Tanukép behitták az elhúnyt férfi házi orvosát, de ő az orvosi titoktartás kötelezettségére hivatkozván, a tanuvallomást megtagadta. Az örökösök a tárgyaláson kijelentették, hogy felmentik őt a titoktartás alól, de a biróság ezt a felmentést törvénytelennek jelentette ki, mivel a beteg bizalma orvosához tisztán személyes dolog, mely nem örökölhető át. A leányt elutasitották keresetével.

A mongolismusról. *Langden Down* irta le először e néven a veleszületett hülyeségnek azt az alakját, melyre a gyermekek mongolszerű arczlypusa a jellemző. A legtöbb ilyen egyén már egy vagy két éves korában meghal; néha azonban életben maradnak s magasabb kort érhetnek el. Az aetiologiára nézve némelyek azt állitják, hogy az ilyen egyének rendesen későn szülöttek sok gyermekü családban s igy az anya kimerültségéből magyarázzák a rendellenességet; mások az anya lelki megrázkódásaival hozzák kapcsolatba a terhesség alatt. A thyreoidin-kezelés úgy látszik a mongolismusnál is sikerrel alkalmazható. Legutóbb Comby mutatott be ilyen mongolismusban szenvedő $2^1/_2$ éves gyermeket a párisi Société Médicale des Hôpitaux-ban A gyermek arcza kerek, koponyája brachycephal, a szemrés keskeny s ferdén áll, a bőr sárga és száraz, a végtagok petyhüdtek, a penis csökevényes. A nyelv nem vastag, de berepedezett és hámja leváló. A gyermek se járni, se beszélni nem tud s a mellett sokat kiabál és nyugtalan.

Csak még anastigmaták! Jóllehet az első Görz-féle kettős anastigmaták feltalálása óta az anastigmata-alakoknak egész tömege került forgalomba, mégis a Görz-féle gyártmányt ma is a legjobbnak ismerik és vele majdnem egyenértékünek tekintik a görlitzi Meyer-féle optikai intézet gyártmányait. Ezen két világczég anastigmatáit már évek óta kizárólag a Stöckig & czég Cie. Union-kamaráiba montirozzák és ez által, valamint a készülék kitünő szerkezete által az Union-kamarák ma óriási elterjedésnek örvendenek és pl. a Kodak-féléket majdnem teljesen kiszorították. Lényegesen megkönnyitik a nagy elterjedést a kedvező fizetési feltételek is, melyeket a Stöckig czég nyujt. Alig érezhető kiadás mellett lehet igy a legjobb készüléket megszerezni. A ki jó és a mellett mérsékelt árú készüléket venni óhajt, olvassa el az emlitett czégnek **lapunk mai számához mellékelt prospektusát.**

Lapunk mai számához
1. **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég Sulfosol,**
2. **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning czég Pyramidon,**
prospektusok vannak csatolva.

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 dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

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.

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

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.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1906. márczius 28.-án) 669. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (V. rendes ülés 1906. márczius 15.-én) 669. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (VII. szakülés 1906. márczius 10.-én.) 670. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 670. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1906. márczius 28.-án.)

Elnök: **Medvei Béla**, utóbb **Dirner Gusztáv**. Jegyző: **Feldmann Ignácz**.

Multiplex májechinococcus esete.

Balás Dezső: S. J. 20 éves hajadont mult év junius hó 24.-én vették fel Janny tanár sebészi osztályára. Előadja, hogy egy év óta veszi észre, hogy bal felhastáján ismeretlen okból daganata keletkezett, mely azóta fokozatosan növekedik, azonban időnkénti gyomorzavaroktól eltekintve különösebb kellemetlenségeket nem okoz. A jól táplált beteg vizsgálatakor a bal hypogastriumban gyermekfej nagyságában elődomborodó, lekerített, ép bőrrel fedett daganatot találtam, mely felett a kopogtatási hang tompa, ez a tompulat felfelé a szivtompulatba, jobb felé a máj jobb karélyának tompulatába ment át, és lefelé kitapintható határral a köldökvonalig terjedt. Gyomorfelfúváskor a daganat a gyomrot fedte, a légzési mozgásokat renyhén követte, felette homályosan hullámzás volt kimutatható. A máj jobb lebenyének felső határa a VI. bordánál kezdődött s a bordaívet kb. 1 ujjal haladta meg.

A betegnél a máj bal lebenyében ülő echinococcust vettünk fel, a mit a julius 4. és 7.-én végzett kétszakaszos műtét igazolt is. A tömlő megnyitása után kb. 2 liter víztiszta folyadék ürült, s a csaknem $^1/_2$ cm. vastagságú tömlőt is sikerült egészében eltávolitani. A sebüregbe vastag drainesövet helyezve, a gyógyulást a sarjadzásra biztuk. Ez alatt azonban a máj jobb lebenye szemünk előtt fokozatosan nagyobbodott, úgy hogy októberben alsó határával csaknem a csipőtaréjig ért, mellfelé a has középvonaláig és felfelé a IV. borda magasságáig terjedt. Leszámitva a kisfokú légzési nehézséget és az időnként jelentkező kereszttáji szúró fájdalmakat, a betegnek nagyobb panaszai nem voltak.

Tekintettel a máj egyenletes megnagyobbodására, a máj bal lebenyében talált echinococcus-hólyagra s más tünet hiányára, egy a beteg felvételekor még ki nem mutatható, előttünk fejlődött, centrális elhelyeződésü echinococcust vettünk fel.

Minthogy a műtett seb még nem gyógyult be, s a beteget a következő műtétre roborálni akartuk: a daganat különösebb kellemetlenséget nem okozván, egyelőre várakozó álláspontra helyezkedtünk.

Október 12.-én azonban a betegnél a legjobb közérzés közepette hirtelen nagyfokú stenotikus légzéssel fuldoklási rohamok támadtak, úgy hogy tracheotomia végzésére határoztuk el magunkat. A műtét előtt gégetükörrel megvizsgálva a beteget, a stenosisnak semmiféle pathologiai okát nem találtuk, ellenben a hangszalagok működésének érdekes rendellenessége volt jelen, t. i. a hangszalagok kilégzéskor egymástól távoztak, s belégzéskor csaknem göresösen érintkeztek, meggátolva a levegő szabad beáramlását. Minthogy e beidegzési rendellenességet ideges alapon nyugvónak vettem fel, megkisérlettem morphium bőr alá fecskendezésével a stenosist megszüntetni, természetesen résen állva minden pillanatban a tracheotomia végzésére. Kb. 2 óra alatt 6 cgm. morphium adagolására a stenosis fokozatosan megszünt. Közben a hőmérsék normális volt, az érverés azonban 120 és arhythmikus. Október 16.-án, tehát 3 nap mulva, a légzési és szivműködésbeli rendellenesség az elmondott módon megismétlődött, s kb. 8 cgm. morphiummal volt csak megszüntethető. Minthogy a légzési tüneteket a máj jobb lebenyében fejlődő echinococcussal határozottan összefüggőnek tartottam — oly módon, hogy az echinococcus toxinja valami módon a véráramba jutva hozta létre a légzésbeli és szivműködésbeli elváltozásokat, — az echinococcus műtétének halogatását most már károsnak itéltem és október 17.-én végeztem Janny tanár szives megbizásából 2 szakaszban a jobb lebeny echinococcusának műtétét. Laparotomiához elkészülve végeztem a punctiót, s csak kb. 12 cm. mélységben jutottam a tömlőre, tehát a tömlő centrális elhelyeződésének felvételét a punctio igazolta. A vérzés csökkentése czéljából eleinte Paquelin-égővel igyekeztem a máj szövetén keresztülhatolni, de eltekintve attól, hogy érintéskor a Paquelin azonnal kialudt, a nagy feszülés folytán magas nyomás alatt álló vér a pörköt azonnal lesodorta, úgy hogy a nagy vérzés miatt bistourival kellett hirtelen a punctio irányában a tömlőt megnyitnom, s noha a műtét, a tömlőnek a sebürrel való erős tamponádja, s ezzel a vérzés csillapitása rövid idő alatt megtörtént, a nagy vérvesztés miatt a beteg pulsus nélkül feküdt az asztalon. Melegitéssel, kámforral s naponta 3—4 liter physiologiai konyhasó-oldatnak bőr alá fecskendezésével sikerült a betegnek vérszegénységét legyőznünk.

A betegnél hosszú ideig epefolyás állott fenn és pulsusa is állandóan 120—140 között ingadozott. A betegnek már csak mintegy 4 cm. hosszú sipolynyilása volt, időközben meg is hizott, midőn intercurrens pneumonia crouposa következtében február 28.-án meghalt.

A betegnél fennállott légzési és szivműködésbeli rendellenesség toxikus eredetét az is bizonyitja, hogy hasonló eltérés a műtét óta haláláig elő nem fordult.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(V. rendes ülés 1906. márczius 15.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Winternitz Arnold**.

Spinális analgesia stovainnal.

Milko Vilmos: Előadó ismerteti a spinális analgesia fejlődésének történetét. A Bier által inaugurált és kezdetben nagy lelkesedéssel felkarolt módszer csakhamar sok ellenségre talált, miután felismerték a veszélyességét. Cocain alkalmazása mellett igen sok volt a kellemetlen melléktünet; súlyosabb mérgezést, sőt halálos kimenetelü esetet is láttak. Uj stadiumba lépett a spinális analgesia az 1903-ban Fourneautól felfedezett stovain alkalmazásával. Számos német és franczia szerző tapasztalatai szerint a stovain a cocainnál 2—3-szor kevésbé mérgező és vele teljesen egyenértékü anaestheticum. A spinális analgesiában Sonnenburg, Bier, Tillmann, Kendirdjy, Tuffier stb. alkalmazták kiváló eredménynyel. 6—7 percz alatt teljes analgesia áll be a köldökig, az alsó végtagok paraplegiájával, mely $^1/_2$—$1^1/_2$ óráig tart. Toxikus tünetek csak kivételesen és a cocainnál enyhébb alakban jelentkeznek. Az előadó a Rókus-kórház Herczel-féle sebészeti osztályán több mint 100 esetben végzett spinális analgesiát stovainnal. Ismerteti az eljárás technikáját és az elért eredményeket. Befecskendésre a f. stovain szolgált. A lumbalpunctio szigorú aseptikus cautelák mellett a középvonalon a 2. és 3. ágyékcsigolya között történt. 100 eset közül csak kettőben nem sikerült a gerinczcsatornába behatolni. A befecskendezett stovain mennyisége 3—7 cgm. volt; 5 cgm.-nál többet nem tanácsos adni. Ennyivel minden esetben kielégitő analgesiát lehet elérni. A hatás 4—12 percz mulva áll be és $^3/_4$—$1^1/_2$ óráig tart. Az analgesiás terület felső határa legtöbbször a köldök, felterjedése fokozható a dosis emelésével, a beteg czélszerü fektetése által (Trendelenburg-fekvésben az analgesia magasabbra terjed) és a stovain gyorsabb injectiojával. Az előadó ilyen érzéktelenitéssel az alsó végtagon számos csont-izületi műtétet, sérvműtéteket, gát- és húgyivarszervi műtéteket, végbélresectiokat, appendicitist, ovariotomiát, ureterresectiokat stb. végzett. Az analgesia a műtét egész ideje alatt teljes. Toxikus symptomákat elenyésző csekély számban észlelt, melyek sohasem voltak súlyosak. Az eljárás ellen felhozható legnagyobb ellenvetés az, hogy nem minden esetben áll be a kivánt hatás. Az előadó azon reményének ad kifejezést, hogy a technikai hibák kiküszöbölésével a sikertelen esetek száma minimumra fog alászállani. 100 esete közül csupán ötben nem állott be analgesia. Ismerteti Biernek és Dönitznek a technika javitására vonatkozó tapasztalatait.

A toxikus utóhatások kiküszöbölése szintén remélhető, ha sikerülni fog még a stovainnál is ártalmatlanabb anaestheticumot feltalálni. Nagy haladás történt ez irányban is a mellékvesekészitmények egyidejű alkalmazása által. Stovain és suprarenin együttes alkalmazása enyhiti a toxikus tüneteket, az analgesia teljesebb és tovább tart.

Az előadó azon végeredményre jut, hogy a spinális analgesia igen becses és practikus érzéketlenitő eljárás, melynek az általános narcosissal szemben nagy előnyei vannak. Javalt már most is mindazon esetekben, midőn a narcosis contraindikálva van (pl. szív és tüdőbántalmak, diabetes, nephritis eseteiben, iszákosoknál.) Végbélműtéteknél még az általános narcosisnál is jobb eljárásnak tartja. Contraindikálva van gyermekeknél, pyaemikus folyamatoknál, gerinczagyi betegségeknél és egészen kis műtéteknél.

Steiner Pál: Helyesebbnek tartja a „spinális analgesia“ elnevezés helyett a lumbalpunctioval analog „lumbális analgesia“ elnevezést, mert a subarachnoideális térbe fecskendett stovain nem a gerinczvelőn, hanem az ideggyökereken fejti ki hatását. E mellett szól az is, hogy ha nem a középvonalban, hanem fél cm.-re kifelé szúrunk be, a megfelelő oldalon gyorsabban áll be az analgesia, továbbá, hogy gyorsabban állanak be a kiesési jelenségek az érzőkörben, mint a motorikus sphaerában. A technikára nézve megjegyzi, hogy sikerül a gerinczfolyadék nyomását, s igy a folyadék kiáramlását fokozni, ha a nyakra Bier szerint gummipólyát erősitünk s venosus pangást létesitünk. Minthogy az ismert eseteken kivül legújabban Hildebrandt klinikájáról két halálesetről, Bergmann-éről egy n. abducens-bénulásról számolnak be stovain alkalmazása után, óvatosságot ajánl, s csak azon esetekben tartja jogosultnak a lumbális analgesiát, mikor az általános narcosis ellenjavalt: igy súlyos veseaffectióknái, arteriosclerosisnál, szív- s tüdőbajoknál és öreg egyéneknél.

Milko Vilmos: A Steiner kartárs úr által felhozottakra válaszolva megjegyzi, hogy azért nem választotta a lumbális analgesia elnevezést, mert az eljárás lényege a befecskendezett anaestheticumnak nem csupán az ágyéki gerinczvelőre, hanem egyáltalán a gerinczvelőre kifejtett hatásában áll. Az eljárás veszélyességet illetőleg előadó is nyomatékosan hangsúlyozta a szükséges óvatosságot, mely főleg túlmagas dosisok kerülésében kell hogy megnyilvánuljon. Az irodalomban közölt

halálos kimenetelű esetek oka részint a hiányos asepsis miatt beállott meningitis, részint túlmagas dosisok által okozott intoxicatio volt. Ugyanezen okból fenntartja azt is, a mit az indicatiókra vonatkozólag mondott.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VII. szakülés 1906. márczius 10.-én.)

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

1. **Marschalkó Tamás: Dermatitis sporiatiformis nodularis** (parapsoriasis) esetét mutatja be.

B. Sándor, 23 éves férfiszabó, ezelőtt 1½ évvel vette észre a kis kiütéseket az alkarján, a melyek folyton szaporodva — az arczot és fejbőrt kivéve — lassanként az egész testet ellepték. Fél év mulva penisén támadt papillomái miatt keresett csak fel orvost, ki baját syphilisnek tartva, kénesős kúrát rendelt. Körülbelül egy évig állott kezelés alatt, a nélkül, hogy javult volna, ezért jött a klinikára. A kivirágzások felületesebb megtekintésnél psoriasisos vagy syphilises kütegnek tetszenek, de tüzetesebb vizsgálatnál kitünik, hogy meglehetősen rendszer nélkül vannak elszórva s a legtöbb a felső végtagok hajlító oldalain és a törzs két oldalán foglal helyet. Köles- egész lencsenagyságú, szabálytalan alakú, sárgás-vörös vagy inkább barnás szinű, helyenként a bőr színe fölé emelkedő foltok, illetve papulák, a melyek igen finom szürkés-sárgás szinű pikkelyekkel fedettek. A pikkely helyenként a vakaró körön alatt megfehéredik, erősebb vakarásra pedig leválik s csak hyperaemiás folt marad vissza; pontszerű vérzések csak igen erős vakarásra állanak elő.

2. **Veress Ferencz: Vagina duplex-esetet** mutat be 17 éves puella publicánál.

3. **Kanitz Henrik: Prurigo gravis-esetet** mutat be 28 éves férfinál, kinél 16 év előtt kezdődött a baj. A kórjelzést a bántalom időlt volta, a typikus prurigo-göbcsék és másodlagos elváltozások jelenléte és a rendkivül heves viszketés alapján tették.

Hozzászól: *Marschalkó.*

4. **Kanitz Henrik: „Dosometriai eljárások a Röntgen-therapiában"** czimen tart előadást.

Régebben a Röntgen-sugarak adagolása teljesen önkényünkre volt bizva, de hogy némileg tájékozódhassék az ember, lemérték a fény intensitását, minőségét, a megszakítások számát, a csőtávolságot és az expositiós időtartamot. Ez az *indirect dosimetria* nem szolgáltatott pontos adatokat. Ezen segitenek az ú. n. *direct dosimeterek.* Az első ilyen mérőeszköz a *Holzknecht*-féle *chromoradiometer* volt, a mely egyes fogyatékosságai ellenére is a gyakorlat igényeinek egészen megfelel és megbizhatóbb a *Sabourand* és *Noiré radiometerénél.* Ismerteti a *Freund*-, továbbá a *Kienböck*-féle eljárásokat, s felhivja a figyelmet egy oly körülményre, mely eddigelé nem részesült kellő méltatásban. Az élő szövetnek más és más a sensibilitása és számos ingadozó tényező változtathatja meg a fény elnyelésének és elosztódásának viszonyait; valamely physikai mérőeszköz tehát sohasem lehet pontos kifejezője a biologiai reactionak.

Elfer Aladár hozzászólásában azt hiszi, hogy a mélységdosisok lemérése a *Kienböck* által ajánlott módon a *Holzknecht*-féle reagens-testekkel is lehetséges, csak megfelelő alaki változásokat kellene az utóbbiakon eszközölni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Igen kicsiny és felületes gyomorfekélyből támadt halálos végü vérzésről számolt be *Simond* a hamburgi orvosegyesületben. 24 éves nőbetege az utolsó években háromszor szenvedett gyomorvérzésben. A legutolsó vérzés 10 napig tartott s megszünte után a rendkivül vérszegény beteg tüdőgyuladásban pusztult el. A bonczoláskor a gyomorban három finom csillagos heg — gyógyult ulcusok nyomai — mellett a gyomor hátulsó falán, a nagy hajlat szomszédságában egy alig 2 mm átmérőjü friss fekély volt látható, közepén arrodált kis verőérrel. Nagyon természetes, hogy az ily kicsiny fekély, melynek meglelése a kórbonczolónak is nehéz, próbalaparotomia esetén könnyen elkerülheti a sebész figyelmét. Máskülönben a sápkóron kivül a fekélynek más okát nem találták. (Münchener med. W. 1906. 19. sz.) *Halász Aladár.*

A nyálkahártyák gümőkórjának kezelésével foglalkozott a minap *Holländer* a berlini orvosegyesület ülésén (1906. május 16.-án) Az előadó a légutaknak számos oly leszálló tuberculosis-esetét kezelte, melyek az orr nyálkahártyáján kezdődtek. A betegség onnan a garatra, a gégére és a tüdőre terjedt. A gümős bántalom az orrban apró göbök alakjában veszi kezdetét; ezek kifekélyesednek, miközben gyakran nagyfokú granulatiók is keletkeznek. A granulatiók főleg a foghús és a gége területén gyakoriak. A tovaterjedés az orrból a nyirokutak mentén történik s első sorban a szájpadot éri. A folyamat az orrban — ha nem kezelik — addig terjed, mig az orr teljesen el nem pusztul, a mi által bizonyos neme a spontan gyógyulásnak áll be. A therapia főczélja az legyen, hogy a normális lélegzést helyreállitsuk. Pörkképződés ezért minden áron elhárítandó. Az előadó különböző eljárások közül a legtöbb eredményt a forró-levegő-cauterisatiotól látta, a mely még súlyos esetekben sem hagyja cserben az orvost. Ujabban az adrenalin hatása alatt mélyebb beavatkozásokat is végezhetett. A comprimált levegő alkalmazását ugyancsak nagy haladásnak tartja. A kötőhártya gümös bántalmánál szintén igen jó a forró levegővel való égetés, de itt fontos, hogy az egyes kezelt területek lehetőleg kicsinyek legyenek. A vegyi szerek közül az organikus savakat rendszeres vizsgálat alá fogta, de egyikkel sem volt teljesen megelégedve. Még a tejsavat sem tartja kielégitő szernek. A vegyi szerek közül még legjobban hat az 1‰ sublimat, vele átittatott tamponok alakjában A jodoformnak az a hátránya, hogy a sebváladékot megszaporitja. Kitünő eredményeket látott calomelnek és jodkalinak együttes használatától. Felidézi erre nézve az analogiát a jod-chininkezeléssel, melyet lupus erythematodes ellen ajánlott; a calomel helybelileg alkalmaztatik a beteg nyálkahártyára, belsőleg pedig ezt megelőzőleg 5%-os jodkalioldatból egy evőkanál veendő be. Az előadó ezen eljárással hólyagtuberculosis súlyos esetében teljes gyógyulást ért el. *Guszman.*

PÁLYÁZATOK.

534/906. kig. sz.

Máramaros vármegye taraczvizi járásához tartozó Taraczköz, Nagykérva, Bedőháza, Kiskérva, Nyágova, Kökényes, Irhócz, Kerekhegy, Nyéresháza, Taraczujfalu, Szélesbonka, Gánya, Felesalja és Tereselpatak községekből álló és Irhócz székhelylyel rendszeresitett közegészségügyi körben üresedésben levő 1200 korona évi fizetéssel javadalmazott **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **julius hó 15.-éig** annyival is inkább nyujtsák be, mert az elkésetten beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A látogatási dijak kölcsönös megegyezéssel a választás megnyitása előtt fognak megállapittatni.

A választás határnapját később fogom közzétenni.

Taraczköz, 1906. évi junius hó 20.-án.

A főszolgabiró.

2364/1906. szám.

Arad vármegye pécskai járásához tartozó Szemlak nagyközségben üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi julius hó 17.-ig napjának d. e. 9 óráját Szemlak községházához kitüzöm.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 80 fillér nappali és 1 korona 60 fillér éjjeli látogatási dij.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, miszerint orvosi oklevéllel és az eddigi működésüke igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám, a **választást megelőző napig** nyuj sák be.

Pécska, 1906. junius 22.-én.

2—1 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

2546/1906.

A Körösladány községnél üresedésbe jött egyik **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyitványnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi **julius hó 19-ig** bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma: 1200 korona fizetés, 200 korona lakpénz. Látogatási dijak: az orvos lakásán 40 fillér, a község belterületén a beteg lakásán 80 fillér, a község kü területén fuvaron kivül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjel e dijak kétszerese. Foghúzásért, érvágásért, orvosi bizonyitvány kiállitásáért 1—1 korona, látleletért könnyü testi sértés esetén 2 korona, súlyos testi sértés esetén 6 korona.

A halottkémlés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesitendő. Megjegyzem, hogy Körösladány község lakosainak száma: 7134 lélek.

Szeghalom, 1906. junius 20.-án.

2—1 *Csánki Jenő*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

„GUAJATIN JENCS"

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

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

Gyermekek is rendkivül jól türik. — Kitünő antithermikus hatású.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész, Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.

Rheumasan tubus K. 2.50; tégely K 1.50. — Rheuma, csúz, ischias, migrain, influenza, tylosis.

Ester-Dermasan tubus K. 3.—; tégely K. 1.80. — Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis-, pityriasis ellen.

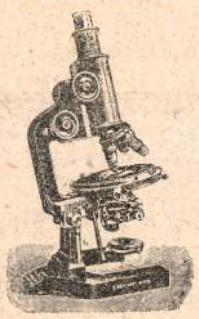
Kátrány-Dermasan Chrysarobin-Dermasan Chrysarob n-kátrány-Dermasan kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—. — Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.

Ester-Dermasan Vaginal-Kapsulák 10 darab K. 2.50. — Para-, perimetritis, oophoritis.

Irodalom és minták ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLAENDER G. m. b. H., Berlin N. 24.

Auszt.-Magyarorsz. képviselője: **Alex. Herkner**, Wien, XVIII/2.



C. REICHERT

WIEN, VIII., Bennogasse 24 és 26.

Különlegesség:

Első minőségű Mikroskopok.

Tudatja a következő katalogusok megjelenését:

25. számú főárjegyzék. Mikroskopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hämometerek, Ferrometerek stb. Polarisatio-készülékek a nád- és szőlőczukor quantitativ megállapitására. Vetődési készülékek. Mikrofotografikus készülékek.

Új fényerős fotografiai készülékek: „Combinar" és „Solar".

Raktárak: **Garai Samu és társa,** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 1. **Keleti J.** Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17.

Katalogusokat a t. cz. érdeklődők kivánatra ingyen és bérmentve kapnak.

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 utóidényben tetemes árenyedmények.

1847 Prospektusokkal szivesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

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.**

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

Egy üveg ára 2 korona

ALKOHOLMEGVONÓ KÚRÁK

Gyógyintézet Rittergut Nimbsch **a/Rober Sagan** mellett, u. p. Reinswalde Kr. Sagan, Sziléziában (azelőtt Nirndorf a. Sch.). Alap. 1895. — Prospektus ingyen.

Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. **Alfred Smith,** nemesbirtok-tulajdonos.

Szliács

Dr. GRÜNWALD MÓR kir. tanácsos, e nyáron is — 22-dik év — **Szliácson** folytatja orvosi gyakorlatát. — Lakása ott a Radvánszky-féle új Bristol-szállóban van. 1878.

ALKOHOLMEGVONÓ KURA

Jobbmódú **alkoholbetegek gyógyittatnak** családias ápolás által. Orvosi felügyelet. Prof. Dr. med. Kräpelin München és több más autoritás által ajánlva. Fényes sikerek. Évi értesitést küld a vezetőség

VILLA WILHELMA

HEIDELBERG, Zähringerstrasse 35.

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.

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 **a laboratorium vezetője.**

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

Telefon 90—46.

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. Hidegvizgyógymód, villam s fény- és kádfürdők, inhalatorium, forró lég- és gőzfürdők, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirü gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukor- és légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb gége-betegség, köszvény, gégegyógyforrások, hasonlók Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.

1906: Új szálloda megnyitása **diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.**

Ötvenedik évfolyam. 27. szám. *Budapest, 1906. julius 8.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAECOLOGIA 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.

Lenkei Vilmos Dani: A spektrum kék és sárga sugarainak az állati szöveteken áthatoló képessége. 671. lap.

Királyfi Géza: Közlemény az egyetemi II. számú kórbonctani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyet. ny. r. tanár.) A malachit-zöld táptalajok értéke a typhusbacillus felismerésében. 674. lap.

Tárcza. Donath Gyula: Az orvos és az alkoholkérdés. 677. lap. — **Grósz Emil:** Az 1906. évi állami költségvetés. 678. lap.

Összefoglaló szemle. Benczúr Gyula: Közlemény a k. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., ny. r. tanár.) A paratyphus-kérdés mai állása. 679. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Franz Hutyra* und *Josef Marek:* Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. — *Lapszemle. Belorvostan. Boas:* A gyomorvérzések prophylaxisa. — *Michaelis:* Pylorusszűkület okozta autointoxicatiós tünetcsoport. — *Geigel:* Az első szivhang. — *Sebészet. Eiselsberg:* A gyomorfekély sebészeti kezelésével elért eredmények. — *Morel:* A postoperativ parotitis — *Gyermekorvoslás. Weill* és *Favre Gilly:* Térképnyelv és szájzugfekély együttes epidemikus megjelenése. — *Ganghofner:* A tuberculin therapiás alkalmazása a gyermekkorban. — *Húgyszervi betegségek. O. Stern:* A húgyhólyag kikaparása által előidézett és a beteg halálát okozott perforatiós peritonitis. — *G. Nobl:* A deferentitis pelvica. — Két újítás a Freudenberg-féle „Combinations-cystoskop"-on. — *Venereás bántalmak. Zeuses:* Az abortiv kankókezelés. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Severino:* A kénesővel szemben való intolerantia. — *Popper:* Szer a tehetetlenség ellen. — *Edlefsen:* Meningitis cerebrospinalis. 680—683. lap.

Vegyes hirek. Kitüntetés. — Kinevezések. — Választás. — Körössy József. — Meghaltak. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika kimutatása. — A budapesti egyetemi II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika kimutatása. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — Magyar fürdők látogatottsága. — Kisebb hirek külföldről. — Nemzetközi törvényszéki antropologiai congressus. — Petefészek-átültetés. — A gyermekek dohányzása ellen. — Helyreigazitás. — Pályázatok. — Hirdetések. 684. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 685. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 686. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 687. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 687. l.

Mellékletek. Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár Nervinol prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A spektrum kék és sárga sugarainak az állati szöveteken áthatoló képessége.

Irta: *Lenkei Vilmos Dani* dr., az almádii természetes gyógyító-intézet vezetője.

Jelen vizsgálataim folytatását teszik 1904 ben megjelent ngyik dolgozatomnak (Orvosi Hetilap 1904. 42. és 43. szám), a melyben a nap *fehér* fényének az organikus szöveteken áthaladó mennyiségét tárgyaltam. Akkoriban végzett kisérleteim azonban nem adtak arról felvilágosítást, hogy a nap színképének tulajdonképen mely sugarai azok, a melyek a testnek nemcsak felületes, hanem mélyebb rétegeibe is behatolnak.

A Finsen-féle intézetben végzett hasonló irányú kutatások ellenére azért tartottam mégis a jelzett vizsgálásokat szükségesnek, mert Finsen tanitványainak kisérletei mind csak concentrált villamos fényre és comprimált szövetekre (Busck), vagy a fénysugaraknak baktericid tulajdonságaira (Jansen), vagy csak az egyes színeknek a házinyúl fülén át való *relativ* áthatoló képességére (Busck) vonatkoznak, míg *az én vizsgálásaim a napfényre, különféle és különböző vastagságú élő és holt szövetekre és a fehér, kék és sárga sugaraknak úgy relativ, mint absolut áthatoló képességére vonatkoznak.*

Az ibolyasugaraknak áthatoló képességét azért nem vizsgáltam, mert ezek a sugarak *Jansen* kisérletei szerint kivágott, tehát vértelen bőrrészleteken is csak legfeljebb 4 mm. mélységig hatottak, és ilyen mélységben a hatás kifejtésében már a kék sugarak is közreműködtek. Feltehető tehát, hogy az ibolyasugarak élő bőrön át is csak legfeljebb 4 mm.-ig hatolnak be.

A vörös fénysugaraknak áthatoló tulajdonságait meg részben azért nem vizsgáltam, mert orthochromatikus lemezekkel kellett volna dolgoznom, a melyeknek fényérzékenysége változó, részben meg, mivel *Busck* kisérletei úgy is nyilvánvalóvá teszik, hogy a sugarak áthatolóképessége az ultravörösig növekszik (az én kisérleteimből is kitünik, mint látni fogjuk, hogy a szerves szövetek első sorban a rövidebb hullámhoszszal biró sugarakat nyelik el), és részben azért, mivel a vörös sugarak legkevésbé fejtenek ki chemiai hatásokat, tehát a spektrum valamennyi sugara közül a legcsekélyebb hatással vannak az életfolyamatokra is.

Mindezért első sorban fontosnak tartottam, hogy a kék sugarak áthatolóképességét megismerjük, mivel ezeknek van az ibolya fény után leginkább vegyi hatásuk; e mellett még a sárgákat is vizsgáltam, mert ha ezeknek az áthatolóképességét ismerjük, fogalmat alkothatunk magunknak a kettőjük közé eső zöld sugaraknak áthatoló erejéről is.

A kisérleteket épen úgy végeztem, mint a hogy azokat előbbi közleményemben leirtam. Ezért is mellőzöm a vizsgálások újabb részletes leirását, s csak azt akarom hangsúlyozni, hogy a vezető elv most is az volt, hogy megállapitsam azt a legrövidebb időt, a mely elégséges, hogy a szöveteken áthaladt színes sugár a mérés alapjául szolgáló fényérzékeny anyagon észrevehető nyomot hagyjon. Most is ugyanazon fényérzékeny anyagokat (Lumière-féle kékvignettás lemezeket és citobrompapirt) használtam és ezeket az előbbi dolgozatomban leirt kis fekete borítékokba takartam, a melyeken csak kicsiny (kb. 4 mm²) kivágás volt. Ezen szabadon hagyott négyzet képe a megvilágítás és előhivás után már halványan is igen könnyen megkülönböztethető a szomszédos, változatlanul maradó környezettől. Míg azonban előző kisérleteimben, a melyek a fehér fényre vonatkoztak, a napfénynek a vizsgálás tárgyát tevő szöveten kivül csak 1 mm. vastag színtelen védőüvegen

kellett keresztülhatolnia, hogy a fényérzékeny anyaghoz jusson, addig most még egy fényszürőn is keresztül kellett mennie.

Szürőközegnek folyékony anyagot nem használhattam, mert lehetőleg kisterjedelmű és vékony szürőkre volt szükségem, hogy azokat a borítékba helyezve, az oldalról jövő, a szövetet vagy a szürőt elkerülő fényt az által, hogy a szövetet a borítékkal együtt oldalt és alul ablakragasztóval egyszerüen körültapasztottam, biztosan kizárhassam. Ezért a színes photografáláshoz használt és jónak bizonyult *Miethe*-féle gelatin-szürőket használtam. Ezeket *Kelen Béla* dr. ajánlotta nekem, ki már előzőleg is ellenőrizte fényelnyelő képességüket. Magam is megvizsgáltam őket spectroskoppal és Kelen dr.-ral egybehangzóan azt találtam, hogy a kék színű szürő teljesen elnyeli a vörös, narancs és sárga sugarakat és a zöldeket is majdnem az F vonalig, a kék és ibolya sugarakat pedig teljesen átbocsátja. A sárga szürő teljesen elnyeli az ibolya és kék sugarakat és a zöldeket az E vonalon túl a b-ig, a sárga, narancs és vörös fényt pedig teljesen átbocsátja.

A gelatinszürőket kanadabalzsammal ragasztottam két-két fedőlemez közé és a boríték belső részébe a kivágás alá. A kanadabalzsammal bevont szürőlemezek újabb spectroskopos vizsgálás szerint kissé másképen bocsátották át a fényt, mint a filterek egymagukban: a kanadabalzsam a kék szürővel együtt az ibolya sugarakat is teljesen elnyeli, a kékeket kissé gyengíti és a zöldeket már az F vonaltól fogva teljesen elnyeli, a sárga szürővel pedig még gyengíti a zöld sugarakat az E és b között. A használt szürők közül a kék tehát körülbelül a 425—486 $\mu\mu$, a sárga pedig az 526—760 $\mu\mu$ hullámhoszszal biró sugarakat bocsátotta át.

Ez a kétféle fényszürő tehát alkalmasnak látszott arra, hogy segítségükkel egyrészt a kék, másrészt a sárga sugarak áthatolóképességét megmérjem; a sárga szürőn ugyan áthaladnak a sárgán kivül nyomok a zöldből is és a vörösek teljesen, de ez utóbbiak nem fejtenek ki hatást az alkalmazott fényérzékeny anyagokra.

A vizsgálások alkalmával az említett lemezt vagy papirt olyképen helyeztem a leirt, fényt át nem bocsátó borítékokba, hogy fényérzékeny rétegük a két fedőlemez közé ragasztott szürő, tehát a boríték kivágása és a vizsgálandó szövet felé nézett. Mivel a borítéknak ezen része kanadabalzsammal át volt ivódva és még üreggel is el volt látva, azért még nedves szövetek sem fejthettek ki vegyi hatást a fényérzékeny anyagokra. (Megjegyzem, hogy a kanadabalzsamnak teljesen száraznak kell lennie, mert különben az előhivás alkalmával foltossá teszi a lemezt vagy a papirt). Előhivónak most is frissen készített 5%-os rodinal-oldatot használtam és a négyzet halvány képének 1 percznyi előhívásra elő kellett tünnie; ha ez nem történt meg, hosszabb expositioval tettem kisérletet.

Az expositio idejéből úgy számitottam ki az áthaladt sugarak hányadosát, mint előbbi kisérleteimben. Hogy a sárga és kék fényre vonatkozó eredményeket a fehér fényre vonatkozó régebbiekkel összehasonlithassam, a vizsgálásokat lehetőleg ugyanazon élő és holt szöveteken és azoknak ugyanazon vastagságú rétegein végeztem és ugyanazon szöveten keresztül most is addig ismételtem a megvilágitást, mig a hatás észrevevéséhez szükséges legrövidebb küntartási időt meg nem találtam. A másodpercznyi vagy ennél rövidebb exponálást most is redőnyös pillanatzárral eszközöltem, a mely zárnak gyorsaságát újból meghatároztam.

A táblázatban a vizsgálás ideje, a megvizsgált szövet, ennek vastagsága, a használt fényérzékeny anyag, a szürő színe (k = kék, s = sárga), a szükségesnek mutatkozott legrövidebb küntartási idő (másodperczekben), ennek egy juniusi nap delére átszámított értéke és az ebből kiszámított, áthaladt fény hányadosa van feltüntetve. Ezen törtszámok tehát azt mutatják, hogy a fehér napfénynek hányadrésze haladt át a megvizsgált szöveten és a megfelelő szürőn.

Összehasonlítás czéljából a színes sugarak hányadosai elé még a multkori dolgozatomban közölt, az összes fényre vonatkozó adatokat is újra feljegyeztem.

A koponyán, alkaron és bőrön újra meg kellett határoznom az áthaladó fény mennyiségét szürő nélkül is, mivel vastagságuk a tavalyiakétól eltért. A bőr átbocsátóképességének vizsgálására most a scrotum bőrét választottam, mert a hüvelyk- és mutatóujj közötti bőrredőnél, a melyen a multkori kisérleteket végeztem, az adatok nem tisztán csak a bőrre vonatkoznak, t. i. akkor a redőnek szük terjedelme miatt annak olyan részén kellett a vizsgálásokat végezni, a hol már vékony izommréteg is feküdt; mert ha ezt el akartam volna kerülni, akkor a redő széléhez egészen közel kellett volna a borítékot elhelyeznem és itt nem zárhattam volna ki biztosan a szövetet elkerülő fényt.

Élő szövetek.

A vizsgálás ideje	A vizsgálás tárgya	A képlet vastagsága mm.-ben	Fényérzékeny anyag	A szürő színe	Minimális expos. idő mp.-ben	Juniusi nap delére számítva	A fényegység hányadrésze hatolt át a képleten: szürő nélkül[1]	sárga szürővel	kék szürővel
Julius 8.-án délután 3/42 ó.	fülczimpa	4	L.	kék	8·5	7·27	1	1	1
Márczius 15.-én délután 1 ó.	„	4	Cbr.	sárga	6	3·33	5055	6144	174,480
Márczius 15.-én délután 1/23 ó.	fülkagyló	3	„	kék	20	6·9	1	1	1
„ „ „ 3 „	„	3	„	sárga	2	0·6	855	1107	12,667
„ „ „ 1 „	barnabőrű egyén fülkagylója	3·5	L.	kék	2	1·19	1	1	1
„ „ „ 1/23 „	„ „ „ „	3·5	Cbr.	sárga	3	1·06	1623	1955	28,560
Julius 4.-én d. u. 1/22—3/42 ó.	III. ujj 2. percz	19	L.	kék	1200	1006	1	1	1
„ „ „ 3/42 „	„ „ „ „	19	„	sárga	35	29·9	647,595	717,600	24.144,000
„ „ „ 1/43 „	V. ujj 2. percz	17	„	kék	600	478	1	1	1
Márczius 21.-én délután 1 ó.	„ „ „ „	17	„	sárga	30	18	415,200	432,000	11.472,000
Junius 30.-án délután 1/23 ó.	alsó ajk	8	„	kék	150	119	1	1	1
„ „ „ 3 „	„ „	8	„	sárga	3	2·17	42,480	52,080	2.856,000
„ „ „ 1/25 „	nyelv	10	„	„	9	3·2	1 / 74,340	1 / 110,400	
„ „ „ 1/24 „	II. metacarp.-phalang. izület	33	„	kék	480	304	1	1	1
„ „ „ 3 „	„ „ „	33	„	sárga	4	2·9	60,000	69,600	7.296,000
„ „ „ 1/22 „	alkar (rad. és ulna között)	53	„	„	900	794	1	1	
„ „ „ 2 „	„ „ „ „ „	53	„	—	800	667·2	16.012,800	18.056,000	
Márczius 21.-én délután 2 „	bőrredő (scrotum)	10	„	kék	2·84	1·42	1	1	1
„ „ „ 2 „	„ „	10	Cbr.	sárga	1·8	0·9	1383	1660	33,080
„ „ „ 2 „	„ „	10	„	—	1·5	0·75			

[1] Az első közleményből átvett adatok.

Holt szövetek.

A vizsgálás ideje	A vizsgálás tárgya	A képlet vastagsága mm.-ben	Fényérzékeny anyag	A szűrő színe	Minimális expos. idő mp.-ben	Juniusi nap delére számítva	A fényegység hányadrésze hatolt át a képleten: szűrő nélkül[1]	sárga szűrővel	kék szűrővel
Augusztus 9.-én délelőtt 9 ó.	porczogó	5	Cbr.	kék	1·5	1·0	1	1	1
„ „ „ „ „	„	5	„	sárga	0·4	0·279	357	516	1845
Augusztus 6.-án „ „ „	bőr + koponyacsont + dura	9	L.	kék	70	41	1	1	1
„ „ „ „ „	„ „ „	9	Cbr.	sárga	9	5	7195	9925	984,000
„ „ „ „ „	„ „ „	9	„	—	7	3·9			
„ „ „ 1/29 „	hengeres csont	40	L.	kék	420	2675	1	1	1
„ „ „ 8 „	„ „	40	„	sárga	30	16·5	302,112	396,000	6.420,000
Julius 11.-én délután 1/43 ó.	(sertés-)zsírszövet	5	Cbr.	kék	1	0·8	1	1	1
„ „ „ „ „	„	5	„	sárga	0·1	0·08	137	147	1476
„ „ „ 2 „	„	15	L.	kék	0·5	0·41	1	1	1
„ „ „ 1/43 „	„	15	Cbr.	sárga	0·5	0·39	660	719	9840
„ „ „ „ „	„	25	„	kék	33	26·28	1	1	1
„ „ „ „ „	„	25	„	sárga	1·5	1·19	2490	2767	48,458
Julius 27.-én „ 1/22 „	(marha-)izom	5	L.	kék	5	4·4	1	1	1
„ „ „ „ „	„	5	„	sárga	1·6	1·54	261,60	36,940	105,600
„ „ „ 1/2—3/42 „	„	10	„	kék	24	20·8	1	1	1
„ „ „ 2 „	„	10	„	sárga	6	5·08	86,880	121,920	499,200
„ „ „ „ „	„	15	„	kék	90	78	1	1	1
„ „ „ 1 „	„	15	„	sárga	16·5	13·74	260,928	329,760	1.878,450
Julius 28.-án délután 1/22 „	(marha-)máj	5	„	kék	42	37	1	1	1
„ „ „ „ „	„	5	„	sárga	2	1·7	37,920	40,800	880,000
„ „ „ 2—1/43 „	„	10	„	kék	700	548·1	1	2	1
„ „ „ „ „	„	10	„	sárga	24	19·5	417,120	468,000	13.154,400
„ „ d. e 1/4 12—1/21 ó.	„	15	„	kék	4620	4470	1	1	1
„ „ délután 3 ó.	„	15	„	sárga	290	198	4.552,800	4.757,000	107.280,000
Julius 30.-án „ 1/22 „	(marha-)lép	5	„	kék	170	150	1	1	1
„ „ „ „ „	„	5	„	sárga	4·5	3·97	86,880	95,280	3.600,000
„ „ „ 2—3 „	„	10	„	kék	4200	3186	1	1	1
„ „ „ „ „	„	10	„	sárga	90	68	1.464,000	1.632,000	76.464,000
Augusztus 4.-én délután 2 ó.	(marha-)vese	5	„	kék	20	15·2	1	1	1
„ „ „ 1/44 „	„	5	„	sárga	1	0·59	11,472	14,160	364,800
„ „ „ 1/23 „	„	10	„	kék	660	465	1	1	1
„ „ „ „ „	„	10	„	sárga	15	10·5	226,320	252,000	11.160,000
Április 26.-án délután 1 ó.	(sertés-)bőr + hájszövet	5·2	Cbr.	kék	1·5	1·35	1	1	1
„ „ „ 1/22 „	„ „	5·2	„	sárga	0·08	0·072	111	132	2500
„ „ „ „ „	„ „	5·2	„	—	0·07	0·061			
„ „ „ „ „	„ „	10·4	„	kék	26·0	23·4	1	1	1
„ „ „ „ „	„ „	10·4	„	sárga	1·2	1	1660	1845	43,163
„ „ „ „ „	„ „	10·4	„	—	1·08	0·9			

Ha a táblázat adataiból az áthaladt sugarak *relativ* mennyiségét, vagyis azt számítjuk ki, hogy a szürő nélkül áthaladó fénynek hány százalékát tette ki a sárga és hányat a kék szürőn átmenő fény, azt találjuk, hogy a fülczimpán az összesen áthaladó fénynek 87%-a sárga és 3%-a kék sugár volt, a fülkagylón 80—83% sárga és 7—8·3% kék, az ujjperczen 90—96% sárga és 2·5—3·6% kék, az alsó ajkon 83% sárga és 1·4% kék, a a nyelven 80% sárga, a metacarp.-phalang. izületen 71% sárga és 0·8% kék, az alkaron 88% sárga, 10 mm.-es, vérdús bőrredőn 83% sárga és 4·2% kék, 5 mm.-es porczogón 70% sárga és 19% kék, a koponyán 73% sárga és 0·74% kék, 40 mm.-es hengeres csonton 75% sárga és 4% kék, 5 mm.-es izmon 72% sárga és 25% kék, 10 mm.-es izmon 77% sárga és 17% kék, 15 mm.-es izmon 80% sárga és 16% kék, zsírszövet 5 mm.-es rétegén 90% sárga és 9% kék, 15 mm.-es rétegén 91% sárga és 6·6% kék, 25 mm.-es rétegén 90% sárga és 5% kék, a máj 5, 10 és 15 mm.-es rétegén 90, 90 és 89% sárga és 3, 3 és 4% kék sugár ment keresztül. A lép 5 és 10 mm.-es rétegein 60 és 90% sárga és 2·4 és 2% kék, a veséknek ugyanilyen vastag részein 81 és 89% sárga és 3 és 2% kék, 5·2 mm.-es bőrön és kötőszöveten 89% sárga és 4·4% kék, ennek kettős (10·4 mm.) rétegén 90% sárga és 3·9% kék sugár hatolt át.

A százalékok összege egy szövetnél sem tesz ki 100-at. A hiányt az okozza, hogy a zöld sugaraknak egy részét mindegyik szürő elnyelte.

A színes sugaraknak relativáthatoló képeségét tekintve azt találjuk, hogy a szöveteken áthaladó (a használt fényérzékeny anyagokra ható) fénynek túlnyomó része a sárga (és csekély részben a zöld) sugarakra esik, és hogy az átbocsátot kék sugarak mennyisége aránylag nagyon csekély. Általában mennél vastagabb és színezettebb valamely szövet, aránylag annál kevesebb az áthaladó kék és annál több a sárga sugár. Áttetszőbb szöveteken (porczogó, zsírszövet), valamint vérdús, vékony részeken (fül, bőr, ujjperczek) még relative elég sok (2·5—10%) kék sugár megy keresztül. Feltünő, hogy a koponyán aránylag oly kevés (0·74%) és hogy az izmokon oly sok (16—25%) kék sugárhatol át.

A kék sugarak átlag 1·5 cm. mélyre hatolnak a szövetekbe, csak a bőrön és az alatta fekvő áttetszőbb szöveteken át hatolnak valamivel mélyebbre (3·3 cm.), s legmélyebbre jutnak (4—5 cm.), ha csak zsírszöveten vagy hengeres csonton

[1] Az első közleményből átvett adatok.

kell hatolniok. A vese és főképen a lép már egy 1 cm. vastag rétegén alig bocsát át a kék fényből többet csekély nyomoknál. Az 5 3 cm. vastag alkaron, tehát a bőrön, kötőszöveten és izmokon át még kimutatható mennyiségű fény megy keresztül, de ez mind már csak sárga sugarakból áll.

Az áthaladó színes sugaraknak absolut mennyiségét nem számítottam ki százalékokban, mert áttekinthetőbbnek tartom a táblázatban feltüntetett hányadosokat. Ezek közül élettani és therapeutikus szempontból legfontosabbak az 1·0 cm. vastag bőrredőre vonatkozó adatok, a melyek szerint kettős, vérdús, élő bőrrétegen keresztül a fehér fénynek $^1/_{1383}$-ad része jut, a mely átment fénynek 83%-a sárga és 42%-a kék sugarakból áll. Mivel élő bőrnek egyszerű rétegén át nem volt alkalmam kisérleteket végezni, azért frissen kivágott állati bőrnek egyszerű és kettős rétegeit is kellett vizsgálnom, hogy lássam, mennyivel több fényt bocsát át az egyszerű bőrréteg, mint a kettős. Az eredmény azt mutattja, hogy az előbbi a fehér és a sárga fénynek mintegy 14—15-szörösét, és a kéknek kb. 17-szeresét bocsátja át. Ha ezen adatok segítségével az élő bőr kettős rétegein áthaladt fény mennyiségéből az egyszerű bőrön áthaladó fénysugarak számát keressük ki, azt találjuk, hogy *5 mm.-es élő bőr + kötőszöveten át a ráeső fény* $^1/_{120}$ *része mint sárga és* $^1/_{2000}$ *része mint kéksugár megy keresztül.*

Magától értetődik, hogy a közölt hányadosok nemcsak a nálunk lehetséges maximális napsütésre (junius 21.-én délben), hanem bármely fehér fényre is érvényesek, csakhogy kisebb fénynél a hányadosok erre a kisebb egységre vonatkoznak.

Természetes, hogy a talált adatok nem *absolute* pontosak: a szövetek különböző tömöttsége, színárnyalata és vértartalma, a színűröknek nem teljesen tökéletes elnyelő- és átbocsátóképessége és a kisérletekben még több más okból (a légkör különböző pára- és portartalma, a fényérzékeny anyagoknak kissé változó sensibilitása stb.) felmerülhető eltérések és hibák miatt az adatoknak csak megközelítő értékük lehet, de mégis mindenesetre alkalmasak arra, hogy általuk magunknak a szövetek átlagos fényátbocsátóképességéről fogalmat alkothassunk.

Az eredmény fontosabb adatai a következő pontokba foglalhatók össze:

1. A bőrön és kötőszöveten át $^1/_2$ *cm. mélységig a ráeső fénynek körülbelül* $^1/_{100}$ *része megy keresztül, ezen átmenő fénynek 85%-a sárga (meg részben zöld) és 5%-a kék sugarakból áll.*

2. A bőrön és az alatta fekvő szöveteken át (ha közöttük izomrétegek nincsenek) *a kék fényből még 3 cm.-nél valamivel mélyebbre is jutnak nyomok.*

3. A fénynek csekély része még 5—6 cm. mélyre is behatol a szövetekbe, még ha ezek között izomrétegek is vannak, de a behatható fény ezen mélységben már csak sárga sugarakból áll.

A fény áthatolóképességének ezen meghatározásánál a vörös sugarakról nincsen szó, mert ezek a használt fényérzékeny anyagokra nem hatnak, de a vizsgálások valószinüvé teszik, hogy a vörös fényből még több jut a szervezetbe és hogy ez még mélyebbre is hatol be mint a sárga, mert láttuk, hogy a szerves szövetek első sorban a rövidebb hullámhoszszal biró sugarakat nyelik el.

A vizsgálások eredménye tehát érthetőbbé teszi azt a tényt, hogy a fény az életfolyamatokra fontos hatással van, mert a kisérletekből kitünik, hogy a pupillán keresztül a hajszálereket közvetlenül érő fehér fény nem az egyedüli, a mely vegyi sugarakat juttat a vérhez: a bőrön át is éri, a csak egészen felületesen beható ibolya sugarakon kivül, a hajszálereket és a felületes szövetrétegeket vegyi hatásra képes fénysugár.

Bármily csekélynek látszik is a bőrön át 5 millimeterig átmenő kék fénynek egy kétezredrésznyi mennyisége és az ennél még mélyebbre ható kék sugaraknak még sokkal kisebb száma: mégis sok ez, ha tekintetbe veszszük, hogy még a szokásos ruházkodás mellett is, az arcz, a nyak és a kezek bőrén keresztül a pupilláénál sokkal nagyobb felületen át jut kék fény a szervezetbe. Mennyivel nagyobb még a szervezetbe jutó kék és a némileg szintén hatékony sárga sugaraknak a mennyisége, tehát azoknak hatása is az életfolyamatokra, ha ruházat nélkül, mint a hogy az a légfényfürdők alkalmával történik, órákon át teszszük ki testünket a szétszórt napfénynek, vagy különösen ha, mint a napfürdőben, a napfény testünknek egész felületét hosszú időn át süti.

Közlemény az egyetemi II. számú kórboncztani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyet ny. r. tanár.)

A malachit-zöld táptalajok értéke a typhus-bacillus felismerésében.

Irta: *Királyfi Géza* dr. első tanársegéd.

A bakteriologiának számos megoldatlan kérdései közé tartozik a typhus-bacillusnak bakteriumtömegekben való biztos felismerése és a hozzá hasonló rokon fajoktól, különösen a coli-bacillustól való pontos elkülönítése. Sok történt már e téren, több-kevesebb eredménynyel. A vizsgálatok tendentiája leginkább arra irányult, hogy a typhushoz hasonló bakteriumok fejlődését a táptalajakon valami módon megakadályozzák, vagy legalább is, hogy a typhus-bacillusok számára jól meghatározható kulturális különbségeket nyerjenek.

Fejlődésgátló czélzattal igen különböző anyagokat használtak fel a különböző szerzők. Igy a phenolnak, sósavnak, czitromsavnak, methylviolettnek, burgonyalének stb. a táptalajokhoz való hozzátételével igyekeztek a typhus-bacillust kisérő bakteriumok fejlődését megakadályozni. Sokáig czélszerünek mutatkozott a *Holz*-féle burgonya-gelatina, különösen az *Elsner* ajánlotta 1%-os jodkalium hozzátétele mellett, a melyen számos kisérő bakterium, különösen a gelatinát folyósító fajok szaporodását sikerült hátráltatni, és a melyen a typhus-bacillusok jellemző, a coliétól jól elkülöníthető növekedést mutattak. Hasonló eredményt ért el *Weil* az általa ajánlott burgonya-agartáptalajjal. Igen kedvezően nyilatkozott a vizsgálók egy része a *Piorkowsky* által ismertetett vizelettel kevert gelatináról, a melyen 20 óra alatt 22°-nál a typhus-bacillusok kicsiny, víztiszta, és a mi különösen jellemző, 4—6 elágazó nyújtványnyal biró telepeket képeznek, míg a coli éles szélü, kerek, sárga telepeket alkot. Jól alkalmazható differential-diagnostikai eszköz a *Petruschky*-féle lakmus-tejsavó, a mely azon alapszik, hogy a tejczukorból a coli, a typhussal ellentétben, nagy mennyiségü savat tud termelni; épen ezért a coli a táptalajt szép vörösre festi, míg a typhus-bacillusok mellett a lakmusos tejsavó kék színü marad. Hasonló elven alapszik a *Würtz* ajánlotta tejczukor-lakmus-agar. *Chantemesse* a tejczukor-lakmus-agart az agglutinatioval kombinálva alkalmazza. A coli-bacillus erős savtermelő képességén alapszik a *Conradi* és *Drigalski* ajánlotta táptalaj is. Ők is a lakmusos tejczukros agart használták, a melyhez még nutrosét és kristályviolettet kevertek bizonyos mennyiségben, a mikor a typhus-bacillus kék színü, kicsiny, átlátszó, a coli vörösszinü, nagyobb átlátszatlan telepeket képez.

A typhusnak a colitól való megkülönböztetésére ezen eljárások legtöbbje, de különösen a Conradi-Drigalski-féle táptalaj csakugyan alkalmasnak bizonyult, azonban azon czélnak, hogy bakteriumtömegekből, a milyenek rendszerint épen a gyakorlatban szoktak a bélsár, víz, föld, stb. vizsgálatakor előfordulni, a typhus-bacillusokat velük meghatározzuk, nem feleltek meg, mert van a bakteriumoknak egy egész sora, a mely hasonló körülmények között kék vagy vörös színü telepeket mutat.

És épen azon szenvedett hajótörést a kisérleteknek legnagyobb része, hogy nem sikerült olyan anyagot találni, a mely a typhus-bacillus rendes kisérőit, különösen a coli-bakteriumokat fejlődésükben akadályozni, viszont a typhust élénk szaporodásra, növekedésre indítani tudná.

Annál nagyobb örömmel kellett fogadni a greifswaldi „Hygienisches Institut“ vezetőjének, *Loeffler*-nek a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ezidei február 22.-i 8. számában megjelent közleményét, a mely épen e kérdéssel foglalkozik és azon eredményre jut, hogy sikerült végre a várva-várt és keresett anyagot, mely a fenti feltételeknek mindenben megfelel, megtalálni. Szerinte a *malachit-zöld* festék volna azon anyag, mely a typhus-bacillus konkurrenseit, különösen a coli-bacillust fejlődésükben megakadályozni és ugyanakkor a typhus-bacillusnak szaporodását jellemzően viselkedő telepekben előmozdítani tudja.

Loeffler a malachit-zöldet két irányban, lemezes eljárással és folyékony táptalajokban vizsgálta. Első sorban Drigalski-Conradi előirása szerinti agart készített, a melyet azonban lakmusoldat és kristályviolett helyett malachit-zöld különböző mennyisé-

gével kevert és lemezekké öntve, külön typhus-, külön coli-bacillussal és azután typhus-coli keverékével oltott be. 100 cm³ agarhoz a malachit-zöld 2%-os oldatából fokozódó mennyiségben 1—7·5 cm³-t adott és azt tapasztalta, hogy 2·5 cm³-töl kezdve a coli-bacillusok növekedésüket megszüntették, míg a typhus akadálytalanul fejlődött tovább. A malachit-zöld magasabb concentratiojánál a typus-bacillusok növekedtek ugyan még, de a telepek száma kisebb volt. 7·5 cm³-nél már csak 1—2 typhus-telep fejlődött és a telepek számának csökkenésével a növekedés gyorsasága is csökkent. A zöld táptalajon fejlődő typhus-telepek szerinte áteső fényben igen átlátszók; gyenge nagyításkor jellemző erős barázdaképződést mutatnak, továbbá növekedésük helyén a zöld szín helyébe a lemezeken világossárga zóna lép.

Nagy nehézséggel járt azonban e táptalajokkal is a typhus-bacillusnak nagyobb bakterium-tömegekben való elkülönítése, a mi pedig épen gyakorlati szempontból nagyon fontos volna. Mert noha Loeffler szerint a coli és a coli-csoporthoz tartozó számos mikroorganismus ilyen módon nem tud növekedni, mégis egy nagy sora marad a bakteriumoknak, így a paratyphus, a bacillus faecalis alcaligenes stb. mely e táptalajon akadálytalanul nő és így a typhus diagnosisát nagy mértékben megnehezítheti. Hosszas vizgálatok után végre sikerült a czikk szerint az összes követelményeknek megfelelő táptalajt találni és pedig a marhahús-bouillon-pepton-gelatinában, bizonyos mennyiségű ketted normal-phosphorsavnak és malachit-zöldnek hozzátétele mellett. A részletek tekintetében az eredeti közleményre utalok, a mely ezen gelatinás táptalajnak számos, a typhus-diagnosisban értékesíthető előnyét sorolja fel.

Alábbi kisérleteimnek czélja a Löffler-féle vizsgálatok kipróbálása és gyakorlati alkalmazhatóságuk tanulmányozása volt. Mielőtt azonban rátértem volna a typhus-bacillusnak nagyobb bakterium-tömegekben való elkülönítésére, a minő viszonyok pl. a bélsárban, a fertőzött vizekben stb. állanak fenn, igyekeztem a legfőbb, leggyakoribb és gyakorlati szempontból talán leginkább számbajövő konkurrensnek, a coli bacillusnak viselkedését a malachit-zöld talajon ellenőrizni.

A kisérletekre felhasznált typhus- és coli bacillusok valódiságát szőlőczukros agaron, Petruschky-féle tejsavón és Conradi-Drigalski-féle táptalajon ellenőriztem. Sőt minthogy jelenleg az intézetben épen typhus-agglutinatiós kisérletek folynak, a felhasznált typhus-bacillusokat még az agglutinatio szempontjából is megvizsgálhattam.

A kisérletek első sorozatában az intézetben készenlétben levő malachit-zölddel pontosan az előirás szerint készült phosphorsavas-marhahús-bouillon-gelatina-táptalajt használtam. Petri-csészébe öntve, a lemez egyik oldalára 24 órás typhus-tenyészet bouillon-emulsiójából keveset, a másikra ugyanolyan idős coli-bacillus-emulsiót oltottam. 48 órai várakozás után nagy meglepetésemre a gelatinalemez teljesen steril maradt. Arra gondolván, hogy talán a malachit-zöld nagy mennyisége gátolja a bakteriumok fejlődését, a festékanyag hozzátételét fokozatosan 1½—1 cm³-re csökkentettem. Ennek ellenére 48 óra mulva a gelatina-lemezek ismét teljesen sterilek voltak. E negativ eredmény magyarázatát keresve, a phosphorsav erős savi hatására gondoltam, mint a mely talán meggátolja a bakteriumfejlődést. Ebből a feltevésből kiindulva, e kisérleti sorozat 2. részletében ugyanilyen módon előállított, de phosphorsav nélküli malachit-zöld gelatina-táptalajt készítettem, a 2%-os zöld oldatból az előirásos 2 cm³-t adva a folyós gelatina minden 100 cm³-éhez. 24 óra mulva a gelatina-lemez ismét teljesen steril. Erre újabb táptalajokon újból megkisérlettem a malachit-zöld mennyiségét fokozatosan 1½, 1 és ½ cm³-re csökkenteni. Most csakugyan jól kifejlődtek a telepek mind a háromféle lemezen, azonban nemcsak a typhus-, hanem, sajnos, ép olyan mértékben a colitelepek is, sőt a két faj telepei között nem volt valami észrevehető különbség található.

A kisérletek ezen teljesen negativ eredménye az említett közlemény azon szakaszára hivta fel figyelmemet, a mely a malachit-zöldnek kellő megválasztásáról szól. Ott igen élénken hangsúlyozza a szerző, hogy néha a festékanyag különböző eredete nagyon eltérő eredményekre adhat alkalmat és az egységes methodika, az egységes eredmények érdekében az általa alkalmazott praeparatumot ajánlja, a mely a Höchst féle gyárban „Malachitgrün 120" jelzéssel készül. A Höchst-féle gyárból a jelzett készítményt meghozattam és további vizsgálataimat ezen hivatalos, németországi festékanyaggal végeztem.

A II. számú kisérleti sorozatban ismét a gelatinához fordultam, mint a melyet Löffler a mesterséges táptalajok között leginkább ajánl. Csakhogy okulva a tapasztalatokon, első sorban phosphorsav nélküli táptalajokat készítettem és pedig úgy, hogy a festékanyag 2%-os oldatából 100 cm³ gelatinához előbb az előirásos 2 cm³-t, majd 1½ és végül 1 cm³-t kevertem. A lemezek egyik oldalára ismét typhus-bouillon-emulsiót, a másikra coli-bacillusokat oltottam. Az eredmény: 24 óra alatt gyengébb, 48 óra alatt erősen kifejlődött telepei úgy a typhus-, mint a coli-bacillusoknak.

E II. kisérleti sorozat második részletében már phosphorsav hozzátételével készítettem a gelatina-lemezeket. A 2 cm³ malachit-zöldet tartalmazó táptalajokon — tehát úgy, a mint azt az előirás megkivánja — telepeket egyáltalában nem kaptam, a lemez ismét steril maradt. 1 cm³ festékanyag hozzátétele mellett kifejlődtek úgy a typhus-, mint a coli-telepek a nélkül, hogy tenyészetbeli különbségek lettek volna közöttük felfedezhetők. 1½ cm³-nél jelentkezett végre az első észrevehető különbség a két tenyészet között, a mennyiben a typhus jól kifejlődött telepei mellett a coli csak nagyon gyéren, néhány különálló szemcse alakjában volt látható.

A III. számú kisérleti sorozatban — miután némi positiv eredményre jutottam — más bakteriumoknak igyekeztem a malachit-zölddel szemben való viselkedését kipróbálni. E czélra egyelőre két bakteriumot használtam fel, a paratyphust és a staphylococcust. Az előbbi kisérleti sorozat hatféle különböző táptalaját oltottam be e két törzszsel, és pedig a Höchst-féle zölddel készült gelatinát, a festékanyag 2, 1½ és 1 cm³-ének hozzátétele mellett, először phosphorsav hozzáadása nélkül, majd ugyancsak e három táptalajt phosphorsavval keverve. Az eredmény az volt, hogy a staphylococcus jóformán egyáltalán nem tenyészett ki, csupán a leggyengébb, a legközömbösebb táptalajon, a phosphorsav nélküli, 1 cm³ zöldet tartalmazó gelatinán, de azon is csak három nap mulva néhány csenevész telep alakjában. Szóval a malachit-zöld kellő concentratioban ezen csira teljes elnyomására csakugyan alkalmasnak látszott. A paratyphus azonban kifejlődött 24 óra alatt az összes talajakon, kivéve a legerősebb hatású phosphorsavas, 2 cm³ zöldet tartalmazó gelatinát, a hol csak 3—4 nap mulva mutatott, és ekkor is csupán igen gyenge fejlődést.

A további, IV. számú kisérleti sorozathoz agar-táptalajokat használtam. Az agar összetétele, az elkészítés apró fogásai, a megsavanyítás és kellő alkalizálás, a hozzátételek minősége és aránya stb. mind pontosan elő van irva. Kisérleteimben lehető szigorúan igyekeztem ezen szabályokhoz ragaszkodni. Loeffler a kellőkép elkészített oldott agar 100 cm³-éhez a malachit zöld 2%-os oldatából 2—2½ cm³-t vegyít. A malachit-zöld oldatot azonban sterilizált vízzel készítteti és így teszi a folyékony, forró agarhoz, nem pedig magát a festékoldatot sterilizálja. E pontos distinctio előnyét, a mely talán első pillanatra érthetetlennek látszik, a kisérlet némiképen igazolta is. E kisérleti sorozatban négyféle táptalajt készítettem: kettőt, a melyben a malachit-zöldnek sterilizált vízzel készült 2%-os oldatát kevertük a folyékony agarhoz, 100 cm³ táptalajhoz az egyikben 2 cm³, a másikban 2½ cm³ festéket téve. A másik két táptalajban a 2%-os zöld-oldatot az agarral együtt főztük fel és sterilizáltuk. Az ilyen módon elkészült négyféle agar-talajból lemezeket öntöttem és egyik felükön colival, a másikon typhussal fertőzve, thermostatba tettem. 24 óra mulva leolvasván az eredményt, azon táptalajokon, melyeken a zöld oldat az agarral együtt felfőzetett, 24 óra alatt szépen kitenyésztek úgy a typhus-, mint a colitelepek. A telepek alakjában feltünő különbségek nem voltak a kétféle faj között, azonban egészen szabályosan és feltünően mutatkozott a differentia a kétféle telep, valamint a közvetlen szomszédos táptalajrészek színe között. A typhus-telepek ugyanis a táptalaj eredeti színének megfelelő sötétzöld színüek maradtak, míg a coli telepei, valamint jelentékeny kiterjedésben az egész környező táptalaj is elszíntelenedett, illetve eredeti színétől teljesen elütő sárga színt mutatott. Épen eltérőleg a Loeffler féle vizsgálatoktól, melyek szerint e sárga színeződés a typhus-telepekre volna jellemző.

A másik két nem főzött, csak sterilizált vízzel készült malachit-zöldes agarlemez közül azon kaptam végre ismét positiv

eredményt, a mely 2 cm³ festékanyagot tartalmazott, a mennyiben rajta csakugyan csupán a typhus telepei fejlődtek ki, a coli-oltás helye ellenben teljesen steril maradt. A typhus mellett aztán néhány idegen csira is kifejlődött, a mi érthető, ha tekintetbe veszszük, hogy a zöld oldat maga, ez esetben a kisérlet érdekében nem főzetett fel. A másik lemezen, melyet a 2½ cm³ festéket tartalmazó agarból öntöttem, sem typhus, sem coli nem fejlődött, hanem csupa idegen, másodlagos fertőzéses csira.

Az V. számú kisérleti sorozatban ismét a malachit-zöldes gelatina-, valamint agar-táptalajnak más pathogen bakteriumokkal szemben való viselkedését vizsgáltam. E czélból 1½ cm³ malachit-zöldes gelatina-, valamint 2 cm³-es agarlemezeket öntöttem, minthogy a II., valamint a IV. számú kisérleti sorozatban e két táptalajon kaptam a typhus és coli elkülönítése szempontjából aránylag legjobb eredményeket. E kétféle táptalaj mindegyikét most négyféle bakterium emulsiójával oltottam be. Ismét a staphylococcus és paratyphus, valamint ezeken kivül az anthrax és a cholera 24 órás tenyészetét használtam. Az eredmény teljesen megegyező volt úgy a gelatina-, mint az agar-lemezeken, a mennyiben a négy faj közül csupán a paratyphus fejlődött ki, a másik hármat ellenben a malachit-zöld fejlődésében teljesen megakadályozta.

A VI. számú sorozat ellenőrző vizsgálatnak készült, a melylyel a II. és IV. sorozatban nyert pozitiv kisérleteket igyekeztem megismételni, illetve ellenőrizni. E czélból ismét a 1½ cm³ malachit-zöldes gelatina és a 2 cm³-es nem felfőzött malachit-zöldes agar-talajokhoz fordultam, a melyeket lemezekké öntve, typhus- és coli-emulsioval beoltottam. Nagy meglepetésemre és minden várakozás ellenére azonban 24 óra alatt a gelatinán most különbség nélkül kifejlődtek úgy a typhus-, mint a coli-telepek. Az agar-lemezen 24 óra alatt jóformán csupán a typhus tenyészett ki, a coliból mindössze néhány csenevész csira, 48 óra alatt azonban, bár gyengén, de észrevehetően megjelentek a lemezen a coli telepei is, sőt 72 óra alatt egészen jól kifejlődött telepeket kaptam, a melyek, úgy mint előbb a IV. számú sorozatban, ismét a jellemző sárga elszíneződését hozták létre a táptalajnak.

Ez esetben tehát ismét ellenmondás látszott az előbbi kisérleti adatokkal szemben, a melyekben pedig a coli és typhus elkülönítésére némi útbaigazítást véltem már fellelhetni. Minthogy a két kisérlet a véghezvitel összes körülményeiben teljesen megegyezett s az egyetlen különbség köztük csupán a kulturák korát illette, a mennyiben az első esetben egy napos, az utóbbiban 4—5 napos tenyészetet használtam, kénytelen voltam a bakteriumtenyészeteknek ezen különböző korát az eredménybeli különbség okának tekinteni.

Annál inkább fokozta a bizalmatlanságot a következő vizsgálat, a melyet e kisérleti sorozathoz kapcsoltam. Höchsti zöld 2%-os oldatából 1¾ cm³-t tettem a phosphorsavval kevert gelatinához és ezt a táptalajt oltottam most be külön külön coli- és typhusbacillusok két napos bouillon-emulsioival. Az eredmény 24 óra alatt gyengén, 48 óra alatt azonban egészen tisztán mutatkozott és valósággal meglepetésszerű volt, a mennyiben most épen a coli-bacillusok voltak azok, a melyek erősen növő élénk telepeket adtak, a typhus pedig jóformán egyáltalában ki sem fejlődött. Ezt a merőben ellentétes eredményt már semmiképen sem tudtam megmagyarázni.

A következő VII. kisérleti sorozatban ugyanezen 1¾ cm³ malachitzöld-oldatot tartalmazó gelatinán még két más pathogen bakteriumnak, a Friedländer-féle bacillusnak és a streptococcusnak viselkedését vizsgáltam. Az előbbi a malachit-zöldes táptalajon akadálytalanul fejlődött, míg a streptococcus növekedésében fennakadt és elpusztult.

A VIII. kisérleti sorozatban az 1 ¾ cm³ malachitzöldoldatot tartalmazó gelatinára, az egyik lemezre egy napos, a másikra négy, a harmadikra nyolcz napos typhus coli-emulsiót oltottam, hogy igy a párhuzamos vizsgálattal az esetleg jelentkező különbségek jobban észrevehetők legyenek. A 4 és 8 napos typhus és coli életképességét agar-csőre való oltáson ellenőriztem. Az egy napos tenyészeteknél az eredmény ismét az volt, mint az előzőben a két naposaknál, t. i. most is a coli-telepek fejlődtek ki, a typhus-oltás helye pedig steril maradt. A 4 napos tenyészeteknél a malachit-zöldes talaj fejlődésgátló hatása annyira előtérbe lépett, hogy csupán igen gyenge, csenevész fejlődés volt észlelhető, körülbelül egyenlő mértékben mindkét bakteriumnál. A 8 napos tenyészeteknél azonban, a nélkül, hogy valami szabályszerűség lett volna kideríthető, a coli telepei 48 óra alatt aránylag elég jól kifejlődtek, a typhus oltásnak azonban csak épen a helye volt homályosan látható, de bakteriumfejlődés megállapitható nem volt.

Az utolsó, IX. kisérleti sorozatban, látván a növekedés igen különböző körülményeit, még egyszer ellenőriztem a mi régi, intézetünkben készenlétben tartott malachit-zöldünket. Négyféle gelatina-táptalajt készitettem a festék 1 és 1½ cm³-ének hozzáadása mellett, kettőt phosphorsavval vegyítve, kettőt a nélkül. Az eredmény most is megegyezett az első kisérleti sorozatban talált adatokkal. A phosphorsavas talajokon bakteriumfejlődés egyáltalában nem volt észlelhető, a phosphorsav nélküli két talajon úgy a typhus, mint a coli egyenlő mértékben jól kifejlődött.

Ha mindezek után összegezem a Loeffler-féle malachit-zöldes táptalajról nyert benyomásaimat, azt a lelkesedést és bizalmat, a melylyel Loeffler a maga táptalajáról nyilatkozik, legalább egyelőre, beigazolva nem látom.

Az első ellentét a Loeffler-féle vizsgálatokkal szemben már akkor jelentkezett, a mikor a malachit-zöld 2%-os oldatából az előirásos 2 cm³ t tettem a phosphorsavas gelatina táptalajokhoz. Ez ugyanis összes kisérleteimben teljesen meg tudta akadályozni a typhus vagy coli fejlődését; 1½—1¾ cm³-nél tovább a festékanyag hozzátételében sohasem mehettem.

A typhus-bacillusok kifejlődését a coli-bacillusok elnyomása mellett csak egész kivételesen tudtam két esetben elérni. A coli-bacillusok legtöbbször akadálytalanul fejlődtek tovább a typhus-telepek mellett, sőt voltak esetek, a hol épen megfordítva, a typhus-bacillusok szüntették be növekedésüket, míg a coli telepei élénken nőttek és szaporodtak.

Feltünő különbségeket a két faj tenyészete között a legtöbbször nem találtam. Nem volt meg a typhus-bacillusok jellemzőzőnek mondott barázdált volta, sem pedig a táptalajnak elszíntelenedése, illetve elsárgulása. Sőt az agar-lemezeken épen a coli telepeinél jelentkezett egészen következetesen a táptalaj sárga elszíntelenedése.

Az eredményt úgy látszik még sok mellékkörülmény befolyásolja. Hogy mennyire fontos a festékanyag kellő megválasztása, a mint azt egyébként a Loeffler féle eredeti közlemény is hangoztatja, az kitünik az I. kisérleti sorozatból, a midőn a véletlenül épen kéznél levő és nem a hivatalos malachit-zölddel készült táptalajon semmiféle bakteriumfejlődés nem volt elérhető. Befolyással látszik lenni a bakteriumok kora is. 1—2 napos tenyészeteknél az eredmény sokban eltérhet az idősebb tenyészetekkel nyert eredményektől. Befolyással lehet továbbá a bakteriumok eredete, minősége, talán az oltott bakteriumok mennyisége, a táptalajban a malachit-zöldön kivül jelenlevő alkotórészeknek minősége is, stb., mind olyan körülmények, a melyek az eredmények egységes voltát nagy mértékben veszélyeztethetik.

Igaz, hogy számos mikroorganismust teljesen megakadályoz a malachit-zöld fejlődésében. A mint láttuk, ilyen volt a streptococcus, a staphylococcus, az anthrax, a cholera; és alkalmasint van még egy nagy sora a bakteriumoknak, a mely hasonlóképen e talajon növekedni nem tud. Ez mindenesetre egyik előnye ezen újabb táptalajnak, mert ilyen módon bakterium-tömegekből egyes individuumokat könnyen kiküszöbölhetünk és másoknak izoláltabb fejlődését elömozdithatjuk. Azonban épen azon czélra, a melyért az egész módszer készült, t. i. a typhus-bacillusnak a vele rokon fajoktól, különösen a colitól való megkülönböztetésére, ezen új eljárás legalább az én kisérleteimben teljesen megfelelőnek nem mutatkozott.

Elismerem és jól tudom, hogy a kisérlet sokszor, különösen új, kellőképen ki nem próbált eljárásoknál apró fogásokon, fortélyokon mulik, és kicsinyeseknek látszó vagy azoknak tartott utasítások be nem tartásán, vagy ilyeneknek hozzátételén hajótörést szenvedhet az egész kisérlet. Ezért igyekeztem vizsgálataimban lehető tárgyilagossággal, szigorúan az előirt szabályokhoz ragaszkodni és épen ezért kisérleti eredményeimre támaszkodva, jogosítva is érzem magamat a tárgyilagos kritikára.

Legyen szabad végül mélyen tisztelt főnökömnek, *Pertik Ottó* egyetemi tanár úrnak, kisérleteim iránt való szíves érdeklődéseért és a dolgozat átnézéseért őszinte köszönetemet kifejeznem.

TÁRCZA.

Az orvos és az alkoholkérdés.[1]

Irta: *Donath Gyula* dr. magántanár, a szt. István-közkórház idegosztályának vezető orvosa.

A budapesti VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressuson 1894-ben előadást tartottam „A modern kulturállamok lakosságának testi elsatnyulása, különös tekintettel Ausztria-Magyarországra“[2] címmel. Sorozási eredmények, de egyéb vizsgálatok és megfigyelések alapján is kimutattam, hogy újabb időben kétségtelenül sülyedés észlelhető a kulturállamok lakosságának testi fejlődésében. Hogy a sok bizonyíték közül csak egyet emeljek ki, elegendő a véderő újjászervezéséről szóló 1889.-i törvényre utalnom, mely a hadkötelezettségi kor kezdetét a 20.-ról a 21. évre helyezi át. Ez azért történt, hogy a folytonos elsatnyulás által szükségessé vált behivatása a 4. korosztálynak elkerültessék. És mindennek ellenére sem ezen rendelet, sem pedig az újonczozási contingens felemelése nem akadályozhatta meg, hogy akkoriban úgy Magyarországon, mint Ausztriában 1867-től 1892-ig a nem alkalmasság miatt „visszahelyezettek“-nek százaléka folytonosan és rendkivüli számban ne növekedjék. Okoltam ezekért a modern társadalomban uralkodó és a modern termelési viszonyokból folyó fokozott küzdelmet a létért, a túlerőltetett munkát, a szükölködést és az existentia növekedő bizonytalanságát a társadalom szélesebb és mélyebb rétegeiben, a gazdagság és élvezetek utáni hajhászatot a felsőbbekben, az ezáltal feltételezett elterjedését a különböző idegbajoknak, nevezetesen a neurastheniának, hysteriának és progressiv paralysisnek, az izgató és kábító szerek (alkohol, morphin, cocain stb.) utáni vágyat, és hangsúlyoztam, hogy a létért való ilyen küzdelem nem az alkalmasabbak kiválogatására, hanem degeneratiora kell hogy vezessen.

Ezen felfogást — a *W. Kruse*-től eleinte hangoztatott ellenmondástól eltekintve — azóta a szerzők egész sora (*Plötz*,[3] *Haycraft*,[4] *Grotjahn*,[5] *Forel*,[6] *Kende*,[7] *Asberg*,[8] *Schallmayer*,[9] és mások) magáévá tette. Sőt *Schallmayer* az elfajulás megakadályozása czéljából és a fajjavítás és fajhygiene érdekében a mostanában uralkodó nemzetgazdasági alapelvek mélyreható megváltoztatását követeli. Különös figyelmet igényel szerinte az öröklödési és szaporodási hygiene, melynek feladata egyrészről az alkoholismus, a syphilis és egyéb intoxicatiók és fertőzések által okozott csirasérüléseket megakadályozni, másrészről a nem életrevaló csirákat fejlődésükben és szaporodásukban gátolni, ellenben a kiválóan alkalmas csirák szaporodását előmozdítani. Újabban „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie“ czímmel folyóirat is indult meg ezen ügy szolgálatára.

Még ki akarom emelni, hogy a British Medical Association 1905 juliusban tartott évi gyülése napirendre tüzte a testi hanyatlás kérdését. Ezen alkalommal *Dawson Williams*[10] felemliti, hogy *Cartlie* évekkel ezelött azt állitotta, hogy 4. generatiobeli londoni ember nem is létezik és hogy ezen állitást ez ideig nem czáfolták meg, és felemliti azon sajnos tényt, hogy minden nemzedékben sokan vannak, kik jóval alatta maradnak az egészséges fejlődés azon normális fokának, melyre máskülönben kedvező viszonyok között eljutottak volna. A discussioban *John Strachan* megjegyzi, hogy a *Lord Mansfield* elnöklete alatt közzétett 1903. évi sorozási jelentések, de még más jelenségek is megczáfolhatlan módon mutatják a physikai satnyulás fokozódását. Ezenkivül a hivatalos jelentések szerint 10 év óta az elmebetegek száma Angliában és Walesben évente átlag 2513 esettel szaporodott. Ezen jelenségek okozójaként az egyes felszólalók a következőket említették: a physikai munkától való irtózást, a mulatság és élvezet utáni hajhászatot, a szellemi túlerőltetést az iskolákban, a kézimunka kiszorítását az ipar- és mezőgazdaságból a gépüzem által, a vidéki lakosság beözönlését a nagyvárosba, a jó táplálkozás és egészséges lakás hiányát, a minduntalan nagyobb tért hódító czigarettázást, de főleg az alkoholismust, melyre a Departmental Committee értesítése szerint évente 160 millió font sterlinget = 3840 millió koronát költ az angol munkásosztály, mely még a táplálkozásra sem áldozhat ennyit.

A mult évben nálunk lefolyt X. nemzetközi alkoholellenes congressus indit arra, hogy ezen tárgyra visszatérjek és hogy ezúttal a degeneratio egy rendkivül fontos tényezőjével, az alkoholismussal különösen abból a szempontból foglalkozzam, hogy mi orvosok mit tehetünk ezen dologban. És ezt nemcsak orvosi kötelességemnek, hanem tekintettel azon pusztításokra, melyeket ezen baj hazánkban okoz, hazafias kötelességemnek is tartom.

Fejtegetéseimet *Joffroy* szavaival kezdem: „Az alkoholismus pusztításai oly nagyfokúak, hogy jelenleg ez a legfőbb okozója a családok tönkremenésének és a nemzetek sülyedésének. Nemcsak az elmegyógyintézeteket és kórházakat népesíti, de a börtönöket is megtölti. Egyike a tüdőtuberculosis leggyakoribb okozóinak. Megváltoztatja nemcsak az egyént, hanem az utódokat is, kiknek életképességét csökkenti. Az állam vezetőinek tudniok kellene, hogy az alkoholélvezet útján nyert adók csak látszólagos bevételt képviselnek, mert növekedésük nem az ország gazdagságának, hanem a rajta rágódó baj súlyos voltának bizonyítéka. . . . . Minél nagyobb jövedelmet eredményez az alkohol, annál inkább szegényedik el az állam, mert az alkoholjövedelmekből levonandó nemcsak az elmegyógyintézetekben, a kórházakban és börtönökben elhelyezett alkoholisták költsége, hanem az a kereset is, melyet ezen betegek, elmezavartak és büntettesek munkája eredményezett volna, ha nem estek volna áldozatul az alkoholnak“.

Közismeretes és felesleges is vele foglalkozni, hogy alig van szerve az emberi testnek, melyet az alkohol megkimélne és hogy különösen az idegrendszert, a gyomrot, a májat és a veséket károsítja. Bennünket orvosokat, kik első sorban szellemi munkások vagyunk, de a kiknek elég gyakran jelentékeny, tartós testi munkát is kell végeznünk, legközelebb az érdekel, hogy az általában mérsékeltnek nevezett alkoholmennyiségek is mennyire befolyásolják a szellemi és testi munkaképességet.

Rendkivül érdekes belepillantani egy oly lángeszü természetbúvárnak szellemi mühelyébe, mint *Helmholtz*, ki erre vonatkozólag „Vorträge und Reden“ czímü munkájában a következőket mondja: „Da ich ziemlich oft bei meinen Arbeiten in die unbehagliche Lage kam, auf günstige Einfälle harren zu müssen, habe ich darüber, wann und wo sie kamen, einige Erfahrungen gewonnen, die vielleicht anderen nützlich sein können. Sie schleichen oft genug still in den Gedankenreis ein, ohne dass man gleich am Anfang ihre Bedeutung erkennt. In anderen Fällen aber treten sie plötzlich ein, ohne Anstrengung, wie eine Inspiration. Soweit meine Erfahrung reicht, *kamen sie nie dem ermüdeten Gehirn und nicht am Schreibtisch*. Ich musste immer erst mein Problem nach allen Seiten soviel hin- und hergewendet haben, dass ich alle seine Wendungen und Verwickelungen im Geiste überschauen und sie frei, ohne zu schreiben, durchlaufen konnte. Dann musste, nachdem die davon herrührende Ermüdung vorübergegangen war, eine Stunde vollkommener Frische und ruhigen Wohlbefindens eintreten, ehe die guten Einfälle kamen. Besonders gern kamen sie bei gemächlichem Steigen über gewaltige Berge bei sonnigem Wetter. *Die kleinsten Mengen alkoholischer Getränke aber schienen sie zu verscheuchen.*“ Hasonlóan vélekedik a nagy biologus, *Johannes Müller* képzeletbeli látmányairól, melyekről könyvet is adott ki: „Legkönnyebben támadnak e tünetek, ha teljesen jól érzem magam, ha nem áll fenn valami különös szellemi vagy physikai izgalom a szervezet valamely részében, és különösen böjtölés után. Sohasem észleltem azokat, ha előzetesen bort ittam. . . . . A borról bizton állíthatom, hogy csekély mennyiségben való élvezete, legalább nálam, az alvás

[1] A budapesti kir. orvosegyesület 1906. márczius 3.-i ülésén tartott előadás.

[2] Klinikai füzetek 1894. október.

[3] *A. Plötz*, Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen, Berlin 1895.

[4] *J. B. Haycraft*, Natürliche Auslesen. Rassenverbesserung, Deutsch von Kurella, Leipzig 1895.

[5] *A. Grotjahn*, Soziale Hygiene und Entartungsproblem, Jena 1904.

[6] *A. Forel*, Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen, München 1901.

[7] *M. Kende*, Die Entartung des Menschengeschlechtes, Halle a. S. 1902.

[8] *M. Asbery*, Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Cassel 1903.

[9] *W. Schallmayer*, Beiträge zu einer Nationalbiologie, Jena 1905.

[10] *Dawson Williams*, A discussion on physical deterioration, its causes and extent. Ref. Brit. med. Journ. oct. 14. 1905.

előtti látmányokat csökkenti."[1] Felette érdekes, a mit *Eckermann*[2] *Goethé*-vel folytatott beszélgetéseiről feljegyzett. *Goethe* 1827. január 18.-án következőket mondotta: „*Schiller* sohasem ivott sokat, mindig igen mértékletes volt; de a testi gyengeség egyes pillanataiban iparkodott erőit némi liqueurrel vagy valamelyes szeszes itallal fokozni. Ez azonban egészségén rontott és munkáinak is megártott. Mert a mit okos fejek az ő dolgain kifogásolnak, azt ezen forrásra vezetem vissza". Kinek ne jutna itt *Petőfi* az eszébe, ki páratlan szépséggel dicsőítette a bort és e mellett mégis nagyon mértékletes embernek volt elismerve. Mert ily gyönyörű költemények csakis józan főből születhetnek.

A különféle physiologiai és psychologiai kisérletek nagy száma magyarázatát adta ezen és hasonló jelenségeknek. Állatkisérletek és ittasságban elpusztult egyéneken végzett vizsgálatok kiderítették, hogy a legtöbb alkoholt, százalékban számítva, a vér és az agy tartalmazza *(Schulinus, Pauly* és *Bonne, Gréhant)*, hogy továbbá az érzéki benyomások reactioideje már egy liter asztali bor, vagyis 100 cm³ alkohol elfogyasztása után 2 óra mulva 0·190-ről 0·297 másodperczre emelkedik, míg kisebb adagok után gyorsan múló rövidülést észleltek (*S. Exner, Dietl* és *Vintschgan*). Különösen tanulságosak *Kräpelin*-nek és tanítványainak[3] kisérletei, melyek különféle egyszerű és komplikált psychikai processusok (helyes olvasás, összeadás gyorsasága, emlékezési és associatiós műveletek, meghatározott mozdulatokkal való reagálás bizonyos jelre stb.) lefolyására vonatkoznak. Kitünt, hogy már ³/₄—1 liter sörre (30—45 gm. alkohol) nehézkesség állott be mindezen processusoknál, mely néhány óra hosszat tartott. ¹/₅—¹/₄ liter sör (7·5—10 gm. alkohol) elfogyasztása után 20—30 perczig tartó látszólagos könnyebbülés állott be, melynél azonban csak a gyorsaság növekedett, míg a müködés qualitative rosszabbodott, illetve a mozgások pontossága csökkent. E mellett említésre méltó, hogy a reactioidő meghosszabbodásának ellenére azt hiszi a kisérleti egyén, hogy gyorsabban reagál, mint azelőtt, és azt sem veszi észre, hogy most hevesebben reagál, nyilván azért, mivel a mozgásérzés csökkent, és ezenkivül fokozott munkaképesség csalóka érzetével bir. Mindez az alkohol érzéstelenítő hatásának tudandó be. A felfogási és megjegyzési képesség is gyengül ³/₄ liter sörre már 10 percz mulva és pedig nagy fokban, a mint azt *Ach* és *Maljarewski* a Kräpelin-féle laboratoriumban végzett kisérletei kiderítették. Ugyanígy constatálta *Aschaffenburg* betüszedőknél görög bor alakjában nyujtott 36 gm. alkoholra a munkaképességnek átlag 15·2%-kal való csökkenését; náluk is megvolt a fokozott munkaképesség csalékony érzete. Ugyanebből az iskolából tanulmányozta *Fürer* a kisfokú alkoholittasság utóhatásait. 80 cm³ alkoholt nyújtott két liter sör vagy ⁵/₄ liter moseli bor alakjában. Még másnap is megvolt a munkaképesség jelentékeny csökkenése, noha épenséggel nem voltak subjectiv panaszok, és csak harmadnap állott helyre a rendes munkaképesség. Hasonló eredményekre jutott *Rüdin*. Ezzel kapcsolatos az a tapasztalat, hogy a betüszedők a vasárnapi alkoholélvezet után ép hétfőn követik el a legtöbb hibát, valamint az, hogy az üzemekből kifolyó balesetek javarésze a hétfői napon történik, holott az előző vasárnapi munkaszünet után az ember a legéberebb figyelmet várhatná a munkástól. Chronikus alkoholhasználat esetén, a mikor az idegrendszer tökéletes reparatioja nem mehet végbe, a károsodás természetesen folyton fokozódik.

Hogy izolált békaidegen az ingerlékenység alkoholra, múló fokozódás után, alászáll, hogy az elektromotorius erő elvész, már régóta ismeretes. Csak *Fröhlich*-nek legújabban közölt kisérleteire szeretnék utalni, melyek szembeszökően mutatják, hogy a kezdődő elfáradás, szénsavhatás, alkohol- és aetherbódítás az izmot oly állapotba hozhatja, melyben mozgató képessége tetemesen fokozottnak látszik, míg az egyes elemekben lejátszódó folyamatok lefokozott ingerlékenységgel együttjáró csökkenést és hosszabbodást mutatnak. Még inkább érdekelnek bennünket az érzékszervekre vonatkozó vizsgálatok, melyek már mérsékelt alkoholmennyiségekre az összes érzékminőségek lassubbodását és tompulását mutatják. Különös érdeklődésre tarthatnak számot *J. Ridge* kutatásai, ki már 4—8 cm³ alkoholra tompulását állapította meg a tapintásnak, hallásnak és látásnak.

Vajjon nem következik e mindezekből, hogy a szellemi munkás, ki a legtökéletesebbet akarja nyujtani, a mire őt természetes adományai képesítik, szükségképen teljesen tartózkodjék a szeszes italoktól? És vajjon nem világos e, hogy az alkohol, még mérsékelt adagokban is folytonosan használva, káros hatású az idegrendszerre?

(Folytatása következik.)

[1] *H. Hoppe*, Die Thatsachen über den Alkohol, Berlin 1904. 740.
[2] *Eckermann*, Gespräche mit Goethe 1. köt.
[3] *L. E. Kräpelin*, Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1902 és az általa kiadott „Psychol. Arbeiten".

Az 1906. évi állami költségvetés.

Az ismert politikai viszonyok miatt az 1906. évi költségvetést csak most nyujtották be a képviselőháznak. Tulajdonképen két évi költségvetés ez, mert az 1905. évre egyáltalán nem is volt alkotmányos budget. Az eddigi gyakorlathoz híven megismertetjük olvasóinkat a vallás- és közoktatásügyi, valamint a belügyi tárcza költségvetésének azon részeivel, melyek orvosi, közegészségügyi s felső oktatásügyi vonatkozásúak.

Vallás- és közoktatásügyi ministerium. A központi igazgatásban új tétel: 5000 korona „tüdővészes betegeknek sanatoriumban való ápolására" szolgál. Ez összeg rendeltetése első sorban állami elemi iskolai tanítók sanatoriumi ápolási költségeinek fedezése. Szerény összeg, de mindenesetre tiszteletreméltó a szándék.

A budapesti egyetem rendes kiadásai 3.069,856 korona (1904-ben 2.855,174), a rendkivüli kiadások 65,000 korona (1904-ben 77,000), a beruházások 200,000 (1904-ben 420,000 korona), összesen 3.334,856 koronával előirányozvák. A rendes kiadások tehát 214,682 koronával emelkednek, míg a beruházások csökkennek, de tulajdonképen az 1906. évre az 1904. évi XIV. t.-cz. alapján az egyetemi kórház czéljaira 3 millió korona áll rendelkezésre!

Az egyetem bevételeit alkotják: tandíjjövedelem: 700,000 korona, egyetemi alap: 514,046 korona, ápolási díjak: 142,000 korona, egyéb bevételek: 31,520 korona, összesen 1.388,546 korona, így az államkincstár a budapesti egyetem fenntartásához *két* millió koronával járul hozzá.

A kiadás legnagyobb része az orvosi fakultásra esik. Az egyedüli egészen új állást is az orvosi fakultás kapja, t. i. a fülészeti tanszék 2000 korona díjazással egy tanársegédet. A második szemészeti rendes tanszék felállításáról a megüresedett rendkivüli tanszék átalakítása útján óhajt a költségvetés gondoskodni. Hasznos és igen helyes újítás, hogy a budapesti Pasteur-intézet és kórház költségvetése különválasztatott az egyetemi budgettől.

A kolozsvári egyetem kiadásainak főösszege megközelíti a 2 millió koronát, ebből rendes kiadás 1.101,029 (1904-ben 998,055), rendkivüli átmeneti 40,000 (1904-ben 65,000), beruházás 853,817 (1904-re 260,000). Ezzel szemben áll 146,206 korona bevétel, ebből 140,100 korona tandíjjövedelem. A kolozsvári Karolina országos kórház és az egyetemi klinikák budgetje külön szerepel 707,772 korona kiadással és 513,246 korona bevétellel, ebből 500,000 korona ápolási díj. A személyzetszaporítás javarésze az orvosi fakultásra esik, a mennyiben két új adjunctusi, egy tanársegédi és két gyakornoki állás rendszeresíttetik.

A kolozsvári egyetemnek s különösen orvosi fakultásának fejlődése valóban örvendetesen halad. A ministerium ezen czéltudatos tevékenységét úgy látszik elősegíti azon körülmény is, hogy a klinikák dologi kiadásának jelentékeny részét az ápolási díjak fedezik. Ennek az az egyszerű magyarázata, hogy a klinikák szegény betegeinek ápolási díját az országos betegápolási alap megtéríti. Ma, midőn ez alap passiv, az államkincstárnak tulajdonképen mellékes, hogy melyik tárcza terhére történik az előirás, de a közoktatásügyi tárczára tehermentesítés, ha a szaporodó klinikák ápolási költségei nem nehezednek kizárólag ő reá.

A bábaképezdék kiadásainak főösszege: 632,139 korona, ebből rendes kiadás 267,139, átmeneteli 65,000, beruházás 300,000. A bábaképezdék közül a kassai intézet befejezésére 200,000 korona irányoztatik elő s egyúttal mint első részlet a pécsi bábaképezde részére létesítendő új épületre 100,000 korona: valóban szükséges és elodázhatatlan intézkedés.

Örvendetes, hogy a gyógypaedagogiai intézetek budgetje megközelíti a 800,000 koronát.

De egészben véve is valóban jól esik constatálnunk, hogy a vallás- és közoktatásügyi tárcza költségvetése két súlyos év után *70 millió* koronára emelkedhetett!

A belügyi tárcza. A belügyi tárcza költségvetése 63 millió korona, ebből közegészségi kiadásokra 15 millio korona nyer előirányzást (a tényleges kiadás *jóval* több, mivel a betegápolási alapnak deficitje van, mely nincs feltüntetve). Új tétel ama 90,000 korona, melyet a minister főleg a tuberculosis ellen való küzdelemre óhajt fordítani. Mint beruházás szerepel azon 500,000 korona, mely az 1886.: V. t.-cz. 3. §-a alapján felállítandó szemkórházakra szolgál. De tulajdonképen ez nem új tétel, hanem úgy volt beállítható, hogy a trachoma elfojtására szánt kiadásokból az ezen czélra szolgáló 20,000 korona és az alsólendvai trachomakórház megszüntetésével megtakarított összeg tőkésítésével a budget megterhelése nélkül lehetővé válik a brassói és szegedi állami szemkórházak felépítése és közkórházakon szemészeti osztályok létesítésének elősegítése.

Az országos betegápolási alap keretén belül foglalnak helyet a gyermekvédelmi kiadások, melyek máris meghaladják a 4 millió koronát. A milyen helyes és szükséges e kiadás, épen olyan czélszerűtlen a betegápolási költségekkel való kapcsolása.

Ezt már évekkel azelőtt e folyóiratban kifejtettük s be is következett az előrelátott következmény: a betegápolási alap deficitje, bár az adó 5%-ra emeltetett. Világos, hogy a deficitet első sorban a kórházügy szenvedi, pedig Magyarország közegészségügyének már Korányi Frigyes által évtizedek előtt kimondott legfontosabb szükséglete: a kórházak szaporítása és fejlesztése. A betegápolási törvény meghozatala óta valóban jelentékeny fejlődés mutatkozik; félő, hogy az említett kapcsolat s a deficit a fejlődést megakasztja. *Grósz Emil.*

Összefoglaló szemle.

Közlemény a k. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., ny. r. tanár.)

A paratyphuskérdés mai állása.

Irta: *Benczúr Gyula* dr., klinikai gyakornok.

A mióta *Eberth* és *Gaffky* a nevük után elnevezett bacillust felismerték, a typhus abdominalist, aetiologiáját illetőleg, egységes betegségnek tartották. Azonban az utolsó évtized kutatásai e nézetet lerombolták. Kitünt, hogy a typhus kórképe alatt lefolyhat oly betegség is, melynek kórokozója az Eberth-Gaffky-féle bacillustól sok tekintetben különbözik.

1896-ban *Achard* és *Bensaude* tesz említést két oly megbetegedésről, mely a typhus kórképe alatt folyt le, azonban a beteg egyének vizeletéből, illetőleg egy sternoclavicularis tályogból kitenyésztett bacillusok culturális viszonyai az Eberth-félétől eltérést mutattak.

1898-ban Baltimoreban *Gwyn* észlelt egy typhusszerü esetet, melyben a beteg vérseruma a typhusbacillust gyenge hígításban sem agglutinálta, a beteg véréből kitenyésztett „paracoli"-bacillust ellenben igen. Egészen hasonló eseteket közöltek Cushing és Brill.

Azonban csak *Schottmüller* volt az, a ki 1900-ban a kutatók figyelmét felhivta arra, hogy typhus abdominalist az Eberth-féle bacilluson kivül más mikroorganismus is okozhat. Beteget észlelt, ki hasi hagymázban szenvedett. Azonban a beteg véréből kitenyésztett bacillus, mely morphologice azonosnak látszott az ismert typhuskórokozóval, czukros bouillonon gázt fejlesztett. A beteg vérseruma az Eberth-féle bacillust nem agglutinálta, ellenben agglutinálta a beteg véréből kitenyésztett bacillust 1 : 100 hígításban. Nemsokára újabb 6 hasonló esetet figyelt meg, a mi azon meggyőződést érlelte meg benne, hogy ezen esetekben a typhushoz hasonló, de vele nem azonos kórokozóval állunk szemben. Egyszersmind azon véleményének adott kifejezést, hogy e bacillus előfordulása nem is tartozhatik a ritkaságok közé, a mennyiben az általa a hamburgi Szt. György-kórházban megvizsgált 69 typhusbeteg közül 6-nál nem az Eberth-féle bakteriumot találta, hanem ezen újabb bacillust. Esetei közül egy középsúlyos, a többi könnyü lefolyású volt. Schottmüller figyelmeztet, hogy a 7 esetében talált pálczikák tenyésztési viszonyaik szerint 2 csoportra oszthatók és ezért az általa felfedezett „paratyphus"-nak 2 alfaját különbözteti meg.

Hasonló megfigyelést tett *Kurth*, a ki egy brémai typhusjárvány alkalmával 2 esetben a betegek székéből és vizeletéből a Schottmüller-féle bacillushoz hasonló pálczikát tenyésztett ki, melyet „bacillus bremensis febris gastricae"-nek nevezett el. Ugyanazon időben több amerikai szerző mint *Coleman* és *Buxton*, *Johnston*, *Hewlet* és *Hume* Baltimoreból, New-Yorkból, Philadelphiából több hasonló esetet közölt.

1902-ben *Brion* és *Kayser* észlelte, hogy typhusszerü tünetek között megbetegedett egyén vére a typhusbacillust nem, ellenben a beteg vérében talált pálczikát agglutinálta. E bacillust a rendelkezésükre álló *Schottmüller*-félékkel összehasonlítva, azt találták, hogy azonos emezek egyik alfajával. A *Kurth*-féle bacillus bremensis ugyanezen kutatók szerint a *Schottmüller*-féle másik alfajjal azonos. *Brion* és *Kayser* e két csoportot a most is használatos paratyphus A és paratyphus B névvel illette.

Még ugyanazon évben *Feyer* és *Kayser* paratyphus-járványt irt le. Ugyanis Eisbergben 14 oly esetet figyeltek meg, melyek, noha bakteriologice nem vizsgáltattak, az agglutinatiós kisérlet alapján paratyphus B-nek bizonyultak. *Hünermann* a saarbrückeni kaszárnyában 38 typhusbeteget észlelt. Az egyiknek faeceséből, a másiknak vizeletéből paratyphus B pálczika tenyészett ki. A betegek közül 19-nek vérseruma e bacillust 1 : 1000—2000 hígításban agglutinálta, míg ugyanezek seruma a typhusbacillusra csak 1 : 100 hígításban volt hatással.

Sion és *Negel* Jassyban lefolyt typhusjárványról tesznek említést, melynél a betegek vérseruma a betegből kitenyésztett bacillust ugyanoly hígításban agglutinálta, mint a typhuspálczikát, úgy hogy nem biztos, hogy e járvány paratyphusosnak tekinthető-e.

Újabban mind több és több paratyphusinfectiót közölnek. *Beljaeff* Moskvában észlelt egy esetet, *Pratt* 3-t Bostonban. *Longcope* 2 esetet ismertet, melyek közül egyik halálosan végződött. *Kayser* Zabernből való 3 újabb paratyphus-megbetegedésről emlékszik meg, *Körte* kettőről. *Fischer* újabb paratyphusjárványt ir le, szintúgy *Schottelius*, legújabban pedig *Lembke* Kreuznachban 14 megbetegedést közöl. Az elszórt esetek nagy számát közölték *Erne*, *Blumenthal*, *Schmidt Walker*, *Luksch*, *Brion* és többen.

Mint látjuk, a paratyphus-esetek egész tömegét észlelték és *Schottmüller* azon véleménye, hogy a betegség elég gyakori, valónak bizonyult. *Brion* és *Kayser*-nek 200 klinice és bakteriologice pontosan észlelt typhus-esete közül 9 paratyphusnak bizonyult, még pedig 7 paratyphus B-nek, 2 paratyphus A-nak. Egyszersmind kitünt, hogy a betegség bacillusa ép úgy mint a typhusé, rendkivül elterjedt. Nemcsak Európa különböző vidékein észlelték, hanem, mint már említettük, Amerikában is. *Schibayama* Japánban lefolyt paratyphusjárványról számol be, *Mackie* pedig egy typhuseset kapcsán, melynél a Widal-féle reactio negativ volt, felemliti, hogy a paratyphus Indiában épen nem tartozik a ritkaságok közé.

Az eddig észlelt esetek mindegyikénél a paratyphusdiagnosist tisztán a bakteriologiai lelet alapján állították fel, és noha a legtöbbjét klinice is pontosan észlelték, egyetlenegy oly tünetet sem ismertek fel, mely paratyphusra jellegzetesnek volna mondható. Ezért bátran mondhatjuk Brionnal és Kayserrel, hogy „A paratyphus klinice úgy folyik le, mint a typhus", vagy más szóval a paratyphus, a hasi hagymázzal azonos betegség, melyet azonban nem az Eberth-Gaffky-féle bacillus, hanem más rokon pálczika idéz elő. Mindamellett a paratyphus-esetek (ebben valamennyi szerző egyetért) általában a könnyü typhusmegbetegedések közé sorolhatók. Az egyes tünetek alig fejlődnek ki annyira, mint középsúlyos typhusnál. A recidiva ritka és a mennyiben előfordul, szintén enyhe, a halálos vég pedig a ritkaságok közé tartozik.

Mint a hasi hagymáz, a paratyphus is a rendes prodromális stadium után rázóhideggel, forróság érzetével, lassan emelkedő lázzal veszi kezdetét, mely utóbbi többnyire csakhamar a febris continua képét veszi fel, majd litice végződik. A lázgörbe, mint a typhus abdominalisnál, gyakran rendetlen, a rendestől eltérő, a beteg kissé apathiás. Roseolák az esetek 56%-ában fejlődnek ki a hason és mellen. A lép többnyire megnagyobbodik, tapinthatóvá válik. A vizeletben az esetek 21%-ban

fehérje mutatható ki, a diazoreactio 66%-ban positiv. A has puffadt. A betegség elején többnyire székrekedés szokott fennállani, majd typusos typhusszerű hasmenés áll be. Egészben véve e hasmenések azonban kisebb fokúak, mint az Eberth-féle bacillus okozta betegségnéi. Az esetek 5%-ában bélvérzés támad, de ez is többnyire enyhe. Feltünően erős, kétszer ismétlődő bélvérzésről emlékszik meg *Schmidt*. A typhus másik veszedelmes szövődményét, a bélátfúródást, e bántalomnál eddig még nem irták le. Egyéb complicatioit illetve a paratyphus szintén egyezik a hasi hagymázzal. A leggyakoribb közöttük a bronchitis, melyet az esetek felében észleltek.

Noha a paratyphus a hasi hagymáz enyhe képe alatt szokott lefolyni, súlyos megbetegedések is fordulhatnak elő. Igen súlyos atypusos paratyphus-esetet ir le *Walker*. Betegénél delirium, erős albimunaria, tüdőlob mellett venathrombosis következett be.

Valamint a typhus és paratyphus képe között klinice különbség nem látható, azonképen a paratyphus-pálczika két alfaja, az A és B által előidézett betegséget sem különböztethetjük meg egymástól. Minthogy a bacillus parat. A az Eberth féle bacillustól igen nehezen különböztethető meg, valószinű, hogy most is sok általa előidézett megbetegedést könnyü typhusnak tekintenek. Talán ez az oka, hogy míg parat. B esetet már igen sokat észleltek, parat. A-t eddig 12-t ismertettek.

A betegség az esetek legtöbbjénél könnyü lefolyást mutat és ezért csak kevés halálos végződésről számolhatunk be.

Lipmann oly beteg bonczolásleletét közli, kinek véréből úgy typhus, mint paratyphus-pálczikát sikerült kitenyészteni. A bélben rendes typhusos fekélyeket találtak, de hogy ezeket mennyiben okozta a paratyphus-bacillus, az természetesen nem dönthető el. *Strong* paratyphusos egyén bonczolatáról számol be, kinél a bélben fekélyek voltak. A bacillust azonban nem sikerült megtalálnia, és minthogy igy a paratyphus-diagnosis kérdéses, a bonczoláslelet értéktelen. Szintúgy értéktelen a *Schmidt* által közölt eset. Betege a sepsis tünetei között halt meg. A bonczolat megerősítette a sepsis diagnosisát. Az endocardiális felrakódásból sikerült oly bacillust kitenyészteni, mely culturaliter és morphologice bacillus parat. B-nek bizonyult. Az agglutinatiós viszonyok azonban paratyphus diagnosisa ellen szóltak. Különben is *Schmidt* a bél bonczoláslelетét nem közli. *Jochmann* skarlátban elhalt kis leány véréből a halált megelőző napon parat. B bacillust tenyésztett ki. A gyermek meghalt. A bél semminemü elváltozást nem mutatott. *Ascoli* esetében typhusos fekélyeket találtak a bélben, de a szerző maga is kételkedik benne, hogy valóban paratyphus-esettel volt-e dolga.

Az első bakteriologice biztosan paratyphusnak bélyegzett eset bonczoláslelетét *Longcope* irja le. Esetében a lép duzzadt volt, a vese és máj zavaros duzzadást mutatott, utóbbiban néhány nekrotikus góczot láttak. A bél nyálkahártyáját simának, fekélynélkülinek találták, sem a folliculusok, sem a Peyer-csomók duzzadtak nem voltak. *Sion* és *Negel* egyik halálosan végződő paratyphus-esetében az ileum alsó részének és a colonnak nyálkahártyája belövelt volt, egyes folliculusok kölesnyiek, különben a bél és a mesenteriális mirigyek épek voltak. *Luksch* bonczolatra került esete a beteg életében biztos paratyphusnak bizonyult. Sectionál a lépet duzzadtnak, a májat, vesét lágynak, szakadékonynak találták. A bél nyálkahártyája halvány volt. A vakbél és a colon ascendens némely helyén harántul álló, rendetlenül elszórt fekélyek voltak láthatók, melyek közül némelyik alapja nekrotizálódott. A fekélyek széle azonban nem volt felhányt és igy nem tették a typhusos fekély benyomását. *Luksch* e lelet alapján azon nézetének adott kifejezést, hogy a paratyphus oly typhusszerü megbetegedés, mely nem jár bélelváltozással.

A betegség klinikai képe e feltevést valószinütlenné teszi. Typhusszerű lefolyás, bélvérzés alig képzelhető bélelváltozás nélkül. Az 1905. i merani congressuson *Brion* ismételt bakteriologiai vizsgálat alapján biztos paratyphus B esetről számol be, melynél bonczolatkor a vékonybélben a Payer-féle plaqueoknak megfelelőleg, továbbá a vakbélben, kisebb számban a colon ascendensben és a sigmabélben is, jellemző typhusfekélyeket találtak.

Ezen egy eset is kétségtelenné teszi, hogy a paratyphus a hasi hagymázhoz hasonló bélelváltozásokat idéz elő. Hogy az előbbeni esetekben nem találtak bélfekélyt, az azt mutatja, hogy a paratyphus, mint a typhusról ismeretes, lefolyhat a nélkül is, hogy a belet lényegesen megtámadná.

Valószinüleg a bélcsatorna az az út, melyen keresztül a paratyphus bakteriumai szervezetünkbe jutnak. Szintúgy valószinü, hogy mint a typhusnál, a paratyphusnál is a víz az, mely mint a kórokozó közvetítője a legfontosabb szerepet viszi. *Feyer* és *Kayser* azt hiszi, hogy az általuk leirt járvány alkalmával a betegek ivóvízzel fertőzték magukat, de nem zárják ki annak a lehetőségét sem, hogy a tej, illetőleg vaj tartalmazott paratyphus-bacillust. *Hünermann* kaszárnyaendemiájánál egyik katona a kaszárnyán kivül inficiálta magát és a többit fertőzte. *Sion* és *Negel* a Jassyban lefolyt járvány alkalmával a rossz talajviznek és az ürülékek hiányos eltakarításának tulajdonítják a betegség terjedését. Ezekkel szemben *Fischer* a Kielben észlelt paratyphusepidemia alkalmával szerzett tapasztalatai alapján azon véleménynek ad kifejezést, hogy e járványnál az első beteg állat húsával fertőzte magát. Mennyire igaz ezen állitás, azt nem tudjuk, bizonyitani nem lehet; mindenesetre figyelemre méltó *Fischer* e nézete, annál inkább minthogy a paratyphussal igen közel rokon bacillusok állatban is előfordulnak. A paratyphus-bacillus resistensebb lévén az Eberth félénél, fertőzőképessége is nagyobb. Mindenesetre azon óvóintézkedések, melyek typhusjárvány alkalmával hasznosnak bizonyultak, nevezetesen gyanús víztől való tartózkodás, veszedelmes kutak bezárása, paratyphusjárvány alkalmával is teljes mértékben javaltak.

Hogy a typhus és paratyphus pálczikája egymás mellett, közös forrásból juthat szervezetünkbe, bizonyitja a *Conradi* által leirt eset. A betegség kezdetén a vérből úgy a typhus, mint a paratyphus bacillusát sikerült kitenyészteni és ugyancsak mindkét bacillust megtalálták azon vízben is, melynek élvezete után az illető megbetegedett. Egy másik, általa közölt esetben oly orvos székéből, ki úgy typhus-, mint paratyphus betegek között élt, mindkét bacillusfajt sikerült kitenyészteni. Az illető orvos e mellett teljes egészségnek örvendett; ezen esetben tehát latens infectio forgott fenn, a milyet a paratyphusra vonatkozólag már előzőleg *Drigalski* és *Jüngens*, a typhusra vonatkozólag pedig *Conradi* és *Drigalski* irt le.

A mondottakból kiviláglik, hogy a paratyphus a typhustól klinikailag meg nem különböztethető. A két betegség közötti különbséget csakis a kórokozók kétfélesége által mutathatjuk ki.

A paratyphusra vonatkozó bakteriologiai vizsgálatok egyrészt arra irányultak, hogy a közte és a typhuskórokozó közti különbséget kiderítsék, másrészt, hogy eldöntsék, mily helyet foglal el e bacillus a typhus-coli csoportban, mennyiben hasonlít a vele rokon mikroorganismusokhoz, nevezetesen a bacillus enteritis Gärtner-hez és az egértyphus bacillusához. E kérdések tanulmányozására szükséges volt a bacillus morphologiáján kivül úgy tenyésztési, mint agglutinatiós viszonyait is tekintetbe venni, valamint pathogeneitását, activ immunizálóképességét pontosan észlelni. Csak ezen összes tényezők figyelembe vételével nyerhetünk felvilágositást arra nézve, hogy a paratyphus bacillusa mily viszonyban van a vele rokon bacillusokhoz.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Franz Hutyra und Josef Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. II. Band, 1906, G. Fischer, Jena. Ára 20 márka.

A jelen vaskos kötet (X + 971 lap) teljes egészszé avatja a munkát, a melynek első kötete a mult esztendőben jelent meg és lapunkban már akkor ismertetésben részesült. Valóban nagy érdeme a magyar szerzőknek[1] ez a nagy szorgalommal és sok tudással megirott munka; ez ma kétségtelenül a legjobb német állatbelorvostan. Ebben a kötetben a szerzők a lélegző, az emésztő szervek, a vesék és a vizelet-utak, az idegrendszer, a

[1] Az előszó szerint a mű e második kötetét Marek irta egyedül. *Szerk.*

mozgási rendszer és a bőr betegségeit tárgyalják, házi állatjainkra vonatkoztatva; a szerzők ebben a kötetben is, mint már az elsőben, összehasonlító adatokat közölnek az emberben előforduló hasonló bajokról. Munkálatukban az irodalmi adatokat is szorgalmasan ismertetik, de úgy találjuk, hogy a munka leginkább abban tünik ki, hogy az állatbelorvostant a legjobb emberi belorvostanok magaslatára emeli; a szerzők egyéni tapasztalatai és főképen egészen modern, tudományos pathologiai gondolkozása magyarázza meg azt a nagyon kedvező fogadtatást, melyet ez a belorvostan Németországban máris elért. A vállalkozás nagy volt, a mikor két magyar szerző nekifogott a legalaposabb német állatbelorvostan megirásához, de ma már kétségtelen, hogy bátorságuk, szakavatottságuk teljes sikert aratott. Az összehasonlító általános kórtan rendkivül sok értékes anyagot talál ezen müben felhalmozva, mindenütt a kellő tudományos kritikai világításban.

Érdekesek a kóroki adatok, a melyekben pl. *a tápláléknak* a befolyása gyakran sokkalta világosabban és pontosabban ismerhető fel, mint számos emberi betegségben. Tanulságos a parasiták viselkedése a háziállatokban, s ebben az irányban is megbecsülhetetlen forrásmunka áll előttünk.

Az idegrendszer betegségeit az idegrendszer müködését ismertető bevezetés előzi meg. A szerzők kimutatják továbbá, hogy valódi tabes a házi állatokon nem fordul elő. A mozgási szervek betegségeit illetőleg főképen az izom-trichinosis érdekel bennünket.

Végezetül a bőrbajok hosszú sorozatának mesteri leirása rekeszti be a tárgyalást.

A gyógyító módokat a szükséges kritikával birálják el s a hasznot igérő eljárásokat világos módon ismertetik s a kellő gyakorlati utasításokkal kisérik.

Kivánjuk, hogy a munka a nagyon megérdemelt új kiadásokban még kiegészítve jelenjen meg. A kiállítás, a nyelvezet igen tökéletesnek mondható, s mindenkinek, a ki az állatbelorvostan iránt érdeklődik: ez a munka megbizható tanácsadója lesz.

—ss—

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomorvérzések prophylaxisáról közöl rövid czikket *Boas* a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ez évi 18. számában. Különösen a gyomorfekély okozta vérzésekről szól. Statistikai adatokkal bizonyítja, hogy a gyomorfekély-esetek többségében már korán vannak kisfokú vérzések, a melyeknek felismerésével és az ellenük való kellő intézkedések megtevésével elejét vehetjük nagyobb vérzéseknek. Ehhez azonban az kell, hogy 1. a legkisebb vérzést is a legnagyobb gondossággal kezeljük; 2. a beteget csak akkor bocsássuk el a kezelésből, ha ismételt vizsgálatkor sem találunk már vérnyomokat a bélsárban; 3. a kezelés befejeztével is időnként vizsgáljuk még meg a bélsarat vérre. A teendők ilyen esetekben két csoportba oszthatók: egyrészt lehető rövid idő alatt meg kell szüntetni a kis vérzéseket, másrészt pedig a vérzés okát tevő betegséget kell, a mennyire lehetséges, meggyógyitani. A kis vérzések megszüntetésére ágyban fekvést és tejkúrát rendelünk; ha három nap után még mindig van vérzés, calciumchlorid-oldatot (10—20:100) fecskendezünk ismételen a végbélbe. A mi a vérzés okát alkotó gyomorfekély gyógyitását illeti, a Leube-Ziemssen-féle orvoslásmód (tej, karlsbadi viz és meleg pépes borogatás) a szerző szerint vérzéssel járó esetekben nem ajánlható, mert a meleg borogatás és a meleg karlsbadi viz a vérzést még fokozhatná; helyesebb a tejkúra mellett jeges vagy hideg borogatást rendelni, továbbá chlorcalcium-befecskendezéseket. Támasztópont gyanánt arra nézve, hogy mikor térhetünk át a tejdiaetáról másféle táplálékra, egyrészt a subjectiv javulás, másrészt a gyomorgödör nyomás[illegible] érzékenységének megszünése szolgálhat. Ez utóbbi azonban sokszor nincs meg; ilyenkor a bélsár vizsgálata vérre adhat útmutatást. Olyankor, a mikor más táplálékra térünk át, mindig három egymás utáni napon meg kell vizsgálni a bélsarat, s csak ha egy izben sem találunk benne vért, maradhatunk meg ezen táplálék mellett.

Pylorusszűkület okozta autointoxicatiós tünetcsoportról számol be *Michaelis*. Gyomorrákban és következményes nagyfokú gyomortágulatban szenvedő 46 éves betege sajátos görcsös rohamokat kapott s öntudatát vesztette. A beteg pulsusa alig tapintható, légzése felületes, pupillái tágak, arcza szederjes. Gyomormosásra múló javulás áll be, a beteg azonban továbbra is comatosus marad, s néhány óra multán ismét motorius nyugtalanság vesz rajta erőt, vizeletében pedig sok fehérje mellett számos szemcsés és hyalin cylinder található. Gyomornedvében szabad sósav nem mutatható ki, a tejsavpróba positiv s mikroskop alatt keményitőszemek és növényi rostok mellett sok erjesztő gombát talált a szerző. A beteg a külső benyomásokra nem igen hat vissza, s napokon át aluszékony. 8 napi változatlan állapota után gastroenterostomia retrocolicát végeznek rajta, mely után állapota szembetünően javul, sensoriuma már pár órával a mütét után tisztul, nehány nap alatt pedig teljesen összeszedi magát. A mütét előtt történtekre a beteg egyáltalán nem emlékszik, lelkiállapota egyébként teljesen normális, testsúlya is gyarapodik s vizeletéből teljesen eltünik a fehérje.

A szerző szerint ezen esetben a bomlott gyomortartalom okozta autointoxicatiós kórképpel állunk szemben; felfogásának helyes volta mellett leginkább a pangásnak mütéttel való megszüntetése folytán beállott eredmény szól. Intoxicatio mellett bizonyit a fehérjevizelés is, mely a mütét után szintén megszünt. (Münchener med. W. 1906. 78. szám.)

Az első szívhangról értekezik *Geigel. Martius* mutatta ki, hogy az első szívhang a szívgyomrok záródási időszakára esik és csak 0·07 másodperczczel később nyílnak meg az arteriás billentyük, s kezdődik meg a kiáramlási periodus. A gyomrok minden oldali záródása feltétele a tiszta hang képződésének, s ezekből a szerző azt következtette, hogy az aorta első hangja is a záródási periodusra esvén, nem keletkezhetik helyben, az aorta falán; vagyis nincs 6, hanem csak 4 szívhang. Azonban az is bizonyos, hogy az érsystole képes hangot előidézni, tehát a II. bordaközben aortahang is keletkezik. Időbelileg azonban ezek nem eshetnek össze, mert az I. szívhang a kiáramlási periodus előtt folyik le, az aorta systolés hangja pedig a kiáramlási peridus megindulásával kezdődik. A csúcs és az aorta között tehát egy olyan pontot lehetne feltételezni, a melyen vagy egyik hang sem hallható már a keletkezési helytől való távolodás miatt, vagy ellenkezőleg, még mindkét hang hallható. Utóbbi esetben, mivel a két hang keletkezését 0·06—0·07 másodpercz választja el, kettős hangtünetnek, vagy ha az első még le nem folyt volna a második beálltakor, nem tiszta, megnyúlt hangnak kell képződnie.

A szerző azt tapasztalta, hogy ha nemcsak a megszokott 4 ponton történik a hallgatódzás, hanem az egész szivtájat átkutatjuk a stethoskoppal, mindig találunk egészséges egyénen oly pontot, melyen kettőzött, vagy hasadt I. hang hallható. A jobb kulcscsont alatt kifelé haladva csak egy hangot lehet hallani: az aorta tiszta első hangját. A kettőzöttség néha már a csúcson is kivehető, követhető az egész szív felett az aortáig, honnan felfelé és kifelé egyszerüvé lesz (aortahang) Kivételesen a kettőzöttség az aorta felé közeledve elmosódik s a jobb II. bordaközben csak az aortahang hallható. Az is lehetséges, hogy kettőzöttség helyett mindenütt csak megnyúlt első hangot hallunk; mindenki elfogadta máris, hogy az első hang sohasem oly tiszta mint a második, és ennek épen a két hangból való származás az oka. Lehetséges, hogy a kettős hang második része rövid, kifejezett zörej. Az első rész azonban egészséges szíven mindig hang. Az első rész t. i. a záródási periodusban a szivgyomor falában képeztetik, a zörej pedig már a kiáramlási periodusra esik, többnyire csak a nagy ereken hallható, a csúcs felé elmosódó, háton fekvéskor erősebb, természetére nézve a functiós zörejekhez tartozik.

Vagyis a szíven két diastolés (billentyühangok) és két systolés hang (izomhang) hallható. Az utóbbiak után mindenkor hallható még „valahol“ a szív felett egy hang, a mely eredetére nézve systolés érhang. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 17. sz.)

R. Zs.

Sebészet.

A gyomorfekély sebészeti kezelésével elért eredményeiről számol be *v. Eiselsberg*. A fekély két súlyos szövődménye a perforatio és a vérzés. *Perforatio esetén* az egyetlen gyógyeljárás a

rögtöni laparotomia és a perforatiós nyílás ellátása. Ilyen esetekben nem operálni és a perforatio esetleges spontan gyógyulására számítani, annyit jelent, mint kizárt sérvnél bélsársipoly spontan keletkezésére várni. A perforatio eseteiben 6 közül 5-ször a mellső gyomorfalon ült a fekély. A műtéti beavatkozás a perforatio után 16 órával — 3 nappal történt és az átfúródás bevarrásában állott. Két esetben utólag jejunostomiát végeztek. Hat eset közül három meggyógyult.

Haemorrhagia esetén nem oly egyszerű a felelet a teendőkre nézve. Ismeretes, hogy igen heves vérzések is kedvezően végződhetnek, azért indokolt a belső kezelés: meleg vízzel, vasoldattal, 1‰ es lapis-oldattal való öblítés, 10%-os gelatinaoldatnak belső adagolása és 2%-os gelatina-oldat subcutan injiciálása előzetes fractionált sterilizálás után. Máskép áll a dolog, ha a súlyos vérzés elmult, vagy ha többször ismétlődő súlyos vérzések a beteget annyira legyengítették, hogy az exspectativ kezeléstől már mi sem várható. Itt operálni kell! A műtéti módszerek közül szóba jöhet a vérző vérér direct alákötése, a kóros gyomorrészlet resectioja, a vérző rész, illetve az egész gyomor kirekesztése gastroenterostomia útján unilaterális pyloruskizárással vagy jejunostomiával.

Ezek után beszámol a műtéti beavatkozással elért eredményeiről.

I. Ulcusnak friss haematemesissel kombinált eseteiben a következő műtéteket végezte: 1. *a fekély excisioját* gastroplastikával egybekötve egy esetben. Gyógyulás; két év után új vérzés, utána teljes jólét; 2. *a fekély megégetését* egy esetben, kombinálva jejunostomiával és pyloroplastikával. Halál sepsisben; 3. *gastroplastikát* két esetben. Egy esetben kimerülés folytán halál, egy esetben átmeneti javulás; 4. *gastroenterostomia antecolica ant.*-t egy esetben, összekötve enteroanastomosissal. Momentán javulás, később új vérzés miatt jejunostomia. Hat hó óta nem volt vérzés; 5. *gastroenterostomia retrocol. post.*-t 15 esetben. Három halál (egy elvérzés, két collapsus), 10 esetben kitünő eredmény (öt év óta gyógyulás); 6. *pyloruskirekesztést* három esetben. Két esetben jó eredmény, egy esetben 5/4 év után hirtelen elvérzési halál; 7. *jejunostomiát* kilencz esetben. Négy halál (egy elvérzés, egy ulcusperforatio, egy bélmegtörés, egy foudroyans sepsis). Öt esetben jó eredmény; 8. *gastroenterostomiát jejunostomiával* egybekötve egy esetben; hat hóig egészséges, újolagos gyomortünetek miatt suicidium.

II. Ulcusnak haematemesis nélküli eseteiben eljárása és eredménye a következő volt: 1. *gastroplastika* egy esetben. Végleges gyógyulás; 2. *pyloroplastika* egy esetben. Gyógyulás; 3. *gastroanastomosis* egy esetben. Javulás; 4. *gastroentero-anastomosis retrocol. p.* 20 esetben. Három halál (két peritonitis, egy bronchitis). Négy recidiva, három végleges gyógyulás. A többi eset ismeretlen, vagy a műtét óta rövid idő telt el; 5. *gastroenterostomia antecol. ant.* 10 esetben. Három halál (egy collapsus, egy elvérzés, egy circulus vitiosus). Kettő meghalt hat hón belül, kettő recidivált néhány hó után. Egy esetben négy év óta gyógyulás. Két esetben még rövid idő telt el a műtét óta; 6. *pyloruskirekesztés* egy esetben; jó eredmény hat hó óta; 7. *pylorusresectio Billroth I.* szerint hat esetben. Két halál (egy peritonitis, egy shock) egy eset öt év óta recidivamentes. *Billroth II.* szerint két eset; igen jó eredmény már két év óta; 8. *jejunostomia* 16 esetben hat halállal.

III. Pylorusstenosis eseteiben végzett: 1. *gastro-*, illetve *pyloroplastikát* öt esetben. Négy momentán javulás, egy végleges gyógyulás; 2. *gastroenterostomia retrocol. post.*-t 39 esetben. Egy halál (peritonitis). 38 esetben gyógyulás. Négy esetben a panaszok később újból ismétlődtek; 3. *gastroenterost. antecol. ant.*-t öt esetben. Egy halál (circulus vitiosus). Négy gyógyult már 3—5 éve; 4. *pylorusresectiót* egy esetben. Gyógyulás. Ezen tapasztalatok alapján oda concludál, hogy gyomorfekély vagy heges pylorusszükület eseteiben ne a heg kimetszését, ne a resectiót végezzük, hanem az egyszerübb gastroenterostomia retrocol. poster.-t, mert a radikális kimetszés sem hárítja el az ulcus két legsúlyosabb szövődményét: a fekély átfúródását s a haemorrhagiát. (Mitteilungen aus d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chir. 1906. 16. k. 1. f.)

Steiner Pál dr.

A postoperativ parotitisről közöl klinikai tanulmányt *Morel*. Az infectiosus parotitiseken kivül vannak homályos eredetü fültömirigylobok is, a melyek a nemi apparatussal függnek össze. Ennek typusa ama postoperativ parotitis, a mely a méhen vagy petefészkeken végzett asepsises mütétek után támad. Ez általban ritkább tapasztalat; a laparotomia után rendesen 6—7 nappal jelentkezik 30 éven felüli nőknél. Ugy látszik ezen gyuladás keletkezésére a hidegnek van némi befolyása, mert az esetek legnagyobb részében télen több ilyen complicatio észlelhető. Rendesen egyoldali a folyamat, gyakrabban jobboldali, s átterjedhet a többi nyálmirigyre is. A postoperativ parotitis okát többféle módon igyekeztek megfejteni. Van némi valószinüsége ama magyarázatnak, hogy a here vagy a petefészek belső secretioja a mütéti trauma által modificatiót szenved s ez a nyálmirigyeknek az infectioval szemben ellenállási képességét alászállítja. E kórfolyamat tünetei: láz, a fültömirigytáj duzzadása és fájdalmassága, rágáskor, nyeléskor támadó fájdalmak, a nyálelválasztás csökkenése, illetve megszünése. Az esetek legnagyobb részében a lobos izzadmány felszívódik, genyedés vagy gangraena ritkábban áll be. E complicatio átlagos tartama 12 nap. A prognosis komoly, de legtöbbször a baj lefolyása sima. Súlyos szövődményként jelentkezhetik s geny sülyedése a garat, illetve a gátorüreg felé, vagy a folyamat átterjedése a hallókészülékre. Ugyszintén észleltek már verőeres és gyüjtőeres vérzést, a nagy gyüjtőerek s a koponyaöblök thrombosisát mint e baj szövődményét. (Le Progrès médical, 1906. 13. sz.)

Steiner Pál dr.

Gyermekgyógyászat.

Térképnyelv és szájzugfekély együttes epidemikus megjelenését észlelték *Weill* és *Favre Gilly* a *S. Fog*-i női menedékházban. Ezen intézet 27 serdülő korban (11—20 év) levő leánynövendéke közül 23-nál észlelték a térképnyelvet és 15-nél a szájzug kifekélyesedését. A bántalom, melyet először egy előbb lueses jelenségeket mutató növendéken észleltek, lassan terjedt tova, úgy hogy az összes megbetegedések kifejlődése mintegy 7 hónapot vett igénybe. A nyelv elváltozásai részben a nyelvnek csaknem egész felületén jelentkeztek, részben csupán egyes plaqueok képében. E mellett fájdalom, nyáladzás és mirigybeszürődés teljesen hiányzott; némelyeknél kemény és erősen füszeres ételek némi kellemetlen érzést okoztak. 9 esetben a desquammatiós területek mellett a nyelv hegyén nedvedző, vérzékeny fissurák támadtak. A plaqueokról és fissurákból vett kaparék bakteriologiai és górcsövi vizsgálata nem adott felvilágosítást a bántalom természetéről. A térképnyelv ezen eddig még nem észlelt epidemikus alakját még érdekesebbé teszi, hogy 13 esetben a bántalomhoz *utólag szájzugfekélyződés* társult. Ezen fekélyek részben nedvedzők, vérzékenyek, részben pörkkel fedettek, fájdalmasak, főleg a száj mozgásainál (rágás, beszéd).

A párisi gyermekorvostársaság ülésén, hol a közlés történt, *Guinon* és *Comby* felszólalásaikban egyértelmüleg kifejtették, hogy az a betegség, melyet a szerzők észleltek, különálló, eddig még le nem irt, s a csecsemőkorban elég gyakran észlelhető jóindulatú térképnyelvvel nem azonosítható. A bántalom szájzugfekélyződés ragályzó voltáról meg vannak győződve, de a két bántalom összefüggését tagadják s együttes előfordulását véletlennek minősítik. (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1906. 4. sz.)

Faludi Géza dr.

A tuberculin therapiás alkalmazásával a gyermekkorban foglalkozik *Ganghofner*. 12 esetről számol be. A kezelést legfeljebb 0·1 mg.-mal kezdette, s csak igen lassan növelte, a mire nézve a reactio minősége és erőssége szolgált irányadóul. Ilyen adagolás mellett csak kivételesen fordultak elő magasabb hőemelkedések, s a befecskendés helyén is csak igen csekély volt a reactio. A tuberculin-kúrát heteken, sőt hónapokon át folytatta; egy esetben egy egész évig. Állandóan a régi tuberculint használta, mivel az újabb tuberculin értékéről és javalatairól nagyon eltérők a nézetek, különösen pedig mivel róla több izben azt állították, hogy hatásában nagy ingadozások észlelhetők. Kisérleteiből azon meggyőződést merítette, hogy gümőkóros gyermekeket minden komolyabb baj és veszedelem nélkül lehet tuberculin-kúrának alávetni, ha betartjuk az említett adagolási módot. Hogy vajjon a gyermekek gümőkórjában rendszeres tuberculin-kúrával el lehet-e

annyit érni, mint az alkati kezeléssel, továbbá hogy vajjon ez az utóbbi kezelés tuberculinnal kombinálva jobb eredményre vezet-e, mint egymagában — mint azt felnőttekről már több izben állították —, arra csak szélesebb körű vizsgálatok alapján lehetne a választ megadni. Minthogy azonban a gümőkóros gyermekeknek csupán igen kis része részesülhet az alkati kezelésben és az éghajlati gyógyításban, a szerző ajánlatosnak tartja, hogy a tuberculin értékét gyermekkori gümőkórnál újabb vizsgálatoknak vessék alá. (Jahrb. f. Kinderhk. 1906. május.) *Flesch Ármin* dr.

Húgyszervi betegségek.

A húgyhólyag kikaparása által előidézett és a beteg halálát okozott perforatiós peritonitis érdekes esetét közli *C. Stern*. Strauss (Barmen) egy küretthez hasonló eszközt ismertetett, melylyel az idülten elváltozott nyálkahártya még férfibetegen is a hólyag előzetes megnyitása nélkül kikaparható. Motz, Cumbston és Stockmann csakhamar igen kedvező eredményekről számoltak be, a melyeket ez úton elérniök sikerült. A szerző megengedi, hogy ez az eszköz talán sikerrel alkalmazható a trigonumon vagy a hólyagnak azon részén, a melyet valamely fix alaphoz, az uterushoz vagy a végbélbe vezetett ujjhoz hozzátámaszthatunk, de saját esetének részletes ismertetésével óva int attól, hogy mikor a hólyagnak szabadon a hasűrbe nyúló részét (cervix) akarjuk kikanalazni, ezt sötétben, vagyis a hólyag előzetes megnyitása nélkül végezzük. Esete, melyben egy a jobb ureternyilás mellett fekvő körülbelül diónyi papillomatosus daganat kiirtása került sorra, szomorú tanúságot tesz erről. Straussnak azon állítása, hogy egyrészt a hasfalra gyakorolt kéznyomással rögzített, másrészt pedig a mély narcosis által immobilizált hólyag nyálkahártyája a szemünk ellenőrzése nélkül eszközölt kanalazást kibirja, lehet, hogy állatkisérletekre nézve, a hol egészséges szövetekről van szó, áll, de hosszas betegségtől erősen megviselt hólyagnál nagyon is problematikus értékü. A sectio alta már egymagában is igen kedvezően hat a legsúlyosabb, igen fájdalmas hólyaghurutra s az ezután végzett kanalazás a gyógyulást bizonyára még sietteti. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1906. 15. sz.)

Drucker Viktor dr.

A deferentitis pelvica okát és tüneteit tárgyalja *G. Nobl* (Wien). Azokkal szemben, a kik a kankós mellékherelobot minden kor metastatikus vagy lymphogen vagy reflektorikus úton eredőnek mondják, kórszövettani alapon a mellett tör lándsát, hogy a kankó rendszeresen az ondóvezető nyálkahártyáján közvetlenül terjed felfelé és így a primaer fertőzés a mellékhere farkában legtöbbször meg is lesz állapítható. Meg van győződve arról, hogy ha minden betegen rendszeresen végeztük a végbél felüli vizsgálatot, a deferentitis pelvica-t akárhányszor már akkor meg tudjuk állapítani, a mikor klinikailag még egy tünet sem szól mellette. Érdekes tanulmányát egy esetének közlésével fejezi be, melyben öt évvel az egyik kankósan elgenyedt mellékherének kiirtása után újabb fertőzés folytán az ondózsinórcsonkban heveny tályog képződött, a melynek tartalmában úgy intracelluláris, mint szabad elhelyezésü gonococcus-koloniák voltak kimutathatók. (Wiener klin-Rundschau, 1906. 10—11. sz.) *Drucker Viktor* dr.

A Freudenberg-féle „Combinations-cystoskop"-on két újítás van, 1. az ablakrés, a Mignon-lámpa és az ureter-szondák kilépési szájadéka a cystoskop csőrének convex oldalára került, 2. az ureter-szondák külön csövezetét egy elmozdítható válaszfal helyettesíti, a mely őket elkülöníti a nézőtubustól. Az eszköznek ezen tökéletesítésével Fr. az ureter-katheterismusnak és — mint hogy a cystoskop érczhüvelye a hólyagból minden nehézség nélkül kihúzható — a szonda állandósításának könnyítésén kivül még azt is elérte, hogy müszere a tükrözéssel kapcsolatosan úgy irrigatiora és evacuatiora (aspirator alkalmazása mellett), mint akár az egyik, akár egyszerre mind a két ureter szondázására is használható, és pedig úgy, hogy egyszerűen rácsavarjuk vagy bevezetjük az ad hoc szükséges részt a nélkül, hogy a hólyagba már egyszer betolt eszközt ismét ki kellene húznunk. További előnye, hogy könnyen szétszedhető, hogy a lámpa és az optikai rész kivételével forró vízben sterilizálható, továbbá, hogy az érczhüvely kerülete nem ovális, hanem körkörös és hogy a benne elhelyezett sokféle szerkezetnek, a nagyobb látótérnek és vastagabb ureterszonda bevezethetőségének ellenére sem vastagabb 23 Ch.-nél. (Annal. des mal. des org. génito-urin. 1906. 6. f.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

Az abortiv kankókezelés mellett tör lándzsát *Zeuses*. Érvei föként Finger ellen irányulnak, a ki nemrég a Deutsche mediz. Wochenschrift hasábjain ezen eljárást határozottan elitélte. Conditio sine qua non a kankó epitheliális jellege, vagyis hogy a gonococcusok még ne hatoltak légyen mélyen a szövetekbe, erről pedig csakis a mikroskopi lelet alapján győződhetünk meg, vagyis a dominálo genysejtek mellett több-kevesebb hámsejtet is fogunk találni, a gonococcusok pedig még túlnyomó többségben extracelluláris elhelyezésüek lesznek. Hogy mennyi idő alatt lépte át a fertőzés ezen határt, az nemcsak egyénenként, de a fertőzés nagysága és körülményei szerint is nagyon változó, és így az abortiv-kezelés határidejét csak úgy általánosságban, a mint az elterjedt szokás, napokhoz kötni nem lehet. A technikára vonatkozólag kijelenti, hogy nem híve azon iskolának, a mely kis mennyiségben (2—12 cm^3) lövel erős concentratiojú oldatokat a húgycsőbe, mert bár tagadja, hogy a complicatiók az abortiv kezelés nyomán gyakoriabbak, tény az, hogy az eszköz bevezetésével járó izgalmak semmiképen sem előnyösek. Ez okból nem ajánlhatja eléggé a módosított Janet-féle eljárást, a melynél sebfecskendő segélyével ½—1 liter gyenge oldattal (1 : 1000 albargin) bőségesen kiöblítjük az elülső húgycsövet, a nélkül, hogy a betegséget a hátulsó részre is átvinnők. (Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorg. 1905. XVI. kötet, 10. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A kénesővel szemben való intolerantia, nemkülönben a szervezetnek kénesővel való telítettsége *Severino* szerint jókor felismerhető a következő egyszerü eljárással: friss jodfestvénybe mártott vattával bekenünk nehány fogat és tüstént utána jól benyálaztatjuk őket; ha kéneső-intolerantia esete forog fenn, avagy a szervezet kénesővel már telítve van, fél percz mulva többé kevésbé kifejezett rózsaszínt öltenek a bekent fogak (hydrargyrum bijodatum rubrum képződése). Kénesőkúra használatakor a szervezetbe jutott kénesőnek csaknem összes mennyisége a bélsárral és főleg a vizelettel ürül ki; a nyálban ellenben épen csak nyomokban mutatható ki a legérzékenyebb eljárásokkal. A mikor tehát a nyálban a fent leirt eljárással is kimutatható, ez arra utal, hogy a szervezet vagy telített már kénesővel, vagy pedig valami ok folytán a nyállal választatik ki nagyobb mennyiségben a kéneső, tehát stomatitis fenyeget. (La semaine médicale, 1906. 16. szám.)

Tehetetlenség ellen jó eredménynyel használta *Popper* a berlini belklinikán (Senator) a Muiracithin nevü új aphrodisiacumot. Ez a szer pilula alakban jön a kereskedésbe és keveréke a Muira Puama nevezetü braziliai növény kivonatának és ovolecithinnek. Állatokon és emberen egyaránt már többen (Rebourgeon, Novinny, Maramaldi, stb.) kipróbálták a hatását s megállapították, hogy teljesen ártalmatlan s e mellett a nemi sphaerára erősitőleg ható szer. Ezeket a vizsgálatokat megerősíti Popper. Házinyulakon a hatása kétségtelen volt, s e mellett sem a vizeletben, sem az állatok leölése után a vesében és herében kóros elváltozások nem voltak észlelhetők. Popper hat neurasthenikuson is kisérletezett a szerrel, 3—6 pilula Muiracithint rendelve nekik naponként s valamennyin állapotuk javulása volt észlelhető, kellemetlen mellék-tünetek nélkül. Az egyik patiens nem is tudta, hogy aphrodisiacumot vesz be (az első 3 napon reggel, délben és este egy egy pilulát, a következő 3 napon reggel, délben és este 2—2 pilulát) s már a 7. napon jelentette, hogy másfél év óta először van megint merevedése. (Berliner Klinische Wochenschrift, 1906. pg. 838.)

Meningitis cerebrospinalis ellen már mások is ajánlották a jodsavas natriumot (natrium jodicum!) Nemrégiben *Edlefsen* tanár is dicsérőleg nyilatkozott jótékony hatásáról; naponként körülbelül 1½ grammot ad. Különböző okokból eredő mirigyduzzanatok ellen is ajánlja különben a jodsavas natriumot. (Berl. klinische Wochenschrift, 1906. 5. sz.)

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Arányi Zsigmond* dr. herkulesfürdői fürdőorvosnak a munkás-egészségügy és a fürdőügy terén kifejtett tevékenységének elismeréséül a királyi tanácsosi czimet adományozta. — *Győry Tibor* dr. egyetemi magántanárt a természetvizsgálók német császári akadémiája (Halle) tagjává választotta.

Kinevezések. A homonnai közkórház igazgató-főorvosává *Ligeti Albert* dr. eddigi alorvos neveztetett ki. — Szegeden *Baneth Sámuel* dr.-t kerületi orvossá s helyébe felsőtanyai tisztiorvossá *Reiniger Hermann* dr.-t nevezte ki a polgármester. — Krompachi gyári orvossá *Sóbányi Pál* dr.-t nevezték ki. — A hódmezővásárhelyi szemkórházhoz *Genersich Margit* dr.-t, a szabadkai közkórházhoz *Gonda Gyula* és *Major László* szigorló orvosokat alorvossá nevezték ki.

Választás. *Tronszky Pál* dr.-t Zernesten községi orvossá választották meg.

Kőrösy József †. Nagyhírű statistikusunk halála nagy vesztesége a magyar orvostudománynak is. Rengeteg irodalmi működésében úgyszólván az első helyet foglalják el az orvosi és közegészségügyi statistikára vonatkozó dolgozatok. 1872-től haláláig terjedő szakadatlan irodalmi tevékenységében számos munkálatot közölt a mortalitás kérdéséről általában és különösen a főváros halandóságáról, a gyermekmortalitásról és -natalitásról, a járványos betegségek statistikájáról és megelőzéséről, a himlőoltás és diphtheria-oltás eredményeiről, a lakásegészségügyről, a sociális egészségügy egyéb kérdéseiről, stb. Számos czikkben, élénk tollal, a számok megdönthetetlen bizonyítékaival szállt sikra a himlőoltás áldásos volta mellett; Kritik der Vaccinationstatistik (Berlin 1889) cz. művében úgyszólván végleg eldöntette az oltásvitát, reásütve Keller ellenkező eredményű statistikájára a hamisítás bélyegét. Az elsők egyike volt, a ki a 70-es évek közepén a főváros nagy halálozási arányára való utalással a főváros assanálását sürgette, s mily nagy volt az öröme, midőn 1899-ben a moszkvai congressuson bejelenthette, hogy Budapest halandósága annyira javult, hogy a nagyvárosok közt egyike lett a legelsőknek (az utolsó években Budapest gyermekhalálozás tekintetében Bécset is megelőzte). 1898-ban Kőrösy tartotta az egyik díszbeszédet az Orvosegylet Jenner-ünnepélyén. Lapunknak is szorgalmas munkatársa volt; könyvismertetéseken és hasonlókon kivül számos eredeti czikket tett közzé az Orvosi Hetilap hasábjain, igy a következőket: 1879-ben „Adalékok a járványelleni prophylaxishoz", 1888-ban „A bécsi oltásellenes iskola és a himlőoltási statistika", 1890-ben „A szűretlen víz élvezésének befolyása a typhus terjedésére", 1896-ban „A vaccinatio védőerejének statistikai bizonyítékai". Kőrösyben a magyar tudomány, s különösen a magyar orvostudomány, is ideális lelkű, nagytehetségű és rendithetetlen szorgalmú munkást veszit. Áldás emlékére!

Meghaltak. *Váczi Lajos* dr. gyakorló orvos Nagy-Károlyban 50 éves korában. — *Manuel Garcia*, a gégetükör felfedezője, 102 éves korában Londonban. — Kőrösy Józsefünkkel csaknem egy időben (junius 22.-én) halt meg a berlini városi statistikai hivatal igazgatója, *Hirschberg* tanár is, kinek egyebek közt az orvosi statistika terén is érdemei vannak. — *Ph. W. Owsjanikoff*, az élettan és általános kórtan tanára Szt. Pétervárott, 79 éves korában. Nevét az 50-es években a gerinczvelőről irt munkáival tette ismertté. — *Mary Jacobi* asszony, a híres new-yorki gyermekorvos felesége, 64 éves korában, szintén dr. med. s férjhezmenetele előtt a nőorvostan tanára a new-yorki női egyetemen. Jacobiné, számos dolgozat szerzője.

A budapesti egyet. I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét junius havában 66 esetben vették igénybe; a műtétek száma 63 volt.

A budapesti egyet. II. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika junius havában 113 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 87 volt.

A kolozsvári önkéntes mentőegyesület junius havában 297 esetben nyujtott segélyt.

Magyar fürdők látogatottsága. Tátra-Széplak: junius 20.-ig 227. — Tátrafüred: julius 1.-ig 1141. — Szt. Lukács-fürdő junius 22.-ig 518.

Kisebb hirek külföldről. *Wollenberg R.* tanár Tübingenben elfogadta a strassburgi elmekórtani tanszékre való meghivást. — A krakói egyetem belorvostani tanszékére *Jaworski V.* tanárt nevezték ki. — *Tedeschi* dr. rendkivüli tanár lett a gyermekorvostanból Paduában, *Dalén* dr. ugyanaz a szemészetből Lundban. — Noorden tanár utódja a frankfurti kórházon *Lüthje* dr. marburgi rendkivüli tanár lett. — A brandenburgi és rajnai ev. egyházkerületek consistoriumai megengedték, hogy az úrvacsorán kiki a maga poharát használhassa, a mi a hygiene szempontjából kétségtelenül üdvös intézkedés.

Nemzetközi törvényszéki anthropologiai congressus lesz jövő év április 28.-án Turinban. Referatumra és megvitatásra a következő tárgyak vannak kitűzve: 1. A kiskorúak criminalitásával szemben követendő eljárásról, a törvényszéki anthropologia elvei alapján. Előadó: M. von Hamel; 2. A nők criminalitásával szemben követendő eljárásról. Előadó: Tarnowsky Pauline dr.; 3. A gazdasági állapotok viszonya a criminalitáshoz. Előadó: Kurella tnr.; 4. A sexuális psychopathia és a criminalitás viszonya egymáshoz. Előadó: Lombroso tnr.; 5. A törvényszéki anthropologia a rendőrség szolgálatában. Előadó: Ottolenghi tnr.; 6. A tanúvallomások psychologiai értéke. Előadó: Brusa dr.; 7. A bűntény prophylaxisa és a vele szemben követendő eljárás. Előadó: Ferri dr.

Petefészek-átültetés. Mult számunkban hirt adtunk arról, hogy New-Yorkban nemrég sikerrel ültetett át egy orvos petefészket egyik nőből a másikba; az addig meddő nő, a kibe a transplantatiót végezte, néhány évvel reá anyává lett. A dolog nagyon valószinűtlennek látszik s ime: hasonló esetről tesz közlést Cramer a bonni orvos-természettudományi társulat juniusi ülésében. Elhízott meddő nőn végezte az átültetést, a kinek meddőségén kivül az ovarium működésének szüneteléséből magyarázható mindenféle panaszai voltak s kinek utóbbi időben a méhe is atrophizált. A petefészkeket Cramer csontlágyulásos nőből vette s úgy járt el, hogy a centrális részüktől megfosztott idegen petefészkeket a felsebzett sorvadt petefészkekre sipka módjára varrta reá. Két héttel az operatio után a már régóta amenorrhoeikus nőn három napig tartó havi vérzés állott be s egy további hónap múlva az emlők duzzadása, a bimbók erectioja s colostrum képződése terhességre utalt; ennek az állapotnak azonban erős vérzés — nyilván abortus — vetett véget. A méh már rövid idővel a műtét után rendes nagyságára növekedett s ürege most 7 cm. hosszú. A Cramer előadásához füződő eszmecserében *Nussbaum* azon meggyőződésének adott kifejezést, hogy ha ilyen esetben csakugyan beállana a kivánt eredmény, a gyermek nem volna az őt kiviselő nő igazi gyermekének tekinthető s bizonyára annak egy vonását sem örökölné. Az orvosnak kötelessége, hogy a nőt erről a műtét előtt felvilágositsa. Nussbaum az ilyen nőt „élő couveuse"-nek nevezi.

A gyermekek dohányzása ellen, mint már megirtuk, törvényjavaslatot terjesztett be Lord Reay az angol urakházában. A javaslatot bizottságnak adták ki, mely 8 kiváló orvos szakértői véleményét hallgatta meg. Valamennyien a törvényjavaslat elfogadását ajánlották. Wigmore dr., a közegészségügyi egyesület elnöke, a czigarettázást okolja azért, hogy a serdülő fiuk közt több a testileg satnya, mint a leányok közt. Sir W. Broadbent a dohányzási tilalmat a tervezetben javasolt 16. évről a 21. évre akarná felemelni. A törvényjavaslat szigorú büntetést ró arra a kereskedőre, a ki gyermeknek czigarettát, szivart, vagy dohányt ad el, s felhatalmazza a rendőröket a gyermekeknél talált dohányneműek elkobzására.

Helyreigazítás. Korányi Frigyes tanárnak „A gerinczoszlop kopogtatási hangjáról stb" czimű czikkébe lapunk utolsó számában nehány értelemzavaró sajtóhiba csúszott, melyeknek kiigazitását itt adjuk. A 656. lap II. hasábján alulról a 6. sorban „Ezzel összhangzólag azt mutatta . . ." helyett „Ezzel összhangzólag a kopogtatás azt mutatta . . ." olvasandó. A 660. oldal II. hasábján felülről a 27. sorban „A vízkóros betegnél . . ." helyett „Ezen vízkóros betegnél . . ." olvasandó. Ugyanezen oldal ugyanezen hasábján alulról a 16. sorban „géged aganatok" helyett „gátordaganatok" olvasandó.

Lapunk mai számához a Barabás-féle Szt. István-gyógyszertár **Nervinol** prospektusa van csatolva.

Egy kitünő forgalmú és egész éven át müködő 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.

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

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú tesisúlynövelő 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 injektiókra). **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.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1906. márczius 28.-án) 685. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VI rendes ülés 1906. április 5.-én) 686. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (VIII. szakülés 1906. márczius 17.-én.) 687. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 687. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1906. márczius 28.-án.)

Elnök: **Medvei Béla**, utóbb **Dirner Gusztáv**. Jegyző: **Feldmann Ignácz**.

(Folyt.)

Dystopiás pyosalpinx által kiváltott sérvkizáródási tünetek.

Balás Dezső: Két esetem nem a műtéti technika, hanem a kórjelzés és a fejlődési rendellenesség szempontjából érdemli meg a bemutatást.

G. R. 21 éves cselédet f. év január 22.-én azon panaszszal vettük fel osztályunkra, hogy 3 nap óta nem volt széke, 1 nap óta szelek sem mennek, s a bal lágyéktájon levő daganat, melyet 3 nap előtt megütött, igen fájdalmas, úgy hogy nem tud járni. A jól táplált nőbeteg vizsgálatakor a bal inguinális tájon a lágyékcsatornából a nagy ajkba folytatódó, csaknem férfiökölnyi nagyságú, ép bőrrel fedett térfogatnagyobbodást találtam, mely felett a kopogtatási hang tompa; a daganat nyomásra nem kisebbíthető, kissé puha és már érintésre is igen fájdalmas. E tünetek alapján sérvkizáródásra tettem a diagnosist, s a beteget felvétele után azonnal megoperáltam. Műtét közben kitünt, hogy a betegnek sérvkizáródása nincs, mert a sérvtömlőben levő bélkacsot az igen szűk sérvkapun a kapu tágítása nélkül is reponálni tudtam, hanem a baloldali nagy ajakban, a zsírszövetébe beágyazva, egy a sérvtömlőn kivül fekvő kb. gyermeköklönyi daganatot találtam, a melyhez futó erek egészen a funiculus spermaticushoz hasonlóan formálódva a sérvtömlő külső felületén haladtak, úgy hogy a vérérköteget a sérvtömlőről epészen a belső sérvkapuig el tudtam különíteni, hol a sérvtömlőt dohányzacskóvarratlal külön zártam. A vérerek alakulata azonnal gyanut keltett bennem, hogy a daganat ovarium. A vérérköteget a castrationál szokásos módon láttam el, miközben egy tollszárvastagságú űrtérrel biró hengerded képletet — mint később bebizonyult, a tubát — is alákötöttem, s a daganatot egészében eltávolítva, gyökeres Bassini-műtétet végeztem. A kiirtott daganatot megvizsgálva, azt találtam, hogy az az ovarium a reáhajló tubával, melyben kb. evőkanálnyi, sűrű, zöldes-sárga, szagtalan geny volt.

Jelen esetben tehát, minthogy egyrészt az ovarium és tuba a sérvtömlőn kivül foglalt helyet, másrészt a beteg kimondása szerint a daganat a nagy labiumban gyermekkorától tapintható volt, de kellemetlenséget nem okozott, fel kell vennünk, hogy az ovarium a tubával — tekintettel a vérerek alakulatára is — az ébrényi korban jutott a nagyajkba, tehát ritkább fejlődési rendellenességgel, ú. n. dystopia ovarii et tubae-val van dolgunk. A sérvkizáródás tünetei oly módon magyarázhatók, hogy a dystopiás tuba valószinűleg gonorrhoeás fertőzés folytán latens pyosalpinx-szá alakult át, melyben a trauma heveny lobosodást váltott ki, s a vele összefüggésben levő, nehezen visszahelyezhető sérv jelenlétében a pyosalpinx lobos tünetei keltették a sérvkizáródás gyanúját. A beteg febr. 7.-én gyógyultan távozott.

Teljes ajakképzés noma utáni defectusnál.

Balás Dezső: P. M. 62 éves napszámost f. év január hó 15.-én tették át műtét czéljából Janny tanár osztályára. A beteg előadja, hogy 9 éves korában nomára valló betegsége volt, midőn alsó ajka teljesen elpusztult. Az erőteljes egyén vizsgálatakor, mint a bemutatott fényképekből kitünik, teljesen hiányzott az alsó ajak, helyét az alsó állkapocsra feszülő fénylő, helyenként kimaródott, rögzített hegszövet foglalja el. A torzitást még fokozta az alsó jobboldali 2 metszőfog jelenléte. A betegnek állandó nyálcsurgása volt, mely az állon s a nyak felső részén kimaródást okozott. A beteg a nyálcsurgást oly módon mérsékelte, hogy nyelvét dugaszként tolta a 2 fogmeder közé. A pofa bőrének rögzítettsége miatt száját csak rés alakjában tudta nyitni, beszéde érthetetlen volt. A betegnél január 22.-én Janny tanár megbizásából az állkapocshoz tapadó hegszövet körülmetszése és visszahagyása után az alsó ajkat baloldali Dieffenbach- és jobboldali Bruns-féle pofalebenyekből képeztem. Kétféle lebenyt alkalmaztam, mert kétoldali Dieffenbach-lebeny nem lett volna eléggé kiadó a hiány pótlására, másrészt meg a Bruns-féle lebeny, mint jelen esetben is látható, sokkal torzitóbb heget hagy hátra, mint a Dieffenbach-lebeny, nagyobb anyaghiány visszahagyásával járván. A gyógyulás per primam ment végbe, a betegnek nyálcsurgása nincs, száját jól nyitja, beszéde is sokkal érthetőbb, s a cosmetikai eredmény is, tekintettel előbbi állapotára, igen jó.

Bátor vagyok még megjegyezni, hogy a pofalebenyekből képzett ajkak prognosisa sokkal jobb, mint a nyak bőrlebenyéből képzetteké; bár az előbbiek készítése sokkal nagyobb sebzéssel és nagyobb technikai nehézséggel jár, de másrészt zsugorodásuk sohasem ér el olyan fokot, mint a nyaki bőrlebenyeké, úgy hogy utóbbiak a nyálcsurgást már nem képesek meggátolni.

A gyomor nedvelválasztó működésének a Sahli-féle desmoidreactioval végzett vizsgálatáról.

Hirschler Ágoston: A gyomor secretorius működésének vizsgálata a szonda bevezetésével nem lévén mindig kivihető, Sahli *desmoid-reactio* néven oly eljárást alkalmaz, mely a szonda bevezetését nélkülözhetővé teszi.

A vizsgálandó egyén methylenkékkel vagy jodoformmal megtöltött kis kaucsukzacskót nyel le ebéd után, mely kaucsukzacskó vékony, nyers catguttal van bekötve. A catgutot csakis a sósavat és pepsint tartalmazó gyomornedv emészti meg, ellenben a trypsinemésztésnek ellenáll.

Ha tehát a gyomornedv elegendő sósavat és pepsint tartalmaz, a catgut megemésztődvén, a végbement emésztés a vizeletben vagy a nyálban kimutatható jodreactioban, vagy a vizeletben megjelenő methylenkékreactioban nyilvánul; ha pedig a gyomornedv sósavat és pepsint nem tartalmaz, a catgut nem emésztődik meg és a reactio kimarad. De megeshetik, hogy rendes gyomornedvelválasztás mellett is kimarad a reactio, ha a gyomor hypermotilitása folytán a zacskó előbb ürült ki a gyomorból, semmint a catgut megemésztődött. Előadó 50 esetben végezte a desmoidreactiót, rendes gyomorchemismust mutató egyéneken, hyperchlorhydria, anachlorhydria és gyomorrák eseteiben.

Vizsgálatainak eredménye a következő: Oly esetekben, melyekben a gyomorszonda bevezetése lehetetlen, a desmoidreactio igen alkalmas eljárás a gyomor secretorius működésének vizsgálatára annyival is inkább, minthogy világot vet arra is, hogy a vele együtt nyujtott táplálék megemésztésére a gyomornedv képes-e.

Ha a desmoidreactio a vizsgálat napjának estéjén beáll, ez azt bizonyítja, hogy a gyomornedv sósavat és pepsint tartalmaz, a nélkül azonban, hogy a reactioból az elválasztott sósav mennyiségére következtetést vonhatnánk.

Kórjelzési jelentőségét a próbareggelivel együtt való alkalmazásában keresi anaciditással járó megbetegedések megkülönböztetésekor. Ha ugyanis a próbareggeli anaciditást mutat és e leletet a desmoidreactio is igazolja, feltéve, hogy hypermotilitás nincs jelen, ez a gyomor nagyfokú secretorius elégtelenségére utal. Ha ellenben a próbareggeli anaciditást mutat és a desmoidreactio *kellő időben* positiv, ebből a secretiós képességre kedvező következtetést vonhatunk.

A tejsav is megemésztvén a desmoidzacskót, a reactio positivitásának csak akkor van diagnostikai értéke, ha az 3—9 óra mulva áll be, késői bekövetkezése a reactio megbizhatóságát tetemesen csorbitja.

A reactio negativ voltából következtetés nem vonható, mert annak oka (a bél felszivó képességének hiányosságától s a veséknek methylenkékre vonatkozó impermeabilitásától eltekintve) a sósav megkevesbedésétől és hiányától, a pepsin hiányától és a gyomor hypermotilitásától egyaránt lehet feltételezve, melyeket az adott esetben nem tudunk megkülönböztetni és így a negativ desmoidreactio differentiális-diagnostikai kórjel értékével nem bir.

Végeredményben az előadó oda következtet, hogy ott, a hol a szondavizsgálat kivihetetlen, a desmoidreactio útbaigazító jel értékével bir, egyébként pedig az Ewald-Boas-féle próbareggelit vagy a Leube-féle próbaebédet illeti meg a megbizhatóság előnye.

Ángyán Béla: Hirschler kisérletei a desmoidreactionak hű képét adják. Teljesen egyetért az előadóval abban is, hogy ezen eljárás a Leube-, Boas- és Ewald-féle eljárásokat nem teszi nélkülözhetővé. Ő is kivánatosnak tartja a kutatást oly eljárások után, melyek a gyakorló orvost felmentik a gyomorszonda alkalmazásának szükségességétől. Ilyen kisérlet a Sahli-féle eljárás is. Gyakorlati értéke megvan, mert positiv eredmény esetén megállapitható vele, hogy a gyomorban az emésztési folyamat alatt emésztésre képes nedv választatik el.

Az előadónak is csak két esetében történt, hogy a desmoidpróba positiv volta mellett az ellenőrző eljárás a gyomorban jól emésztő nedvet nem talált. Természetes, hogy ezen módszer a gyomornedv alkotórészeinek, a sósavnak, a szabad sósavnak, a pepsinnek quantitativ viselkedéséről nem nyujt felvilágositást. Mind e hiányai nyilvánvalóvá teszik, hogy az eljárás nem teszi nélkülözhetővé a szonda alkalmazását, annál kevésbé, mert a tejsav is, mint az előadó kimutatta, megemészti a catgutot, a mikor a próba positiv, jóllehet a gyomornedv normális emésztésre nem képes.

Áldor Lajos: Az előadóval egyidőben, majdnem teljesen ugyanazzal az eredménynyel végzett vizsgálatokat a Sahli-féle desmoidreactioval Vas Bernát poliklinikai laboratoriumában. Az eljárás vizsgálatánál 3 kérdést kell felvetni: 1. A gyomortartalom melyik tényezőjének reagense ez a reactio? 2. Lehetséges-e ezen reactioval a gyomor működészavarait diagnostizálni? 3. Többet ér-e az eljárás az eddigieknél?

Vannak, kik a szabad sósav reagensének tartják. Nem tudta kivenni, vajjon az előadó is ezt a nézetet vallja-e? Az ő vizsgálatai ugyanis ezt határozottan megczáfolják, mert ha egy kémlőcsőbe gyomornedvet tesz s a szabad sósavat közömbösiti, a desmoidreactio ilyenkor sikerül. Szóval a Sahli-féle reactio csak azt mutatja, hogy van-e a gyomornedvben proteolytikus erő, de annak fokáról és minőségéről nem ad felvilágositást. Előadónak az a lelete, hogy a catgutot a tejsav is oldja, új: ő nem találta, s az irodalomban nincs róla emli-

tés téve; Kalicski 5 és 10%-os tejsavval végzett vizsgálatai negativ eredményűek voltak.

A próba negativ eredményéből csak a gyomor működési zavarára lehet következtetni. Jelen lehet achylia, motoricus elégtelenség, hypermotilitás. Szóval a legellentétesebb állapotokat nem lehet kizárni. Ép azért ez a reactio nincs arra jogositva, hogy az eddigieket kiszorítsa, sőt még a gyakorló orvos kezébe sem való, mert elvonja a figyelmet az oly annyira fontos mikroskopi és chemiai vizsgálattól. Csak kisegítő eljárásnak fogadható el.

Herczka Imre: Csak azért szólal fel, mert az előadó és Ángyán oly nagyon kivánatosnak találták a gyomorszonda elkerülését. Figyelmeztetni akarja a gyakorló orvosokat, hogy nem kell nagyon félni a gyomorszonda alkalmazásától még fekély esetében sem, hisz Ewald gyomorfekélyből kiindult, más módon meg nem szüntethető gyomorvérzést szondával bevitt jeges viz segélyével csillapitott.

Szontagh Félix: Helyesnek tartja az előadónak a desmoidpróbára vonatkozó véleményét. Kérdi, van-e jellegző időbeli különbség a desmoidpróba positiv volta esetén, ha az normális gyomornedvvel, vagy tejsavval áll be?

Hirschler Agoston: Ángyánnal egyetért abban, hogy kivánatos volna a gyomorszondát nélkülöző vizsgáló eljárás, mért ennek sok esetben nem az érvényesnek ismert ellenjavalatok, vagy az orvos ügyességének hiánya, hanem a beteg ellenkezése és félelme állják útját.

Áldornak azt feleli, hogy igenis nyilatkozott arra nézve, hogy a desmoidreactiót nem tartja a szabad sósav reagensének. Ennek a dokumentálására felolvassa előadása eredeti szövegének erre vonatkozó részét. A tejsavnak a catgutot emésztő hatását maga Sahli is elismeri a hozzáintézett levélben. Kisérletét úgy végezte, hogy a gyomor tartalmából a tejsavat aetherrel kirázta, az aethert elpárologtatta, s a maradékot vízben oldotta. 0·1—0·2 volt a tejsav aciditása, s eseteiben határozottan emésztőképesnek bizonyult. Hisz nemcsak a tejsav, hanem egyéb savak is, mint pl. az ecetsav is, megfelelő concentratioban emészteni képes.

Szontagnak azt válaszolja, hogy jellegző időbeli különbség a sósavval és tejsavval beálló desmoidreactio között nincs.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. rendes ülés, 1906. április 5.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Winternitz Arnold**.

Metszett nyakseb esete.

Báron Jónás: 34 éves férfi folyó évi január 21.-én délelőtt öngyilkos szándékból beretvával elmetszette nyakát. A mentők azonnal behozták az izr. kórház sebészi osztályára. A nyakon a nyelvcsont és gége között, a gégebejárat felett az összes lágyrészek át voltak metszve körülbelül 12 cm. hosszú harántmetszéssel, de a nyak nagy erei sértetlenek maradtak. A felső sebszél közepe hátsó részén a lemetszett gégefedő volt, úgy hogy hegye hátfelé, alsó nyélalakú része előfelé tekintett. A kannaporczok nem sérültek. Miután a sebzugokban a vérzés csillapíttatott, B. a gége felső vége mellső részén erős fonalat húzott át, melynek segítségével a gégét felhúzta, azután tracheotomiát végzett a lig. conoideum és a 2. tracheálgyűrű közt. A canule bevezetése és rögzítése után a két sebszélt egyesítette selyemcsomós varratokkal, külön a nyálkahártya és külön a bőr sebszéleit, különösen ügyelve arra, hogy a gégefedő sebfelületei pontosan illesztessenek össze. A kétoldali sebzugba gazedarabot tett. Január 25.-én a bal tüdő alsó részében pneumonia. Táplálkozás a szájon át gummicsővel naponta kétszer a gyomorba öntött ½ liter tejjel és tápláló csőrével. Február 2.-án a beteg tejet ivott, február 3.-án a tüdőgyuladás gyógyult volt. Február 18.-a óta szilárd táplálékot vesz. Onodi tanár vizsgálata szerint az epiglottis bal szélén, annak torok- és gégefelületén az érintéseket jelzi, ugyancsak a bal oldalon a kannaporczok érintéseit is érzi, bár nem oly élénken, mint az epiglottisét. A külső canule ablakán a gégeüreg subglottikus részébe bevezetett sondának érintését jobb- és baloldalt érzi; az érintés nyomban köhögési rohamot vált ki. A gégelégcső nyálkahártyája belövelt, a gégefedő alsó harmadának laryngeális felülete duzzadtabb, épen úgy a kannaporczok nyálkahártyája is. A bal kannaporcz és gégefedő között egy 3 mm. átmérőjű, egyenetlenül kiemelkedő fehér lepedék látható. A kannaporczok és a hangszalagok hangoztatáskor és belégzéskor mozognak, a bal kannaporcz mozgása renyhébb. Mindkettő hangoztatáskor a középvonalhoz ér, kifejezettebben a jobb. Belégzéskor a hangszalagok jól széttérnek.

A canule eltávolításával addig vár B., míg a valószinűleg a selyemcsomóktól okozott duzzanat a gégebejárat körüli részeken megszünik. A beteg addig sósvíz-inhalatiókat használ.

Dollinger Gyula: Fiatal földmives a pajzsporczát úgy vágta ketté, hogy a metszés a hangszalagokat felezte. A sebszélek hegesek voltak, a mikor a beteget a klinikára hozták. Felfrissítés után D. a gégét csomós varratokkal selyemmel egyesítette, de úgy, hogy a fonalak a bőrön is áthatoltak és azokat később el lehetett távolitani. A gyógyulás egész ideje alatt a beteg fejét erősen előre hajlítva rögzitette. Gyógyulás.

Egy másik betegen egy esztendő előtt gégetuberculosis miatt légcsőmetszést végeztek. Azóta a gégéje meggyógyult, de a légcső sebe, nem tudni miért, mindinkább kitágult és a canul eltávolitása után sem mutatott semmi hajlamot a gyógyulásra. A légcsövön a pajzsmirigy alatt mintegy 4 cm. hosszú, 1½ cm.-nyire tátongó, heges szélű sipoly volt. Dollinger a sebszélek felfrissitése után a légcső sebét és felette a lágyrészeket catguttal 4 rétegben összevarrta. A seb meggyógyult.

Choledochuskő esete.

Báron Jónás: 35 éves nőbeteg, 1903. deczember 27.-én vétetett fel B. osztályára. 11 hónap óta epekő tünetei állanak fenn, a szék fehér, börsárga, a vizeletben epefesték. A rohamok gyakoriak, utolsó rohama négy nap előtt volt. Diagnosis: Epekő, valószinűleg choledochuskő. Műtét 1904. január 5.-én. 20 cm. hosszú metszés a jobb bordaiv mentén, három ujjnyira alatta. A hasűr megnyitása után az almanagyságú epehólyag mutatkozott, mely szomszédságával s a fali hashártyával is gyengén össze volt nőve. Az epehólyagnak és az ujjvastagságú, körülbelül 2 cm. hosszú ductus cysticusnak kifejtése után az epehólyag felmetszésére 2 deciliter zöldes, híg, savószerű folyadék ürült ki. A ductus choledochusnak a duodenum feletti részében a ligamentum hepatoduodenale külső szélén körülbelül nagy diónyi kőtömeg volt érezhető. Az epehólyag üréből a ductus cysticusba és onnan a choledochusba lehetett kanállal és ujjal bejutni. B. részint műszerrel, részint ujjal eltávolitotta a choledochusban levő kövek nagy részét az epehólyagon keresztül. A kövek közül kettő kis diónagyságú volt, a többi babnyi és kisebb. Ezek kiürítése után megvizsgálván kutaszszal és ujjal a ductus hepaticust, ott szintén kis kő volt érezhető. Minthogy ennek az eltávolítása kanállal nem sikerült, B. epehólyagsipolyt készitett. Odavarrta az epehólyag sebszéleit a bőr sebszéleihez és tamponok behelyezése után összevarrta rétegenkint a hasfalseb többi részét. A műtét napján a beteg jobb felső végtagján hysterikus bénulás tünetei mutatkoztak, melyek hat nap mulva teljesen megszüntek. Január 7.-én a székben epekőtörmelékek, január 11.-én festenyzett szék. Márczius 18.-án epekőroham, székletét ismét fehér, vizeletben epefesték, a bőr és a sclera sárga. Natrium salicylicumot kap, naponta háromszor 0·5 grammot. Az epeutakban szondálással kő nem található. Május 3.-án a beteg elbocsáttatik. A seb sipolya kivül be van gyógyulva.

További kezelés bejárólag. Juliusban epekőgörcsök jelentkeznek, a mikor lencsényi epekövek ürülnek ki az epehólyagsipolyból. Azóta rohamok nem jelentkeztek. 1905. január 7.-én B. a sipolyt elzárta.

Átfúródott appendix mint sérvtartalom.

Báron Jónás: A 63 éves férfibeteg 1905. május 24.-én vétetett fel. Négy év óta jobboldali boréksérve van. A beteg tabesben szenved. A sérv könnyen visszahelyezhető, de a beteg azután is érez fájdalmat a sérv táján. E miatt B. sérvműtétet végzett rajta junius 4.-én. A nagy sérvtömlő egyedüli tartalma a körülbelül 10 cm. hosszú, nagy mesenteriolummal ellátott, különben rendes vastagságú és alakú féregnyúlvány volt, mely a végén egy helyen lencsenagyságú nyílással át volt fúrva; az átfúródás helye mellett a nyúlvány külső felületen lencsényi összeálló bélsárdarab feküdt. Az előadó a nyúlványt resekálta és a csonk visszahelyezése után Bassini-féle műtétet végzett a sérvtömlő teljes kiirtásával. A gyógyulás csak csekély felületes genyedéssel járt a seb alsó zugába bevezetett gazecsik körül. A beteg julius 9.-én mint gyógyult elbocsáttatott.

Hypospadiasis scrotalisnak egy ülésben végzett műtéte.

Alapy H.: A hypospadiasis penis műtéte az utóbbi években nagyon egyszerűvé vált, mióta t. i. ezeket a sipolyokat nem igyekszünk takarni, hanem azon eljárás segélyével, melyet Beck és Hacker körülbelül ugyanegy időben ajánlott, a húgycsövet kipraeparáljuk, mozgathatóvá teszszük és kihúzva a makkon keresztül, melyen előzetesen alagutat furtunk, a penis csúcsához rögzitjük. Ezt a kétségtelenül szellemes módszert azonban a hátrább fekvő sipolyoknál nem lehet alkalmazni. Tudvalevő dolog, hogy mennyire meg van rövidülve és lefelé hajolva a penis a hypospadiasis minden esetében, úgy hogy a húgycső kihúzásának ez már az előbb említett esetekben is néha akadályát alkotja. Még sokkal inkább áll ez a hátrább fekvő sipolyokra nézve, úgy hogy ha ezeket sikerülne is annyira mobilizálni, hogy a húgycsövet rendes helyére varrhatnók ki, ezzel nem nyernénk semmit, mert használhatatlan, nyomorék penist nyernénk, a mennyiben a lefelé való görbülést még jelentékenyen fokoznánk. Ilyen esetekre a régi plastikus módszereket kell használnunk, a melyeknek prototypje a Duplay-féle operatio. Ismeretes, hogy ez a műtét mennyire hosszadalmas és menynyire kifárasztja a beteget is, az operálót is, a mennyiben még akkor is, ha javító műtétre nincs szükség, három ülés szükséges a befejezéséhez, egy a penis-húgycső képzésére, egy második a makkhúgycső képzésére, és egy harmadik a három részlet összekötésére. A bemutatónak sikerült ezt az eljárást nagyon megegyszerűsíteni az által, hogy előzetes gátsipoly készitésével a vizeletet levezette és cocain-suprarenin-érzéstelenitéssel nemcsak az altatást kerülte el, hanem a nagyon zavaró vérzést is annyira korlátozta, hogy a műtét egy ülésben volt elvégezhető.

A 14 éves fiú penise oly csökevényesen volt fejlődve, mint a hogy azt e bántalomnál megszoktuk. Az érzéstelenitést a bemutató oly módon végezte, hogy a húgycsőbe 3 cm³ 0·5%-os cocainoldatot fecskendezett, azután a gátat a sipolylyal együtt Hackenbruch-féle rhombusba foglalta; erre 50 cm³ 1‰-es cocainoldatot használt el, melyhez 3 csepp 1‰-es hemisinoldat volt keverve. 10 percz mulva a műtét tere el volt fehéredve és teljesen érzéstelenné vált. Ezt a körülményt felhasználva, a Duplay-féle plastikát olyformán módositotta, hogy mindjárt hozzá-

fűzte a makkhúgycső képzését Thiersch szerint, a cső hátsó végét pedig a scrotum bőrének hozzáfoglalásával zsákká alakította át, mely a sipolyt is magába foglalta. Minthogy a vizeletet a gátsipolyon át betolt katheter vezette el, az újonnan képzett húgycsőbe semmit sem kellett betenni és azt a vizelettől mégis meg lehetett óvni az egész utókezelés folyamán. A makkhúgycső varratai nehány nap mulva részben szétváltak, és igy a húgycső külső nyílása most nem egészen a penis csúcsán van, hanem attól kissé lejebb és oldalt, azonban a húgycső többi részlete per primam összetapadt, a fiú akadály nélkül vizel és a 15. számú bougie a húgycsövön könnyen vezethető végig. A gátsipoly előzetes képzését tudvalevően már Thiersch ajánlotta annak idején, később ezt mint felesleges complicatiót elhagyták ugyan, de a bemutató úgy véli, hogy kár volt elhagyni, mert az utókezelésben az eredményt jobban biztosítja.

Winternitz: Szintén nem barátja a Beck-féle húgycső-előrehúzásnak, mert varratlapulás folytán a műtéti eredmény könnyen problematikussá válhat. Szintén fontosnak tartja, hogy előzetes urethrotomia segélyével a hólyagba helyezett állandó katheter útján távol tartsuk a vizeletet a plastika teréről. Ily berendezés mellett a legnagyobb fokú hypo- és epispadiasisoknál is igen jó eredményt látott a kellő lebenyes módszerektől.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(VIII. szakülés 1906. márczius 17.-én.)

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

1. **Gámán Béla** beteget mutat be, a kinek az orrfalában 6 héten keresztül volt a bemutatott, meglehetős nagyságú üvegdarab. Az illető este üvegajtónak esett s felsértette az orrát, a mely nyeregalakú heggel gyógyult, de az orrban szúró érzés maradt vissza. A vizsgálatnál kitünt, hogy az os nasale és a cart. triangul. között a csontban egy üvegdarab van. Fogóval könnyen ki lehetett emelni. Az üvegdarab egyenszárú háromszögalakú, hossza 8 mm., oldalai 12—12 mm.-nyiek, a vastagsága pedig 1½ mm.

2. **Máthé Gábor** saját szerkesztésű **inhaláló sátorát és inhalatorát** mutatja be.

3. **Jancsó Miklós** előadása: **„A váltóláz és az anophelesek elterjedése Kolozsvárt és vidékén"** czímmel.

(IX. szakülés 1906. márczius hó 24.-én.)

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

1. **Szilágyi György vándorlép-esetet** mutat be.

2. **Demeter György hydrokephalus internusban** szenvedett ember koponyáját és agyvelejét mutatja be, a ki 7 mm.-es revolverrel homlokon lőtte magát. Érdekessé teszi az esetet azon körülmény, hogy ámbár — miként a bonczolásnál kiderült — az oldalgyomor is meg volt nyitva, mégis nyolcz napig élt az illető a sérülés után.

Hozzászól: *Makara.*

3. **Csiky Mihály** három olyan esetet mutat be, a melyek ez ideig az elsők, a hol **spirochaeta pallidát** szövetmetszetekben sikerült kimutatnia. Syphilises termékek nedvében jóval könnyebb a kimutatásuk, mint a szövetben. Esetei közül az egyik a czomb bőrén fejlődött nedvező, túltengett papula; a másik szintén nyitott túltengett papula egy syphilises nő nagy ajkáról; a harmadik egy papulosus küteg hámmal fedett, zárt papulája. A spirochaeták a két első esetben a genyesen beszűrődött hámréteg fellazult sejtjei között és a hámrétegben fejlődött apró tályogokban találhatók, de láthatók a papilláris rétegben is. A festés *Levaditi* szerint történt.

4. **Félegyházi Ernő** és **Potocky Dezső**: **„Adatok a vagus-pneumonia keletkezéséhez"** czimen értekeznek. Kisérleteiket 18 házinyúlon végezték. Kisérleteik alapján a vagus-pneumonia a nyállal kevert s részben növényi részekhez tapadt különféle bakteriumoknak aspirálára vezethető vissza, azon sokoldalú bénulás következtében, melylyel a vagusok és recurrensek átmeszése jár; a főszerep a bakteriumoknak tulajdonitható, mert a gyuladás súlyossága mindig lépést tart a bakteriumok felszaporodásával. Állításaikat mikroskopi készítményekkel is bizonyitják.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A tabes és dementia kezelése nagy adat kénesővel megbeszélés tárgya volt a lissaboni kongressuson. *Ferreira* azt tapasztalta, hogy ez az eljárás nem akasztja meg a baj előhaladását. A portugal orvos azonban arra emlékeztet, hogy a Robertson-tünet a lues tünete is lehet és hogy a lues okozhat olyan tünetcsoportot, mely a dementiához hasonlit. Ilyenekben szerinte kedvező eredmény várható sok kénesőtől. A vitában *Raymond* kijelenti, hogy ez az eljárás nem csak hogy nem hasznos, hanem egyenesen káros, több esetben épen ilyenkor támadt a rosszabbodás. Egy ilyen eset a párisi törvényszék elé került, a mennyiben a beteg hozzátartozói kártérítést követeltek. *Sicard* felemliti, hogy a sok kéneső sem változtat a tabeses ember cerebrospinális folyadékának lymphocytosisán, és csak kis adatot enged meg, nem a baj gyógyítása czéljából, hanem az esetleg még meglevő lueses tünetek ellen. *Boissier* és *Dupré* ugyancsak kárt láttak, a tünetek határozottan súlyosbodtak mind a két megfigyelő eseteiben. *Faure* is óvatosságra int, de mégis azon helytelen nézetnek hódol, hogy a tabes az utolsó években azért kedvezőbb, mert inkább használják most a kénesőt. Az általános vélemény tehát az, hogy a tabes és dementia kezelése nagy kéneső-dosisokkal csalódásra vezetett. (Semaine méd. 1906. május 2.)

Kollarits Jenő dr.

PÁLYÁZATOK.

1901/906. sz.

A székelyhidi **körorvosi állás**, mely **Székelyhid** székhelylyel 11,883 lélekszámmal biró 9 községből áll, lemondás folytán üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy minősitésöket igazoló szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **f. évi julius hó 26. napjáig** adják be.

Az állás javadalmazása 1200 kor. készpénz és 300 korona fuvardij, mely a kir. adóhivatalnál évnegyedenkint utólag a negyed harmadik hónapjának első napján fizettetik.

Látogatási dijai nappal az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel ezen dijak kétszerese.

A körorvos tartozik havonkint kétszer a kör községeit meglátogatni.

A székhelyen és azzal szomszédos Kiskágya községben a körorvos a halottkémlési teendőket is teljesiteni köteles esetenkint 80 fillér dijért.

Székelyhid, 1906. évi junius hó 27.-én.

3—1 *A főszolgabiró.*

2364/1906. szám.

Arad vármegye pécskai járásához tartozó Szemlak nagyközségben üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi julius hó 17.-ig napjának d. e. 9 óráját Szemlak községházához kitűzöm.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 80 fillér nappali és 1 korona 60 fillér éjjeli látogatási dij.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, miszerint orvosi oklevéllel és az eddigi működésüke igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám, a **választást megelőző napig** nyujtsák be.

Pécska, 1906. junius 22.-én.

2—2 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

Alulirott intézetében **segédorvosi állás** üresedett meg, melyre kórházi tapasztalatokkal vagy más orvosi gyakorlattal biró kartársak előnyben részesülnek. Physikális laboratoriumi vizsgálatokban való jártasság bizonylata, továbbá magyar nyelven kivül a németnek tökéletes beszélése szükséges.

Havi fizetés teljes ellátáson kivül 200 korona.

Megkeresések alulirotthoz intézendők.

Szegő Kálmán dr.,
sanatoriumtulajdonos Abbaziában.

2546/1906.

A Kőrösladány községnél üresedésbe jött egyik **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni kivánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyitványnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi julius hó 19.-ig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma: 1200 korona fizetés, 200 korona lakpénz. Látogatási dijak: az orvos lakásán 40 fillér, a község belterületén a beteg lakásán 80 fillér, a község kü területén fuvaron kivül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjel e dijak kétszerese. Foghúzásért, érvágásért, orvosi bizonyitvány kiállitásáért 1—1 korona, látleletért könnyü testi sértés esetén 2 korona, súlyos testi sértés esetén 6 korona.

A halottkémlés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesitendő. Megjegyzem, hogy Kőrösladány község lakosainak száma: 7134 lélek.

Szeghalom, 1906. junius 20.-án.

2—2 *Csánki Jenő*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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.

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

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

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

Telefon 96—96. Telefon 96—96.

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 arseni), mely nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**
„Fehérkereszt" gyógyszertára
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

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

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 ideglájdalmaknál, különösen ischiasnál.
* Egész évben nyitva. Mérsékelt árak. *
Szép berendezésü lakószobák, olvasóterem, fürdő-zenekar, kölcsönkönyvtár, Lawn-tennis, tekepálya, érdekes kirándulások stb. stb.
Az elő- és utószezonban tetemes árengedmények.
1847 Prospektusokkal szívesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER
Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Georg Thieme kiadása Leipzig.
Ép megjelent:

Klinische Pathologie des Blutes a vérvizsgálatok módszer- és a vérbetegségek különös kór- és gyógytanával. Irta: **Prof. Dr. Grawitz E. Berlinben.** 32 ábrával, 6 színes táblával és egy mikrophotogrammokat tartalmazó táblával. **Harmadik,** újonnan átdolgozott kiadás.
Ára: 22.50 márka. Kötve: 24 50 márka.

Methodik der klinischen Blutuntersuchungen.
Irta: **Prof. Dr. Grawitz E. Berlinben.** 18 ábrával és 6 színes táblával. **Harmadik,** újonnan átdolgozott kiadás.
Ára: 4 márka. Kötve: 5 márka.

Vorlesungen für Schiffsärzte der Handelsmarine hajó-egészségügy, tengeri és tropikus betegségekről. Irta: **Dr. Nocht egészségügyi tanácsos,** a hamburgi hajós-kórház és hajó- és tropikus betegségek intézetének főorvosa. 34 ábrával és 3 táblával.
Ára: 8.40 márka. Kötve: 9.40 márka.

Grundriss der Psychiatrie klinikai előadásokban. Irta: **Wernicke C.**
A szerző arczképével. **Második,** átnézett kiadás.
Ára: 14 márka. Kötve: 15.20 márka.

VIZGYÓGYINTÉZET
VÖSLAU-GAINFARN.
Déli vasúttal 1 órányira 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.

„Neuroroborin sec. Glück."
Idegerősitő és csillapitó szer.
Javalva a funktionális idegmegbetegedések mindazon eseteiben, a hol úgy az idegrendszer megerősödését, mint csillapítását akarjuk elérni. Kipróbálva több idegklinikán és közkórházban. Káros mellékfüneteket nem okoz. Az egyes Neuroroborin-pastillák súlya ½ gramm, ebből 20 cgm. bromkalium, ½ cgm. codein, a többi részt hypophosphitok alkotják. — Adagolás: Naponta 8—10 tabletta. — Kapható minden gyógyszertárban. — Ára 3 korona.
Főraktár: „Fehér galamb" gyógyszertár, Budapest, VI., Hungária-körút 93.

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. Hidegvizgyógymód, villam s 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, gégegyógyforrások, hasonlók és légcsőhurutok ellen. Leghatásosabb Karlsbad és Marienbad forrásaihoz.
1906: Új szálloda megnyitása **diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.**

„NEU-SIDONAL"
új hathatós szer
mindennemü húgysavas bántalom sikeres leküzdésére; mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze **in statu nascendi** különös intensitással hat.
„NEU-SIDONAL" könnyen oldható, igen kellemes izü; absolute ártalmatlan és teljesen közömbös. **Olcsó ára** következtében különösen húgysavas állapotok hosszas kezelésére ajánlható.
Kapható minden gyógytárban.
Napi adagja: 2—5 gramm. Ára: 1 gramm 25 pf. = 30 fill. — Ajánlatos rendelési mód: 10 tabletta á 1 gramm. Ára 2.50 márka = 3 korona.
VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

Ötvenedik évfolyam. 28. szám. *Budapest, 1906. julius 15.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. 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.

Rihmer Béla: A vesetuberculosisról. 688. lap.

Török Lajos: A viszketés érzésének elemzése. 690. lap.

Flesch Ármin és Schossberger Sándor: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János, egyetemi ny. rk. tanár.) A neutrophil vérkép elváltozása a kanyaró lappangási időszakában. 693. lap.

Tárcza. Donath Gyula: Az orvos és az alkoholkérdés. 694. lap.

Összefoglaló szemle. Benczúr Gyula: Közlemény a k. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., ny. r. tanár.) A paratyphus-kérdés mai állása. 696. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Goldscheider*: Über naturgemässe Therapie. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Cioffi*: A hashártya védőképessége. — *Morawitz*: A vérnek halál után való elváltozásai. — *Belorvostan. Heinsheimer*: Az alkaliáknak és keserűsóknak a gyomornedv elválasztására való befolyása — *Gyermekorvostan. Jehle*: A meningitisjárvány terjedése. — *Salge B.*: A görvélykór gyógyitása. — *Húgyszervi betegségek. Fr Zacco*: Háromcsövü húgycsőkanül. — *R. Menocal*: A meleg égöv alatt gyakori funiculitis. — *Idegkórtan. Haskovec*: Szemkrisisek a tabesban. — *Déjerine*: Időszakos sántitás a gerinczvelő megbetegedése következtében — *Orr-, torok- és gégebajok. Finder*: Az alypin a rhino-laryngologiai gyakorlatban — *Sebészet. Heusner*: Hasi műtéteknél a metszések irányáról. — *Schönholzer*: A kryptorchismus. — *Venereás bántalmak. A. Lieven*: A gummás orrsyphilis. — *Diesing*: A leprának jodoformmal való kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Noguera*: A stomatitis ulceromembranosa. — *Szabóky*: A tüdővészesek éjjeli izzadása ellen. — *Kaiser*: Blutan. 699—701. lap.

Koller Gyula dr. 50 éves orvosdoktori jubileuma. 701—702. lap.

Vegyes hirek. Kitüntetés. — Címadományozás. — Választás. — Meghalt. — A budapesti poliklinika kimutatása. — A szabadkai önkéntes tüzoltótestület mentőosztályának kimutatása. — Magyar fürdők látogatottsága. — Kisebb hirek külföldről. — A prostituáltak ellenőrzése körüli újítás. — Spirochaete vagy spirochaeta? — Paralysis progressiva és syphilis. — A typhus serum-kezelésének értékéről. — 94 éves asszonyon végzett lábszáramputatio. — A telephon-szótölcsérek hygieniéje. — Abstinentia és életbiztositás. — Orvosi észleletek vad népen. 702. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 703. l. — — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 704. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 705. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 705. l.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche & Cie, Grenzach (Baden) czég „Airol“ Roche prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A vesetuberculosisról.[1]

Irta: *Rihmer Béla* dr., közkórházi rendelőorvos.

I.

A vesetuberculosis 25 éve közös kérdése a sebészetnek és belorvostannak. Ezen idő alatt felfogásunk e betegség kórtanáról gyökeresen átalakult.

Bár *Rayer* a vesetuberculosist már 1843-ban descendáló folyamatnak tartotta, *Kussmaul* még 1863-ban ascendáló és descendáló alakot különböztet meg; 25 év előtt különösen *Guyon* és *Lanceraux* nyomán azt tartották, hogy a vesetuberculosis chronikus alakja a hólyaggümőkórhoz társul és az ureteren való ascendálás útján jön létre. Támogatták ezt a nézetet a tünetek is, mert az esetek többségében a vesebetegség tüneteit a hólyagzavarok jóval megelőzték. Nem szólt e felfogás ellen a kórbonczolástan sem, mert régi esetek kerülvén bonczolásra, az egész húgyivari tractus beteg volt és a betegség kiinduló pontját megállapítani már nem lehetett. Guyon pl. 12 bonczolásra került esete között csak egy olyat látott, a melyben egyoldali vesegümőkór volt jelen, a hólyag és ondóhólyagok részvétele nélkül. Ilyen tapasztalatok után állította még 1889-ben is, hogy „a vesemegbetegedés felismerése speciálisan ott, hol sebészi indicatio forog fenn, csak későn válik lehetővé, a midőn már az alsó húgyutakban régi elváltozások vannak.“ „Az a felvétel, hogy a korai beavatkozás a húgyszerveket megóvja a fertőzéstől és a szervezetet megmentheti, félreismerése a viszonyoknak.“

Ez a nézet a vesegümőkórnak a sebészi gyógykezelés körébe való vonására kedvező nem lehetett. És mégis nem a klinikus megfigyelésnek, nem is a kórbonczolástannak, nem is a kisérleti kórtannak, hanem a merész sebészeknek köszönhetjük, hogy ezek a nézetek megváltoztak; azoknak, kik a 80-as években eleinte többnyire hibás diagnosis (pyonephrosis, köves vese) alapján, később öntudatosan operálni kezdtek. Ezek: *Baker, Barvell, Moris, Bardenheuer, Czerny, Israël, König, Küster, Madelung, Schede, Tauffer, Tuffier.*[1]

Az úttörők kora 1880—90-ig tart és lezárható a *Vigneron*- és a *Facklam*-féle statistikákkal. Az eredmény még igen szerény. Facklam 88 vesekiirtást szedett össze, a közvetlen halálozás 24 = 27·2%; egy-kettő még hamarosan elpusztult; 62 eset maradt fenn a „günstig“ lefolyásra. Ez a 62 eset azonban már megingatta azt a nézetet, hogy a folyamat túlnyomóan kétoldali. A 62 esetből összesen 15 esetben tudott évekre szóló javulást, illetve 5 esetben végleges gyógyulást megállapítani; de épen ez a 15 eset és különösen az 5 radikálisan gyógyult mutatta, hogy az ascendálás szabály nem lehet.

A következő kor az *evolutio* kora, ez 1890—1900—1902-ig tart és lezárható a *Schmieden*-féle gyüjtőstatistikával és azokkal, a melyeket én itt alább összegyüjtöttem (továbbá *Küster* és *Israël* monographiájának megfelelő fejezetével). Ebbe a statistikába még másokat *(König, Schede, Czerny)* is be kellett volna vennem, de csak azokat vettem fel, kik a végeredmények feltüntetése mellett, hasonló alapon állva, megkülönböztették a közvetlen műtéti halálozást és a távoli halálozást, azaz azon eseteket, melyekben a beteg rövidesen elpusztult, a hol tehát a műtét felesleges, sőt talán életrövidítő lehetett.

[1] Előadta az Orvosegyesület 1906. május 5.-i ülésén.

[1] Facklam szerint a legelső 1872-ben Peters (amerikai sebész) volt.

Név	Esetek	Mortalitás		Összesen
		műtéti	távoli	
Küster	17	2 = 11·76%	2 = 11·76%	4 = 23·52%
Israël	28	3 = 10·7 %	5 = 17·8 %	8 = 28·5 %
Krönlein	34	2 = 5·8 %	6 = 17·6 %	8 = 23·4 %
Pousson	23	3 = 13·05%	2 = 8·82%	5 = 21·87%
Kümmel	43	5 = 11·62%	3 = 7 %	8 = 18·6 %
Összesen	145	15 = 10·34%	18 = 12·41%	33 = 22·75%

A halál oka			
műtéti		késői	
Collapsus, oliguria	2	Uraemia	2
Másik vese hiánya	1	Amyloid	1
Másik vese beteg	2	Kimerülés	1
Kimerülés	5	Májbaj	1
Sepsis } Peritonitis	2	Tuberculosis	13
Tuberculosis	2		
Tetanus	1		
Összesen	15	Összesen	18

A 112 gyógyult esetből:

3 éven alul él	47
3 év alatt meghalt	1
Ismeretlen sorsú	1
Összesen	49

A 63 három éven túl élőből a revisiokor él:

15½	éve	1			
14	„	1			
11	„	1	meghalt 11.	évben	1
10	„	5			
9	„	1			
8	„	2			
7	„	2	„ 7.	„	1
6	„	6	„ 6.	„	1
5	„	8			
4	„	17	„ 4.	„	1
3	„	15			
		59	összesen		4

A műtétet túlélő 112 esetből 59-nél, tehát több mint a felénél a gyógyulás, illetve javulás 3 évtől felfelé meg volt állapítható. (A leghosszabb végleges gyógyulást, 21 évre szólót, Czerny észlelte.) Ez a közvetlen előttünk lezáruló kor még leginkább az összvizelet-vizsgálatot, palpatiót és legfeljebb az egyszerű cystoskopiát vette a kórjelzés felállításánál és a baj localisatiojánál igénybe. (Kümmelt kivéve, a ki működésével átnyúlik az újabb korba.) Mégis azt látjuk, hogy a műtéti mortalitás jelentékenyen lecsökkent: 10·34%, sőt egyeseknél 5—6%-ra. A közvetlen műtéti halálozások 33%-át a másik vese hiánya vagy betegségének fel nem ismerése okozta. Ha a távoli mortalitást nézzük (12·41%), azt látjuk, hogy 72%-ban a tuberculosis tovaterjedése a szervezetben volt a halál oka. Összegezve a kettőt, az összmortalitás 22·75%-ot tesz ki, tehát még mindig elég magas. Különösen befolyással volt erre az a körülmény, hogy eleinte a sebészek még meglehetősen előrehaladt vesegümőkórt kaptak műtétre. Később, a diagnostica javulásával, az eredmények ugyanazon szerzőnél pl. Israëlnél, egy későbbi működési szakot tekintve, javultak.

Az említett kornak a műtőasztalnál, a bonczolóasztalnál szerzett és a végeredmények statistikájából merített tapasztalatai végleg megfordították a 25 év előtti felfogást. Az ennek a kornak végén kijegeczedettt felfogás mondhatni a 25 év előttinek az ellenkezője és a következőkben foglalható össze: A vesetuberculosis *ritka kivétellel* primaer megbetegedés. A primaer kifejezés a húgyszervekre vonatkozik és azt jelenti, hogy a vese nem a hólyag felől való ascendálás útján fertőztetik, hanem embolia útján a véráram felől.

Acut miliáris gümökórnál a fertőzés kétoldali, egyébként pedig az esetek túlnyomó (85—92%) részében egyoldali, és lassan lefolyó sajtos szétesésre vezet (käsig-cavernöse Form, phthisis renalis caseosa). *Israël* szerint van a chronicus vesegümökórnak egy a sajtos és miliáris közt levő alakja (chronisch disseminirte Knotenform), melyben a kölesgümőnél nagyobb száraz göbök képződnek. Ez rosszindulatú, mert gyakran egyszerre mindkét oldalon jelentkezik (Israël, Krönlein). A vesetuberculosis kifejlődvén, előbb-utóbb fertőző. A vizeletáram útján fertőzi az alsó húgyutakat és csak később, a véráram útján, a másik vesét.

Ez ma, egyes franczia szerzőket leszámítva, kik még mindig nagyobb tért engednek a hólyag felőli infectionak (Pousson 20 primaerrel szemben 12 secundaer), a legtöbb szerző felfogása. Átnézve azonban pl. Pousson eseteit, az egyik felszállónak vett és typusként ábrával közölt esete az én szememben a legszebb bizonyítéka a descendáló tuberculosisnak. Urogenitális tuberculosis volt jelen és a vesetünetek később fejlődtek ki. A jobb vese, ureter és a hólyagban tisztán a jobb ureter körüli rész beteg, a többi rész és a másik vese ép. Feltünő, hogy egy az ivari részekből a hólyagra terjedő tuberculosus folyamat ne az egész hólyagfenéket, hanem csak az egyik ureter táját foglalja el; a vizeletáram ellenében felkúszszék és a vesében gümőkórt hozzon létre. Sokkal egyszerübb ezt megfordítva megérteni. Azért lett csak a beteg vese ureterének szájadéka körüli rész beteg, mert csak azon oldalról jöttek bacillusok. Ezt majd a mi korai eseteinknél is többször találhatjuk; épen nőknél, a kiknél a genitaliák külön nyilván, onnan a hólyag nem is fertőzhető, az ureter körüli elváltozások tehát biztosan a vese felől származnak. Az sem szól Pousson esetében a descendálás ellen, hogy a vesetünetek később állottak be, mert esetekkel bizonyítjuk, hogy a vesetuberculosis igen soká lappangó lehet. Az pedig, hogy Pousson esetében főleg a vesemedencze és az ahhoz közelálló parenchymarészek voltak betegek, megint nem bizonyít a felhágó tuberculosis mellett, mert ismerünk az irodalomból primaer vesetuberculosist eleget épen ezen részek megbetegedésével és a corticalis épségével.

Most fogok megoperálni egy férfit, kinek bal mellékheréje gümős, és kinek baloldali gümős pyelitise van, a közbeeső pálya pedig teljesen ép. Ilyen esetekben sem ascendálásról, sem descendálásról szó sem lehet, a két folyamat coordinált.

Pousson esetére bővebben tértem volt ki, mert ő egyike azon szerzőknek, kik az ascendáló vesetuberculosisnak még nagyobb tért engednek. Látható volt, hogy a typusként felhozott esetét, közelebbről tekintve, descendáló folyamatnak kellett felvennünk. Pousson többi eseteiben és ugyanígy Israël eseteiben, melyeket ascendáló eredetüeknek tart, nem lehet már a dolgok állását így megállapítani. Ha azonban a fenti statistikák eredményeihez, melyek a mellett szólnak, hogy a vesegümőkór túlnyomóan primaer megbetegedés, hozzáveszszük a kisérleti kórtani adatokat, melyeket különösen legújabb időkben *Baumgarten*, *Krämer*, *Hansen* szolgáltattak, azt kell mondanunk, hogy a felszálló eredetü vesetuberculosisnak, ha egyáltalán létezését elismerjük, igen ritkának kell lenni. Nevezett szerzők szerint ugyanis kisérleti úton igen könnyen lehet egyoldali haematogen vesegümőkórt létrehozni, sőt létrejött ez úgyis, ha a vesét traumatizálva vagy ureterét alákötve, egy oldalon locus minoris resistentiaet hoztak létre és a gégecsőbe oltottak be gümőbacillusokat (Hansen). Ellenben ugyanez nem sikerült, ha a hólyagot fertőzték. Ascendáló vesetuberculosist egyáltalán csak úgy lehetett létrehozni, ha az ureterbe gümőbacillusokat vittek és az uretert elkötve, pangást hoztak létre. „Gegen den Strom gibt es keine Tuberculose“ mondja Baumgarten.

A kisérleti kórtan tehát megerősítette a klinikai tapasztalatot, a vese primaer fertőzése a szabály, a folyamat innen descendál. Ennek az elvnek térfoglalásával a műtéti javalatok felállításában is bizonyos radikalismus fejlődött ki, melyet *Schmieden* így fejezett ki: Minden biztosan egyoldalinak felismert vesetuberculosis operálandó és az indicatiót oly szigorúsággal kell felállítani, mintha rosszindulatú daganatról lenne szó. Ha ezt a felfogást kórtani szempontból túlzásnak is kell tartanunk, mert általán véve a gümős folyamat önként gyógyulhat, a rosszindulatú daganat nem, a sebészi tapasztalat mégis azt mutatta, hogy mentül később operálunk, annál súlyosabb a műtét és annál kevésbé kedvező a végeredmény.

Ha a beavatkozás halasztást szenved, a műtét esélyei rosszabbodnak, még pedig Israël szerint a következő okokból:

1. Magán a kiirtandó vesén beálló elváltozások miatt (nagy tumor, összenövések, heges kocsány), melyek a műtétet nehezebbé teszik.

2. Mert a baj fennállásával növekszik a másik vese toxikus (toxikus nephritis, amyloid) vagy gümős megbetegedésének gyakorisága.

3. A vesetuberculosis hosszú fennállása, különösen vegyes fertőzés esetén rongálja a szívet és így az operativ káros behatások hozzájárulásával (narcosis) gyakran szívinsufficientia vagy cardialis veseinsufficientia áll be. Az utóbbi azáltal jön létre, hogy egy kissé tangált maradó vese, mely jó szívműködés mellett még teljesen kielégítően működött volna, legyengült szívnél, leesett vérnyomásnál compensatiora nem képes.

A távoli eredmények rosszabbodnak, mert a tuberculosis leterjed a hólyagba és ott esetleg kiterjedt és gyógyíthatatlan elváltozásokat hoz létre.

Ki volt mutatható és különösen *Israël* tudta eseteit megfelelő csoportosítással erre felhasználni, hogy ha a tuberculosis a hólyagot nem érintette még, vagy csak igen kevéssé, radikális gyógyulás volt elérhető. Ha azonban a hólyag erősebben beteg volt, a kóros vese eltávolításával a beteg általános egészségi állapota megjavult ugyan, sőt hólyagzavarai is enyhülhettek, de a hólyagtuberculosis már meg nem gyógyult. *Rovsing* 5 esetében, hol csak kis elváltozások voltak jelen a hólyagban, a gyógyulás beállott, míg 18 súlyos elváltozásnál 7 esetben a sublimátkezelés, kikaparás stb. ellenére a betegek fokozódó kínok között tönkrementek.

* * *

Ezek a tapasztalatok a fenti statistikák számaiból természetesen nem látszanak ki, engedjék meg ezért, hogy a statistikák részletezése helyett saját tapasztalatomból hozzak fel bizonyításukra eseteket.

Ezek egyszersmind igazolják azt, a mit Korányi Sándor tanár egy mult évi előadásában már hangsúlyozott, hogy mily nagy hibák történnek még nálunk a vesegümükór felismerése körül. Nem rekriminatioként hozom fel őket; kitünik abból, hogy azzal az esettel kezdem, melyben magam is hibáztam. Ez egy 41 éves nő esete, kinél előzetes genitális megbetegedés nélkül cystitis állott be, időnként véres vizeléssel. Egy évi tartás után, miközben hólyagmosásokkal kezelték és nem javult, láttam először consiliumban. Támaszkodva arra, hogy Koch-bacillusokat nem találtak, támaszkodva arra, hogy a tükörrel általános diffus hólyaghurutot találtam az ureterek körüli (a vizsgálat alatt nem nyiltak meg) specifikus eltérés nélkül, közönséges cystitist vettem fel és arg. nitrat-befecskendéseket ajánltam. Csak akkor lettünk figyelmessé, midőn erre állapota jelentékenyen megrosszabbodott. Ekkor rögtön abbahagytuk a lapist, jodoformolajos becseppentésre tértünk át és állatot oltottunk. Az eredmény positiv volt; de ezt a beteg, állapota megjavulván, nem várta be, vidéki kezelésbe távozott. Pár hó mulva azután visszakaptam, teljesen leromolva (49 kgm.), egy hónapja rázóhidegek, óriási vesetumor, 120 pulsus. Ilyen állapotban kellett operálni. Az emberfejnyi tumor lap szerint összenőtt a környezettel, a kocsány heges volt, a kigördítés nehéz; pulsus nélkül került az ágyba. A beteg mégis felépült és 2¼ éve él és egészséges. Itt legalább expiáltam.

Szomorubb sorsa lett egy másik betegnek, kit Makara tanárral észleltünk. Az összes húgyszervi panaszok 1½ évre terjedtek vissza és leginkább gyakori vizelésben állottak (eleinte nem is tünt fel a zavarodás); cystitisnek nézték, kezelték, tükrözték (a hólyagot épnek találták), míg végre secundaer infectio állott be, ez ascendált, pyonephrosis és óriási paranephritikus tályog képződött. Igy került Makara tanárhoz, ki bemetszette, később morcellement útján eltávolította a vesét. A beteg felépült, de 4 hó mulva uraemikus tünetek között elpusztult. Elpusztult az első tünetektől számított 2 év mulva, tehát oly rövid idő alatt, a mely alatt a vesetuberculosis magára hagyva nem szokta tönkretenni a beteget. Ma már köztudomású, hogy a secundaer fertőzés sehol sem tud oly rohamos pusztítást végezni, mint a gümösen előkészített talajon. A banális pyonephrosisnál sokkalta nagyobb és rövidebb idő alatt kifejlődött genyes vesezsákok jönnek így létre.

E két eset a gyakorlatban elkövetett *activ* hibát érzékíti. Elég gyakori a *passiv* hiba, midőn nem ismerik fel kellő időben a bajt, addig várnak a műtéttel, míg a folyamat már kétoldali lett. Igy pl. egy 26 éves nő esetében, kinél 8 évig állott fenn a vesetuberculosis a nélkül, hogy felismerték volna. Az első időkben szakértő megvizsgálta a hólyagot, és a cystoskopia teljesen ép hólyagot mutatott, mégsem inquiráltak tovább, hogy nincs-e vesebeli folyamat jelen. A mikor azután a beteg hozzám került, az egyik vese nyilvánvaló gümőkórja mellett (nagyobb vese, sok geny) már a másik oldal is betegnek mutatkozott, a a hólyag meg épen kiterjedten beteg volt.

Néha nem siethetünk eléggé; mutatja ezt azon két eset, melynek készítményei itt láthatók (bemutatás). Az egyik betegnél össze-vissza 6 hónapra terjedtek vissza a cystitises panaszok, vesetünetek alig voltak. A hólyagban csak az ureter közvetlen környékén voltak gümős fekélyek és mégis a veseparenchymában mogyorónyi cavernák és pyelitis caseosa volt jelen. Az esetet Makara tanár operálta. A másik készítmény egy fiatal leánytól származik, kit egy év előtt operáltam. Nem voltak vesetünetei, ellenben egy éve cystitis volt jelen; méltóztatnak látni, három caverna van a parenchymában, egy negyedik betört a medenczébe, mely gümős lett. De gümős lett a megfelelő ureter körüli hólyagfél is, meglehetős kiterjedten. A beteg a műtét óta meghízott, de hólyagtuberculosisa alig javult.

Ezek az esetek, melyek azt mutatják, hogy mily súlyos lesz a műtét, ha később, esetleg secundaer fertőzés mellett operálunk, továbbá a két utóbbi, mely azt mutatja, hogy rövidesen a tünetek beállta után is kiterjedt roncsolás állott be a vesében, sőt a hólyagban is, igazolják azon sebészek felfogását, kik ma a primaer descendáló vesegümőkórnál a korai beavatkozást sürgetik.

A korai beavatkozáshoz azonban, a baj korai felismerése szükséges és előadásom második részében ezzel a kérdéssel: a vesegümőkór korai felismerésével fogok foglalkozni.

(Folytatása következik.)

A viszketés érzésének elemzése.[1]

Irta: *Török Lajos* dr., egyetemi magántanár.

A viszketés érzésének magyarázatát már több izben kisérelték meg, a nélkül, hogy ezen kisérleteknek — nézetem szerint — kielégítő eredménye lett volna. A szerzők egy része ezen érzés számára pathogenetikus magyarázatot keresett (pl. Schwimmer, Unna), de ezen magyarázatok, ha helyesek is volnának, csak arról adhatnának felvilágositást, hogy milyen viszonyok között jön létre a viszketés érzése, a tünemény lényegét azonban teljesen homályban hagyják. Hogy a magyarázat kielégitsen, tekintettel kell lennie a bőr különböző érzési functioira, valamint az ezekhez tartozó különböző idegvégkészülékekre. Felvilágositást kell hogy nyujtson a felől, hogy az utóbbiak közül melyik szerepel a viszketés érzésének keletkezésénél, továbbá arról, hogy mily viszonyban van azon folyamat, a mely a viszketés alkalmával az említett idegvégkészülékeken lejátszódik, azon folyamattal, a mely az eddigi vizsgálatok szerint functioja az illető idegkészülékeknek. Ilyen irányúak Bronson, Hebra Ferdinand, Goldscheider és Frey magyarázatai. Bronson szerint a tapintás érzésén (sense of touch) kivül még egy külön érintési érzés (sense of contact) is van, és azt hiszi, hogy a viszketés érzése ezen érintési érzés zavarának az eredménye. De eddig ez a tapintástól különböző érintési érzéklés nincs kimutatva, és külön idegvégkészüléket sem észleltek az érintési érzékelések számára. Bronson magyarázata tehát el nem fogadható. Hebra, Goldscheider és Frey a viszketés érzését a csiklandozással azonositja és mind a kettőt a tapintási idegekre vonatkoztatja. A bőrnek gyöngéd, gyakran ismétlődő és rövid ideig tartó érintése Hebra szerint viszketést idéz elő. Goldscheidernek azon magyarázatából, melyet a vakarás szerepéről fejt ki a viszketésnél, szintén az következik, hogy ez a szerző a viszketést azonositja a csiklandozás érzésével. Szerinte ugyanis a vakarás a tapintási (nyomási) idegkészülékek fokozottabb ingerü-

[1] A budapesti kir. orvosegyesület idegkórtani szakosztályának 1906. márczius 5.-i ülésén tartott előadás.

letét idézi elő, s ez elnyomja azt a kisebb fokú ingerületet, a mely bennünk a csiklandozás érzését kelti. Szerintem azonban a csiklandozás és viszketés különböző két érzés és nem szabad az egyikre alkalmazott magyarázatot a másikra is alkalmaznunk. Erre egyébként még vissza fogok térni. Frey szerint a viszketés és csiklandozás másodlagos érzés. A viszkető pont, vagy ennek szomszédsága ugyanis Frey szerint rendszerint hyperaemiás ; ezért a viszketést és csiklandozást oly érzéseknek tekinti, a melyek a tapintó idegekről reflektorikus úton a vérerekre terjednek át. Mindezekből az látjuk, hogy Hebra, Goldscheider és Frey a csiklandozással azonosított viszketés érzését vagy közvetlenül, vagy közvetve a tapintást szolgáló idegkészülékekre vonatkoztatja.

A viszketés és csiklandozás érzéseinek ezen azonosítása véleményem szerint el nem fogadható. A bőrnek különböző minőségü paraesthesiáit, a mennyire csak lehet, külön kell választanunk és mindegyikre külön magyarázatot kell keresnük. Ámde ezen paraesthesiák száma nagy — példaképen csupán a következőket említem : hangyamászás, égés, parázsérzés, szúrás, szörösség érzése, viszketés, csiklandozás, libabőrérzés stb. — és egymástól való éles megkülönböztetésük nem minden körülmények között lehetséges. Ugy látszik, hogy közönségesen különböző paraesthesiák összekeverődhetnek és hogy számos érzésbeli differentia épen ezen összekeverődés következtében jön létre. Ebből pedig az következik, hogy ezen paraesthesiák bizonyos fajtáit úgyszólván mint *tiszta*, nem kevert érzéseket kell megkülönböztetnünk. Ilyeneknek tekintem a csiklandozás és viszketés érzését.

Minthogy pedig az utóbbi paraesthesiák is igen gyakran nem tisztán kerülnek észlelésre, én azonban előadandó vizsgálataim során a csiklandozás és viszketés érzését egymástól mindig megkülönböztetem, szükségesnek tartom, hogy mind a két érzést példákkal világositsam meg. Ezen érzéseknek definitioit természetesen nem lehet adnunk, csupán példák útján adhatok felvilágositást arról, hogy mit értek viszketés és mit csiklandozás alatt. A bőrnek, különösen pedig az arcznak, a tenyérnek, a csukló hajlító oldalának gyöngéd érintésére csiklandozást érzünk. Goldscheider szerint ez az érzés a tapintási idegkészülékeknek tulajdonképeni specifikus érzése, a melyet leggyengébb erőművi ingerlésük idéz elő. Ha a tapintási idegrost ingerülete bizonyos fokot elért, a tapintási érzés elnyomja a csiklandozást. Erősebb lesz a csiklandozás érzése, ha több szomszédos bőrrészletet gyöngéden érintünk egymás után, így tehát gyöngéd simitás által. Hasonló érzés támad, ha valamely kis rovar fut végig a bőrön, vagy ha ing varrásából kilógó fonal idestova mozog a bőr felületén. A hajvégeknek gyöngéd simitása szintén csiklandozást okoz.

Ettől az érzéstől különbözik az az érzés, a mely rovarok (pl. szunyogok, poloskák csípése) után jön létre, vagy a rühatka által okoztatik. Ez a viszketés érzése. Különböző bőrgyuladások, így különösen a vegyileg ható anyagok által okozott ú. n. művi eczemák ezzel a viszkető érzéssel járnak, feltéve, hogy nem túlságosan intensivek. A viszketést kisérleti úton is előidézhetjük bizonyos növények szőröcskéivel, így pl. a leguminosa osztályába tartozó cucuma pruriens gyümölcsein levő finom szőrökkel, a melyek viszketőpor (Juckpulver) néven ismeretesek. A viszketés és csiklandozás különbözősége elég jól mutatkozik, ha mind a kettő a bőrnek egy és ugyanazon regiojában van jelen, illetőleg idéztetik elő. Így pl. a talp eczemája esetén gyengén viszkető helyeken gyengéd mechanikus ingerléssel a csiklandozás érzése is kiváltható. Vagy létre lehet hozni a viszketés érzését a viszkető porral a csukló hajlító oldalán, és ezzel egyidejüleg a tenyérnek szomszédos területén egy fapálczika mozgatásával a csiklandozás érzését. Egy és ugyanazon helyen és egy és ugyanazon pillanatban a két érzést nem sikerült megkülönböztetnem egy önmagamon végrehajtott kisérletben. Az egyik érzés mindig elfedte a másikat. Eleinte olyan heves volt a viszketés érzése, hogy a fapálczika ide-oda mozgatásánál nem éreztem semmit. Később pedig, a mikor a viszketés érzése enyhült, nem tudtam a viszketés érzését a csiklandozásétól élesen megkülönböztetni, mivel a csiklandozás nyomult előtérbe.

Az olyan kisérletek, a melyeket olyan egyéneken hajtunk végre, a kiknek nincs elég intelligentiájuk a bennünket foglalkoztató kérdés megértésére és a kiknek viszkető bőrbaja oly helyen van, a mely csiklandozás számára kevésbé érzékeny, (pl. a háton), ezen kérdés eldöntésénél nem értékesithetők. Ilyen esetekben zavaros vagy túlzott, sőt hazug feleletet is kapunk, vagy azon lehetőségnek vagyunk kitéve, hogy a feleletet suggeráljuk. Egy intelligens munkástól (betüszedőtől) azonban elfogadható feleleteket kaptam. Ennek viszkető eczemája volt az alkarján és a midőn a viszkető bőrhelyet egy fapálczika ide oda mozgatásával izgattam, azt mondotta, hogy a viszketés érzésén kivül olyan érzése is van, mintha egy kicsi rovar futkosna a bőrén. Arra a kérdésemre, hogy az utóbbi érzés hasonlit-e a csiklandozáshoz, a melyet ugyanezen kisérlet által tenyerén idéztem elő, igennel felelt, mig ugyanakkor azt állitotta, hogy az eredeti, az eczema által okozott viszketés érzése egész más jellegü, hasonló ahhoz, „mintha valami rovar csípte volna meg“. Egy másik munkás (asztalos), a kinek viszkető eczema perinei-je volt s a kinek gáttájékán fapálczikát mozgattam idestova, mialatt ott az eczema által okozott viszketés volt jelen, ép oly határozottsággal állitotta, hogy most ezen a helyen a viszketéstől különböző csiklandozást érez. Mindezek szerint a csiklandozás és viszketés egymástól különböző érzések.

Az eddig elmondottak után nem szorul bővebb bizonyitásra, hogy a csiklandozás érzése a tapintási végkészülékek igen enyhe erőmüvi ingerlése által jön létre. Hogyha már most pontosabban kutatjuk azt, hogy a viszketés érzése milyen körülmények között támad, arra a következtetésre jutunk, hogy ez az érzés valamiféle viszonyban van a fájdalom érzésével.

Igen gyakran észlelhetjük ugyanis, hogy nagyfokú művi bőrlobok, a melyek fájdalmat okoznak, későbbi stadiumban, a mikor már az objective megállapitható bőrelváltozás enyhül, a fájdalom helyett viszketést okoznak. Viszont arra az észlelésre is nyilik alkalom, hogy felületes bőrelváltozások, a melyek fejlődésük koraibb stadiumában vagy csekélyebb intensitás mellett viszketéssel járnak, előrehaladottabb fokozaton, illetőleg nagyobb intensitás mellett fájdalmat okoznak. Így pl. a felületes, kicsiny acnegöbcsék viszketést szoktak okozni, ha pedig megnőnek és kiterjedtebb mértékben genyednek el, fájdalmasakká válnak. Mohr Mihály dr. barátom, a ki egy ideig folliculitisekben és furunculosisban szenvedett és a kit a viszketés és fájdalom között fennálló imént vázolt viszonyra figyelmessé tettem, azt észlelte önmagán, hogy kisebb, abortive elmúló, el nem genyedő folliculitisek mindig viszketést okoztak, az elgenyedők pedig fájdalmakat, úgy hogy minden egyes góczról előre megmondhatta, hogy genyedni készül-e vagy nem. Egy meglobosodott haemorrhoidalis csomókban szenvedő betegem önként, minden megkérdezés nélkül kijelentette, hogy az izgalmi tünetek visszafejlődésekor a fájdalmat viszketés váltja fel Magamon is észleltem, hogy orrbejáratomnak egy nátha alkalmával keletkezett fájdalmas berepedése a gyógyuláskor viszketett. Ezekkel az észleletekkel megegyezik az a népies tapasztalat, hogy „viszket a seb, mert gyógyul“. Azaz: a seb gyógyulásánál az objectiv kóros elváltozások múlásával a fájdalmat a viszketés érzése váltja fel.

Ezekből és ezekhez hasonló klinikai tapasztalatokból az a következtetés vonható le, hogy a viszketés és a fájdalom érzése valamiféle viszonyban van egymással, nevezetesen pedig az, hogy ugyanazok az idegek, a melyek a bőrnek bizonyos gyuladást okozó ingerek által történt nagyobb fokú bántalmazása esetén a fájdalom érzését váltják ki, a bőrnek kisebb fokú bántalmazásakor a viszketés érzését hozzák létre. A viszketés lényegének *egyik eleme* tehát abban áll, hogy kisebb fokú izgalmi állapot van jelen a bőr felületes rétegeinek azon idegeiben, a melyeknek erősebb izgatása vagy bántalmazása a fájdalom érzését okozza.

Ez a következtetés azonban nem vonható le teljes biztossággal. Mert az előadott tényeknek még egy másik, bár kevésbé valószinü magyarázata is lehetséges, az t. i., hogy a viszketés és a fájdalom érzése nem ugyanazokon az idegeken jön létre, hanem hogy a viszketésnek csekélyebb intensitású érzése egyszerüen elfedetik a más idegek által kiváltott erősebb intensitású fájdalom érzése által és hogy azonnal feltünik ismét, a mint elmult a fájdalom. Az utóbbi felfogás szerint a viszketés érzése ép úgy mint a csiklandozásé a tapintási idegkészülékeken jöhetne létre, és a más idegkészülékek által kiváltott fájdalomérzés által csupán elfedetnék.

Ennélfogva más bizonyítékot kellett keresnem azon felvétel támogatására, hogy a viszketést és a fájdalom érzését ugyanazon idegek és nem a tapintási idegek váltják ki. Az egyik út, a mely ezen tétel bizonyítására mintegy önként lászott kinálkozni, rövid meggondolás után hasznavehetetlennek mutatkozott. Ugyanis már a priori is kilátástalannak látszott az a törekvés, hogy gyengített intensitású, fájdalmat okozó ingerek alkalmazásával bőrviszketést idézzünk elő. Mert azt semmiképen sem lehetett felvennünk, hogy a viszketést egyszerüen gyengített fájdalmi ingerek behatása által lehessen létrehozni. A fájdalmi ingerek legkisebb intensitásának a bőr felületesebb rétegeire való alkalmazása mellett ez esetben mindenkor a viszketés érzésének kellene támadnia és a bőr felületesebb rétegeiben fokozatosan növekvő fájdalomérzésnek viszketéssel kellene kezdődnie, elmúlásakor pedig mindenkor viszketéssel végződnie. Ennek pedig ellentmond a mindennapos tapasztalat. A bőr felületesebb rétegeiben elhelyezett, a fájdalmat közvetítő idegek csekélyebb fokú ingerületén kivül, a mely felvételünk értelmében a viszketés érzésének *egyik elemét* teszi, még más, ez idő szerint ismeretlen momentumoknak kell tehát a viszketés érzésének keletkezésében szerepelniök. Ilyen körülmények között pedig a fentebb említett irányban mozgó kisérletek semmi eredményt nem igérhettek.

Módomban volt azonban az úgynevezett viszketőporral (Juckpulver) bárkinek bőrén viszketést előidézni. De mivel ilyenkor a börnek mindenféle idegkészülékei kerülhettek ingerületi állapotba, ezekből a kisérletekből nem lehetett következtetéseket levonni. Ahhoz, hogy értékesíthető adatokra tehessünk szert, az lett volna szükséges, hogy a börnek különböző czélokat szolgáló idegkészülékeit egymástól elszigetelten izgassuk a viszketőporral. Ilynemü kisérletek kivitelének lehetőségére Schein Móricz dr. barátom figyelmeztetett. Ő és Sarbó Arthur dr. segédkezett is a végrehajtásuknál. Ezeket a vizsgálatokat olyan eseteken végeztük, a melyekben a bőrérzéseknek oly irányban való dissociatioja volt jelen, hogy a tapintás és hőérzés megvolt, ellenben a fájdalomérzés elveszett. A vizsgálat tárgya a syringomyeliának egy és a leprának két esete volt. Egy harmadik lepra-esetet Philippson palermoi tanár vizsgált meg, a kinek eredményeinket tudtul adtam, s a ki a mieinkkel megegyező vizsgálati eredményekhez jutott. Végre kétszer megvizsgáltuk a Schleich-féle infiltrationval a fájdalom iránt érzéketlenné tett bőrt, a melyen tudvalevően a tapintás érzése még fennáll. A kisérleteket oly módon hajtottuk végre, hogy a börnek oly helyeire, a melyeken a fájdalom érzése teljesen eltünt volt, a melyeken tüszúrások, bár vérzést idéztek elő, fájdalmat nem okoztak, de a melyeken a tapintás és hőérzés még változatlanul jelen volt vagy csupán kis mértékben csökkent, a viszketőport alkalmaztuk. A míg már most ugyanezen egyéneknek más, fájdalmat érző börhelyein a por alkalmazására mindenkor élénk viszketés keletkezett, addig az analget kus helyeken sem viszketés, sem egyáltalán semmiféle érzés nem jött létre.

Ezek a kisérletek experimentális bizonyítékai azon, már 1899-ben kifejtett nézetemnek, hogy ugyanazok a felületes börrétegekben elhelyezett idegek, a melyek a fájdalom érzését közvetítik, kiváltják a viszketés érzését is. De melyek ezek az idegek?

Frey szerint az epidermisben elhelyezett szabad idegfonalak szolgálják a „fájdalom érzék"-ét (Schmerzsinn) és alkotják ennek az idegvégkészülékeit. Én is hiszem, hogy ezek a szabad intraepidermoidális idegrostok fájdalmat közvetítenek. De nem hiszem sem azt, hogy a szó szoros értelmében véve „érzékszervek" et alkotnának, sem azt, hogy fel volnánk jogosítva azon felvételre, hogy a fájdalom számára külön olyan érzékkel rendelkezünk, mint a minővel rendelkezünk a fény, a hang, a szag, az íz, az érintés és a súly számára. Ezeket az intraepitheliális idegrostokat különböző (erőműví, hő, vegyi, elektromos) ingerek egyaránt ingerületbe hozzák, nincs külön adaequat ingerük és ép oly kevéssé van sajátlagos szerkezetük, a mi különben az összes érzékszerveket jellemzi, hijjával vannak tehát mindazon tulajdonságoknak, a melyek az érzékszervek jellemző functioját végző idegvégkészülékek sajátságait teszik. S ép úgy nem lehet külön érzéklésnek, külön e czélra szánt idegek normális functiojának tekintenünk a fájdalom érzését sem, már csak azért sem, mivel a fájdalmat mindenféle érzőideg kiválthatja. Ha tehát el is ismerjük, hogy a börnek szabad intraepitheliális idegvégződései fájdalmat közvetítenek, ebből még nem következik, hogy ezek csakis a fájdalom számára berendezett külön idegvégkészülékek, sem pedig az, hogy a fájdalomérzés ezen idegrostok normális functioja.

De bármint álljon ez a dolog, annyi bizonyosnak látszik, hogy ezeknek a szabad intraepitheliális idegrostoknak kell tulajdonítanunk a viszketés érzésének közvetítését. Ezen felvételt a következő tapasztalatok támogatják. Ismeretes, hogy mélyebb rétegekben, a böralatti kötőszövetben és az irha mélyében elhelyezett bőrelváltozások nem okoznak viszketést. Csupán a bőr felületesebb rétegeiben lokalizálódó folyamatok idézik ezt elő. Némely esetekben, pl. a viszketéssel járó úgynevezett májfoltoknál az irhában semmiféle elváltozás nincs jelen. Más esetekben nem mutatható ugyan ki az epidermisen anatomiai elváltozás, csupán a bőr szemölcsös rétegének van kóros elváltozása jelen, pl. a csalánfoltnál, vagy a sárgaságnál, de az utóbbi esetekben is felvehető, hogy a viszketést okozó inger a szemölcsös rétegből bejuthatott a hámrétegbe. Felvételünk egy további támaszát a következő kisérlet szolgáltatja: ha viszkető port hintünk egy a hámrétegtől megfosztott börterületre pl. egy granuláló sebre, nem jön létre viszketés. A viszketés e szerint a bőr magasabb rétegében, vagyis a hámrétegben keletkezik. Ugyanez az értelme azon tapasztalatnak, hogy gyógyuló sebeknél, a melyek a sebszél felől hámosodnak, a viszketés a szélső részletekben jelentkezik. Ugyanezt bizonyítja a következő észleletem is: Lichen planus corneus egy esetében, a mely kínzó viszketéssel járt és a mely évek óta makacsul ellenállt különböző kezeléseknek, éles kanállal lekapartam a megvastagodott bört. Egyes góczokat ezenfelül a galvanocauterrel is égettem. Erre megszünt a viszketés, de újból visszatért, a mint ismét behámosodtak az illető helyek. Ebben az esetben tehát joggal következtethettem, hogy a viszketés érzése a hámrétegben keletkezik.

További bizonyítéka ennek a felvételnek a következő tapasztalat. Intraepitheliális szabad idegvégződések eddig — a szaruhártya kivételével — csupán a következő helyen találtattak: az epidermisben, a lágy szájpadláson, a conjuctiva bulbin, a makkon, a clitorison, a száj, orr és gége nyálkahártyáján, a garat a bárzsing és vagina nyálkahártyáján. De ugyanezeken a helyeken érezzük — a szaruhártya és a bárzsing kivételével — a viszketést is. Közelfekvő tehát az a felvétel, hogy a viszketés érzése az intraepitheliális szabad idegvégződéseken váltatik ki.

Az előadottakból két következtetés vonható le: először, hogy a viszketés érzése ugyanazon idegkészülékek kisebb fokú ingerülete révén jön létre, a melyeknek erősebb ingerülete a fájdalom érzését hozza létre, és hogy ezek az idegkészülékek nem azonosak a börnek tapintási és hőbeli idegvégkészülékeivel, másodszor: hogy a viszketés érzését valószinüleg a börnek intraepitheliális szabad idegrostjai közvetítik.

De ahhoz, hogy az előbbi következtetést teljesen bebizonyítottnak tekintsem, még egy kiegészítő kisérletre volna szükség. Ugyanis a viszketőporral eddig csupán olyan eseteket volt alkalmunk megvizsgálni, a melyekben a fájdalom érzése elveszett, de a tapintás érzése megmaradt volt. Ezeknél a viszketés érzése nem jött létre. Ezen kisérleti eredménynek azon értelemben való felhasználása ellen, hogy a viszketés- és fájdalomérzés között a vázolt viszony áll fenn, azt lehetne felhozni, hogy a viszketés kevert érzés, a melynek létrejöttéhez úgy a fájdalmat, mint a tapintást közvetítő idegkészülékek functioképessége szükséges. Bármelyiknek elveszése esetén megszünik a viszketésnek érzése.

Ezen érvelés megdöntésére tehát még egy kisérletre volna szükség. Oly esetet kellene megvizsgálnunk, a melyben a tapintási érzés elveszett, de a fájdalomérzés még megvan. Ha ilyen esetben a viszketés létrejönne, a mint hogy hiszem, hogy létrejön, akkor a viszketésre vonatkozó nézetem ezen ellenérvvel szemben is minden kétséget kizárólag fennállhatna. Az ilyen kóresetek szerfelett ritkák, de előfordulnak. A rendelkezésemre álló betéganyagon alig van reményem, hogy ily kóresettel találkozzam. Azzal a kéréssel fordulok tehát az idegorvostani szakosztály tisztelt tagjaihoz, hogy a mennyiben ilyen esetet észlelnének, rajta az általam vázolt kisérletet végrehajtani méltóztassanak.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János, egyetemi ny. rk. tanár.)

A neutrophil vérkép elváltozása a kanyaró lappangási időszakában.[1]

Irták: *Flesch Ármin* dr. és *Schossberger Sándor* dr., kórházi segédorvosok.

A budapesti kir. Orvosegyesület 1905. márczius 11. i ülésén[2] beszámoltunk azon vizsgálati eredményeinkről, a melyeket fertőző betegségeknél a neutrophil vérkép elváltozásaira nézve nyertünk. Egyik legfontosabb vizsgálati eredményünknek azt jeleztük, hogy a neutrophil vérkép sajátos elváltozása a kanyarónál már a lappangási időszakban észlelhető. Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy az 1, 2, 3, 4, 5 és többmagvú neutrophil fehérvérsejteknek egymáshoz való aránya (neutrophil vérkép) már ilyenkor jellegzetes módon úgy változik meg, hogy míg rendes viszonyok között vizsgálataink szerint körülbelül 36% az egy-, körülbelül 45% a két-, körülbelül 15% a három- és körülbelül 3% a négymagvúak száma, most az egymagvúak túlsúlyra jutnak a többmagvúak rovására. Más szóval: a vérkép balra tolódik. Hogy a neutrophil vérképnek ez az elváltozása a legkülönbözőbb fertőző betegségek viruló stadiumában előfordul, azt ugyanazon alkalommal részletesebben kifejtettük. Utaltunk arra is, hogy a vérkép ezen elváltozásának fokában az egyes fertőző betegségeknek megfelelőleg jelentékeny különbségek nyilvánulnak.

Ugyanakkor megemlékeztünk arról, hogy vizsgált skarlátbetegeink egy részén az észlelés folyamán szövődményes kanyaró támadt. Három ilyen esetről számoltunk be. Az elsőnél a kanyaró a vörheny negyedik hetének végén, a másodiknál a negyedik hét közepén, a harmadiknál pedig a második hét végén keletkezett. Ez esetekben azt tapasztaltuk, hogy az addig a vörhenyes fertőzés következtében csak mérsékelt fokban elváltozott vérkép a szövődményes kanyaró jelentkezése előtt 6, illetve 8 és 11 nappal jelentékenyebb elváltozást mutatott, a mennyiben a vérkép erősen balra tolódott. Valószínűnek tartottuk, hogy harmadik esetünkben is ugyanazt figyelhettük volna meg, ha az utolsó vérvizsgálat és a kanyaró jelentkezése között nem telt volna el tíz nap, s így nem lett volna a vérvizsgálat épen a kanyaró lappangási időszaka alatt hiányos. A neutrophil vérkép elváltozása tehát oly időre esett, a midőn egyetlen klinikai tünet sem utalt arra, hogy a szervezetben kanyarós fertőzés lappang.

Minthogy azonban a kanyaró lappangási időszakára vonatkozó vérvizsgálatokat oly gyermekeken végeztük, a kik más fertőző betegségben szenvedtek, s a neutrophil vérkép ezért már bizonyos fokú elváltozásnak volt alávetve, a kanyarós fertőzésnek tulajdonítható vérelváltozás nagyságát pontosan nem itélhettük meg.

Fontosnak tartottuk ennélfogva, hogy a kanyarós fertőzés hatását a neutrophil vérképre e betegség lappangási időszakában oly gyermekeken figyelhessük meg, a kik az észlelés ideje alatt más fertőző, illetve a neutrophil vérképet befolyásoló betegségben nem szenvedtek. S erre alkalmunk nyilt az 1905. év utolsó két hónapjában. A Stefánia-gyermekkórház belorvostani osztályára ugyanis typhus abdominalis tüneteivel került egy gyermek, a kin a felvételtől számított ötödik napon kanyaró jelentkezett, minden biztonság szerint a felvétel előtt körülbelül tíz nappal történt fertőzés következtében. A lefolyás és bonczolat igazolta a vegyes fertőzést. Régi tapasztalás, hogy ilyen esetekben a kanyaró rendkivül ragályozó, úgy hogy a beteg környezetében azok közül, kik kanyaróban még nem szenvedtek, pontos és lehetőleg korai elkülönítés mellett is úgyszólván egy sem kerüli el a fertőzést. Tudva ezt, azon gyermekeknél, a kiknek a szüleik állítása szerint kanyarójuk még nem volt, rendszeres vérvizsgálatokat végeztünk. Ilyen eset volt három. Közülük kettő csakugyan megbetegedett kanyaróban, egy elkerülte a fertőzést. Ezenkivül három gyermeknél egyébként nem magyarázható láz keltette fel a gyanúnkat abban az irányban, hogy a szülők talán tévesen informáltak, és ez időtől kezdve ezeknél is végeztünk vérvizsgálatokat. Ezek közül kettőn két nap mulva Koplik-féle foltok jelentek meg, melyekhez később morbillis exanthema csatlakozott, a harmadiknál négy nap mulva Koplik-féle foltok és exanthema nélkül ugyancsak kanyarós kiütés jelentkezett.

Vizsgálatainkat csupán a neutrophil vérképre terjesztettük ki, a fehérvérsejtek számára tekintettel nem voltunk. A tárgylemez-készítményeket részben alkohol-aether aa keverékében fixáltuk s haematoxylin-eosinnal festettük, részben előzetes fixálás nélkül a *Jenner* féle festékkel kezeltük. A sejtek osztályozásánál *Arneth* táblázatát vettük alapul, azon eltéréssel, hogy a többmagvúak alosztályait az előbbi munkánkban részletezett okoknál fogva figyelmen kivül hagytuk. Minden egyéb tekintetben ugyanaz maradt a vizsgálati eljárásunk.

Az alábbiakban közöljük ezen öt esetre vonatkozó vizsgálati eredményeinket, az első kettőnél csupán a másodnapos eredményeket tüntetve fel:

1. eset. T. Mátyás. 2½ éves. Deczember 3. Koplik foltok.

Vizsgálat napja	1		2	3	4 magvú
	K[1]	M[2]			
November 22.	3	29	51	15	2
„ 24.	9	37	41	12	1
„ 27.	13	50	28	8	1
„ 29.	24	42	22	12	—
Deczember 1.	17	55	19	9	—
„ 3.	26	54	18	2	—

2. eset. K. Lujza. 3. éves. Deczember 2. Koplik-foltok.

Vizsgálat napja	1		2	3	4 magvú
	K	M			
November 22.	11	27	36	22	4
„ 24.	18	53	23	6	—
„ 27.	23	46	26	5	—
„ 29.	23	48	25	3	1
Deczember 1.	37	48	12	3	—

Név. Vizsgálat napja	1		2	3 magvú
	K	M		
3. eset. A. Ilona. 2 éves. 2 nap mulva Koplik	26	55	17	2
4 eset. K. Julia. 6 éves. Exanthema előtt 4 nappal	27	33	36	4
Ugyanaz. Exanthema előtt 2 nappal	27	43	27	3
5. eset. H. Margit. 10 hónapos. 2 nap mulva Koplik	23	62	10	5

1. és 2. sz. esetünk a vizsgálat elején a rendes állapotnak teljesen megfelelő neutrophil vérképet mutatott; a vizsgálatok további folyamán mindinkább kevesbednek a többmagvúak és növekszik az egymagvúak száma, úgy hogy az 1. sz. esetben 6, a 2. sz.-ban nyolcz nappal a Koplik-foltok megjelenése előtt kifejezetten jelentkezik a vérkép nagyobb fokú balra tolódása. Fokozódik az egymagvúak megszaporodása azon mértékben, minél közelebb esik a további vizsgálat időpontja a prodromális tünetek megjelenéséhez. Többi három esetünkben már a vizsgálat idején, tehát két nappal a Koplik-foltok előtt, illetve 4. sz. esetünkben négy nappal az exanthema kezdete előtt, a neutrophil vérképnek jelentékeny jellegzetes elváltozása észlelhető.

Ezen vizsgálatainkkal tehát kétségtelen módon megerősítettük előbbi munkánkban kifejezett nézetünket, a melyet ott a zavaró körülmények miatt nem támogattak oly praegnans leletek. Bebizonyítottnak véljük tehát ezek után, hogy *a neutrophil vérkép a kanyarónak már lappangási időszakában is jellegzetesen elváltozik, több nappal a prodromalis tünetek jelentkezése előtt, tehát oly időben, midőn a kanyaró bekövetkezése az eddig rendelkezésünkre álló klinikai vizsgáló módszerek egyikével sem sejthető még.* Felesleges különösebben hangsúlyoznunk, hogy ezen vizsgálati eredményünknek nem annyira a magángyakorlatra nézve van értéke,

[1] Minden jog fenntartva.
[2] Magyar Orvosi Archivum, VI. kötet, 4. füzet.

[1] K = kevéssé bemélyedt magvú sejt.
[2] M = mély bevágású maggal ellátott sejt.

hol a lappangási idő pontos észlelése csak igen kivételesen válhatik szükségessé, mint inkább olyan esetekre nézve, midőn csoportosan elhelyezett gyermekek közt, tehát árvaházakban, menedékhelyeken, kórházakban, stb. kanyarós fertőzés esetén minél korábbi elkülönítés kívánatos. Természetes, hogy a positiv lelet csakis abban az esetben értékesíthető, ha a környezetben valamelyik gyermeknek kétségtelenül volt röviddel az előtt kanyarója, és ha a vérelváltozást mutató gyermekre nézve a hasonló elvál tozással járó egyéb kórfolyamatok (typhus, varicella, rubeola, stb) biztosan kizárhatók.

E megszorítások mellett bizvást mondhatjuk, hogy eredményünk bizonyító értékben felülmulja a lappangási időszakra vonatkozó többi észleletet, s e mellett a vérvizsgálat — intézeti laboratoriumot véve fel — nem bonyolultabb a többi vizsgálati eljárásnál. A kanyaró lappangási időszakában észlelt jelenségek sorában mindenekelőtt felemlítendő *Meunier* észlelete, ki *Hutinel* klinikáján azt tapasztalta, hogy ilyenkor a gyermeken szabályszerűen emésztési zavarral meg nem magyarázható több száz grammnyi súlyveszteségét észlelünk, továbbá a *Combe*-é, ki szerint a kanyaróra jellegzetes leukopeniát leukocytosis előzi meg. Ezekhez sorolhatjuk különböző szerzőknek *(Baginsky, Bókay, Fischl, Heubner* stb.*)* azt az észleletét, hogy a lappangási időszakban gyakran egyébként meg nem magyarázható lázas mozgalmak jelentkeznek. Ezt az észleletet különben eseteinkre nézve mi is megerősíthetjük.

A neutrophil vérkép vizsgálatával tehát elérhetjük, hogy a betegek már a lappangási időszakban, napokkal az általános hurutos tünetek előtt elkülöníthetők. Tudjuk, hogy a kanyaró ragályozóképessége igen nagy már a prodromális stadiumban, a midőn a könykészülék, az orr és légutak váladéka a kórokozó csirát nagy mértékben terjeszti. Ha ilyenkor távolítjuk el a betegtől a könnyezetét, már elkéstünk a prophylaxissal. Remélhető ép ezért, hogy ha a gyanús gyermeket már a lappangási időszakban izoláljuk, sokkal több eredményt érünk el. Hogy ezen reményünk mennyire valósul, azt későbbi tapasztalatok fogják mutatni. Kétségtelen azonban, hogy a kérdés ezen tisztán gyakorlati oldalán kívül elméleti szempontból is érdekes.

TÁRCZA.

Az orvos és az alkoholkérdés.

Irta: *Donath Gyula* dr. magántanár, a szt. István-közkórház idegosztályának vezető orvosa.

(Vége.)

Teljesen azonosak a viszonyok *az izomműködésnél*: nagyon rövid fokozódás után annál hosszabb tartamú a működés csökkenése! „Épen az a munkás" mondja Kräpelin, „ki életfenntartását kezei erejének köszöni, ezt legalaposabban az alkoholélvezettel pusztítja el."

Felette érdekesek azon tapasztalatok, melyeket a mult évszázad számos hadjáratában tettek. I. Napoleon hadjárataiban, az angolok krimi és a kafferek elleni háborúiban, az amerikai secessiós háborúban, az aschanti hadjáratban, a nagy indiai felkelés alatt, az Arabi pascha elleni hadjáratban, a hollandok németalföldi Keletindiában folytatott harczaiban, a franczia gyarmatháborúiban Sudanban, Tonkinban és Indo-Chinában kivétel nélkül azt tapasztalták, hogy azok a csapatok, melyek semmiféle szeszes italt nem kaptak, harczképesebbek voltak, a viszontagságokat jobban tűrték, az időjárás zordsága ellenére egészségesebbek maradtak, sőt a malariával és napszúrással szemben is ellentállóbbak voltak, mint azok, melyek, bár csekély mennyiségben, alkoholt használtak. Erre vonatkozólag csak azt a drastikus tényt akarom említeni, hogy a legutóbbi Sudan-hadjáratban *Sir Herbert Kitchener* főparancsnok *Wolseley* tapasztalatait értékesítve, a szeszes italok élvezetét teljesen betiltotta és a csapatokkal küldött sört visszaszállíttatta, a mely rendszabály fényesen bevált. *Gallieni* franczia tábornok a gyarmatháborukban szerzett tapasztalatairól azt irja *Legrain*-nek, kit nekünk is szerencsénk volt a congressuson üdvözölhetni, hogy „*még a rossz ivóvíz is többet ér bármely szeszes italnál*".[1] Anglia hires sebésze és VII. Edward angol király orvosa, *Sir Frederick Treves* minap egy londoni mértékletességi társulatban azt mondotta, hogy az utolsó búr háborúban tanuja volt annak, hogy ezredében legelőször azok dőltek ki, a kik, habár mértékletesen is, alkohollal éltek. Az alkohol élvezetét teljesen összeegyezhetetlennek tartja a sebész működésével és egyáltalában minden oly működéssel, mely kézi ügyességet és gyors s helyes itéletet igényel. Beszédét így végzi: „Életem legnagyobb részét sebészettel töltöttem, de *Sir James Paget*-tel elmondhatom, hogy ha valaha remegve fogtam a mütéthez, ez csakis akkor volt, ha alkoholistát kellett operálnom".

Északamerika Egyesült-Államai, Francziaország, Belgium, Poroszország, Svédország és Anglia katonaságánál a pálinka helyébe a kávé és tea lépett.

Ha tehát a csapatok harczképessége oly nagy mértékben függ a szeszes italoktól való teljes tartózkodástól, nem kell-e a katonákat már béke idején is ily szellemben nevelni és nem kell-e a katonaorvosoknak jó példával elől menni? Midőn az 1877/78.-i orosz török háborúban Kasanlik utczáin orosz tiszteket és katonákat részegen láttam feküdni, világos volt előttem, hogy túlhatalmuk mellett is miért tudtak oly nehezen győzni a sokkal rosszabbul kiképzett, felszerelt és ellátott, de józan török katonán és hogy a fegyverszünet megkötése után miért estek oly nagy számban a typhus és dystenteria áldozatául. Az alkoholismusban láttam egyik okát annak is, hogy az orosz hadsereget a Japán elleni háborúban, a melyben egy legalább is egyenértékü, de mértékletességéről ismeretes ellenséggel állott szemben, melynek menetképessége Európában a legnagyobb csodálatot keltette, vereség vereség után érte.

Hasonló eredményekre jutottak a hadi és kereskedelmi tengerészetnél és az északi sarkexpeditióknál. *Weyprecht* és *Payer* az 1872/74 évi osztrák-magyar északsarki expeditionál azt tapasztalták, hogy a dalmát tengerészek, a kik minden szeszes italt konokul visszautasítottak, jobban tűrték a hideget és viszontagságokat, mint az észak lakói, kik az alkoholt nélkülözhetetlennek hitték.

Valamennyi utazónak és szakértőnek egybehangzó itélete az, hogy a teljes abstinentia az egyedüli szere a forró égaljhoz való acclimatisationak és a teljes munkaképesség fenntartásának; *Georg Kolb* szerint „*a sör, bor és pálinka élvezete sokkal veszélyesebb, a mint az összes bacillusok és plasmodiumok*".

Ismeretes, hogy hegyi kalauzok és hegymászók fárasztó touráknál teljesen tartózkodnak szeszes italoktól, csak czukrozott kávét vagy teát isznak, legfeljebb szükség esetére gyógyszer gyanánt visznek magukkal kevés cognacot. Hasonlóképen a kerékpározóknak, evezősöknek és úszóknak is a trainezés és versenyzés alatt minden szeszes italt kerülniök kell; a svájczi czéllövők még ha különben mérsékelt ivók is, 2—3 héttel a czéllövészeti ünnepély előtt tartózkodnak a szeszes italoktól, hogy lehető legnagyobb czélbiztosságra tegyenek szert.

A mi saját viszonyainkat e téren illeti, vezető állásban levő úgy közös hadseregbeli, mint honvédorvosokhoz azon kérdéssel fordultam, vajjon a szeszes italokra nézve minő tapasztalatokkal birnak a katonai gyakorlatoknál, különösen nagy meneteléseknél, hadgyakorlatoknál és czéllövésnél, és igen érdekes anyagot gyüjtöttem.[2] Azonkivül a különböző sportegyesületekhez is fordultam ebbeli tapasztalataikra vonatkozólag trainingeknél és versenyeknél. Nagyjában ők is hangsúlyozzák az alkoholmegszorítás, illetőleg a teljes tartózkodás előnyeit. A bő anyag ismertetését más alkalomra szánom.

Amerikai és angol gyárosok és vállalkozók szintén tettek kisérleteket munkásaikon, a mennyiben az egyik csoportnak huzamosabb időn át naponta mérsékelt adag alkoholt nyujtottak, míg a másik ugyanoly nagy csoportnak nem. Az eredmény állandóan az volt, hogy az abstinens csoport jelentékenyen többet végzett. Ugyanez volt az eset, midőn a két csoport szerepet váltott.

[1] *Hoppe*: i. h. 102. és 110. oldal.

[2] Köszönettel tartozom *Klumák Adolf, Myrdacz Pál, Tóth Gyula* és *Nagy Albert* főtörzsorvosoknak, valamint a „Budapesti Lovasegylet", „Budapesti Atlétikai Klub", „Duna", „Condor", „Fővárosi Sportkör 1897", „Budapesti (Budai) Tornaegylet" és „Magyarországi Tornaegyletek Szövetsége" igen tisztelt Elnökségeinek.

Angol vasművek eltiltják munkásaikat a szeszes italoktól, mivel úgy találták, hogy ily módon jobban viselik el a meleget. Az amerikai vasúttársaságok alkalmazásoknál előnyben részesítik az abstinenseket és szigorúan eltiltják személyzetüket az alkoholtól, a mi által nemcsak fokozzák munkaképességüket, hanem számos balesetnek is elejét veszik.

Azon betegségek közül, melyek az alkoholismussal szoros kapcsolatban vannak, első helyen említendő *a tuberculosis*. A mult század közepe táján, midőn a gyáripar hatalmas fellendülésével, a közlekedési viszonyok fejlődésével és a kisipar egyidejü hanyatlásával a munkás helyzete rosszabbodott, és még azon olcsó vidéki bor is, melyet azelőtt ott helyben ittak meg, piaczra került, hamarosan fellendült a spiritus-gyártás is és vele egyidejüleg terjedt el, annakelőtte ismeretlen módon az alkoholismus. Vele párhuzamosan mindinkább nagyobb mérveket öltött a tuberculosis, és az amerikai, angol és franczia tuberculosisstatistikák *(Bell, Tatham, Lavarenne, Baudran, H. Mackenzie* és *Th. Oliver* és mások) kétségtelen módon kimutatták az alkoholismusnak előmozdító hatását a tuberculosisra. Különösen Franczia országra nézve bizonyították be, hogy a leginkább alkoholizált területek mutatják többnyire a legnagyobb tuberculosishalandóságot, a mint egyáltalában Franczia országban, mely az összes országok közül leginkább szenved az alkoholismustól, egyszersmind legborzasztóbban dühöng a tuberculosis is. Legborzasztóbbul áll a dolog a különben jól fizetett párisi munkások közt, a kikről *Imbault*[1] mondja: „L'ouvrier parisien est alcoolique avant de devenir tuberculeux . . . . il boit surtout; il mange à peine, il mange mal, et met ainsi son organisme en état de moindre résistance". *Friedrich*[2] kollegánk érdemes statistikájából csak nemrég tudtuk meg, hogy a budapesti kerületi betegsegélyzőpénztár munkásainál a tuberculosist előidéző káros behatások között az alkohol 11%-kal szerepel és hogy a százalékos arány a férfiaknál, mint erősebben ivó nemnél, 7-szer oly nagy mint a nőknél.

A gazdag ausztráliai mezőgazdák *Crivelli*[3] szerint sokat élnek ugyan a szabadban, de egyszersmind sokat isznak és azért gyakran pusztulnak el phthisisben; ugyanez áll *Brunon* szerint Normandia gazdag parasztjairól. Hát még a szegényebb néposztályban mennyire előmozdíthatja az alkohol a gümőkórt, a korcsmai élet, a dohányzás és azon bő alkalmak által, melyek meghülések következtében hurutokhoz vezetnek, valamint azon tömérdek pénz eltékozlása révén, melyet különben a lakás és táplálkozás javítására és így a tüdővész veszélyeinek csökkentésére fordíthatnának. Az alkohol árt az emésztörendszernek és pedig első sorban a gyomornak, az ismeretes „iszákosok catarrhusát" okozván, árt továbbá a légzörendszernek, a szívnek és általában lefokozza a szervezet ellenállóképességét a különféle fertőzésekkel szemben. Köztudomású, hogy az iszákosok mennyire hajlamosak a tüdőgyuladásra, mily könnyen fertőződnek cholerával és mily gyorsan esnek ezek áldozatául. Csak később jöttek a bakteriologiai állatvizsgálatok, melyek kiderítették, hogy alkoholizált állatok mennyivel könnyebben fertőzhetők a legkülönfélébb bakteriumfajtákkal (lépfene-, tuberculosis-bacillus, Friedländer-féle pneumonia-bacillus, diphtheria-bacillus vagy diphtheriatoxin stb.), hogy immunisatio nálunk nehezen vagy épenséggel nem fejlődik ki és hogy minő gyorsan pusztulnak el. Az idetartozó legkorábbi kisérletek *R. Koch* és *Doyen* nevéhez fűződnek, kiknek sikerült *cholerával szemben* nem fogékony állatoknál egyszeri nagyobb alkoholadag után cholerainfectiót létesíteni.

Ha tehát meggondoljuk, hogy minő nagy pusztításokat végez hazánkban a tuberculosis, nem kell-e annak leghatalmasabb szövetségese, az alkoholismus ellen, oktatva és példát adva, a küzdelem terére lépnünk?

Bármennyire is magával hozná e kérdés, hogy szóljak az idegrendszernek alkoholokozta megbetegedéseiről, az agyhártyáknak és agyállománynak ittasságokozta lobjairól és vérzéseiről, az alkohollal való chronikus visszaélésnek hatásáról, mely alkoholos neuritis, amblyopia, epilepsia, delirium tremens, heveny hallucinatoricus zavarodottság, alkoholos elmezavar és paralysis progressiva, dipsomania, Korsakow-psychosis, alkoholintolerantia, kóros ittassági állapot stb. alakjában nyilatkozik, mégis tartózkodnom kell ettől, nehogy túllépjem előadásom keretét. Ellenben nem akarom elmulasztani annak rövid megemlítését, a mit *Generšich*[1] tanár mondott a szokásos alkoholélvezetnek *arteriosclerosist* előidéző hatásáról: „Előadásom tárgyát — úgymond — nem a mértéktelen, túlságos ivásból eredt heveny vagy idült szeszmérgezés káros hatása képezi, hanem arra akarok reámutatni, hogy a szeszes ital szokásos, bár nem mértéktelen, mégis szükség feletti élvezete is az ember egészségére nézve hátrányos, hogy a szeszes ital szokásos élvezete az emberi szervezetben oly elváltozásokat hoz létre, melyek az egyén munkaerejét, ellenállóképességét rontják, időelőtti vénülését okozzák és korai sírba viszik."

Hogy túlnyomó részét a *venereás megbetegedéseknek*, beleértve a syphilist is, úgy férfiak mint nők az alhohol hatása alatt, és pedig úgynevezett „becsípett" állapotban szerzik, azt *Forel*[2] mutatta ki.

Igen érdekes adatokkal szolgálnak a nagy angol abstinens és nem abstinens betegsegélyző pénztárak tagjaik betegségidejét illetőleg. A 18.-tól a 70. évig az élet minden szakában a nem abstinensek több mint 3 szor annyi megbetegedésidőt tüntetnek fel, mint az abstinensek és e miatt a nem abstinenseknek évente több mint kétszeres tagsági díjat kell fizetniök.[3]

Ezen fontos tényállásra felhivnám a munkásbetegsegélyzőpénztárak figyelmét is. A tagsági díj leszállítása, illetve a táppénz emelése abstinensek számára, esetleg a nem abstinensek járulékainak rovására, igazságos és méltányos intézkedés volna, mely egyúttal erős rugója lenne az abstinens mozgalomnak a munkások között. A betegsegélyző pénztárak ezáltal úgy saját érdekeiket szolgálnák, mint egyszersmind a munkásság javát is hatalmasan előmozditanák.

Ha tehát a munkás abstinentiája által keresetképességét emeli és életét meghosszabbítja vagy, helyesebben mondva, meg nem rövidíti, — az iszákosság vészthozó következményeitől a családi békére és az utódok egészségére, valamint hatásától a balesetek és büntettek számainak fokozására itt el akarunk tekinteni — vajjon nem kell-e, hogy a pénztári orvos, a munkás tanácsadója és barátja jó példával járjon elől?

Az abstinentia helyességének legfontosabb bizonyítékát az életbiztosító társaságok szolgáltatják, melyek mindenféle elvlovaglásoktól és humanus velleitásoktól menten, tisztán pénzbeli érdekeiktől vezettetik magukat. Az angol életbiztosító társaságok legnagyobbikát, az „United Kingdom Temperance and General Provident Institution"-t 1840-ben alapították kizárólag totalabstinensek számára, de 1847-ben egy másik, külön osztályt is állítottak fel a nagy közönség számára, a melyből csak a notorius iszákosokat zárták ki. *Az abstinens osztály haláleseteinek száma az 1866—1902 közötti években 20·28%-kal mögötte maradt a számításba vett halálozásnak, míg a mérsékelt ivóké csak 4.2%-kal volt várakozáson aluli. 1000 biztosított abstinens közül 590-ért el 65 éves életkort, 1000 mérsékelt ivó közül csak 453 (tehát 23·2%-kal kevesebb). Az alkoholos italt élvezők valószinü életkora az abstinensek élettartamának csak 80—82%-át teszi.* (Hoppe, i. h. 265. o.) Ennek megfelőleg az angol és skót életbiztosító társaságok az abstinenseknek 10%-nyi engedményt nyujtanak az évi befizetésekre és a mellett jó üzletet csinálnak. Nem csoda tehát, ha svájczi, német-alföldi és német biztosító társaságok ezen példát máris követték.

Tekintettel ezen tényekre, melyek csak egy részét tüntetik fel az alkohol káros hatásainak, nem érthetetlen-e, hogy a szegény- és jótékonysági intézetek még mindig szeszes italt nyujtanak az élelmezéshez, ámbár az iszákosság egyik főoka a szegénységnek? Hogy továbbá elme- és ideggyógyintézetekben még mindig szerepelnek alkoholikumok mint élvezeti czikkek? Hogy még a legnagyobb kórházakban is, hol a lehető legjobb ellátásban és orvosi kezelésben kell részesiteni a szegény beteget, hogy

[1] *Imbault*, Fréquence de la tuberculose chez les alcooliques. Thèse de Paris 1901.

[2] *Friedrich V.* A gümőkórt előidéző okok Budapest város lakossága között. A budapesti kir. orvosegyesület 1905. november 11.-i ülése.

[3] *Triboulet, Mathieu* és *Mignot* i. h. 272. o.

[1] *Generšich A.* A szeszes italok habituális élvezete folytán bekövetkező változások az ütőerekben és a szivben. A magyar orvosok és természetvizsgálók 1899.-i vándorgyülése Szabadkán.

[2] *Forel*: Alkohol und venerische Krankheiten. Ber. über den 8. internat. Kongr. gegen den Alkoh. Leipzig u. Wien, 902.

[3] *Hoppe*: i. h. 492. o.

munkaképességét mihamarább visszanyerje vagy hogy legalább sorsát tehetségünkhöz képest lehetőleg megkönnyítsük, szokásos ivót nevelnek a betegből, a ki a kórházból való távozása után pénzét inkább italokra fordítja mint a legszükségesebbre? Hogy továbbá az alkohol még mindig nem tünt el a gyermekgyakorlatból? Nyomatékosan hangsúlyozom azonban, hogy nem az alkohol mint gyógyszer ellen szólok; ha az bármely okból orvosilag szigorúan javalt, akkor használjuk, de csak pontosan adagolva, mint gyógyszert; én csak az alkoholnak élvezeti vagy úgynevezett erősítő czikk gyanánt való használata ellen fordulok. Adhatjuk az alkoholt nagyfokú emésztési gyengeségnél vagy elesettségnél múló izgató hatása miatt, hogy a szervezetet a legnagyobb veszélyen túlvigyük, de ne adjuk huzamosan[1], a mint hogy aethert vagy chloroformot sem adunk rendszeresen és pedig mérgező hatásuk miatt, noha ezek is fejlesztenek caloriákat. Ha tótjaink között és Keleti-Poroszországban erősen elterjedt az aetherivás, azért azt senki sem fogja ártalmatlannak tekinteni. Mindenesetre szükebbre vonható az alkoholnak ez idő szerinti indicatiós köre. Hiszen még a szívre való hatása is kétes, sőt *Wenhardt*[2] e helyen tartott előadásában kifejtette, hogy az alkoholnak a szívre egyáltalában nincs stimuláló hatása, az érmozgató központokat pedig bénítja. A szívgyengeség ellen sokkal megbizhatóbb szerek állanak rendelkezésünkre a digitalisban, a coffein-, camphorolaj- és strychnininjectiókban, puerperális láznál pedig a számos kiváló gyógyszeres és hydrotherapeutikus antipyreticumban és az álmatlanság ellen a különféle hypnoticumokban és egyéb physikális eszközökben. Amerikában, Angliában és Svájczban csakugyan vannak kórházak, melyekből számüzve van az alkohol és én is teljesen alkoholmentessé tettem a szt. István-korház idegosztályát, mióta annak vezetését átvettem.

A mi a nemzetgazdasági aggodalmakat illeti a szeszgyártás, a bor- és sörtermelés jövője tekintetében, válaszom a következő: a spiritusból bizonyára egy hektoliterrel sem kell majd kevesebbet gyártani, mivel folyton fokozódó alkalmazása a fütés, a világitás és a motorius erőfejlesztés czéljaira nagy piaczot nyit neki.

A mi szőlőinket illeti, nem kell nekünk új Domitianustól félnünk, a ki a szőlőtőkéket és gyümölcsfákat a földből kitépi, hanem vagy elfogyasztják a szőlőt, vagy erjesztetlen bort készítenek belőle, mire az eljárások egész sora szolgál, a minő a pasteurizálás, a kifagyasztás, a bepárlás, a czukrosítás, továbbá antiseptikus alkotórészek hozzáadása. Svájczban és Francziaországban már gyártanak alkoholmentes borokat és pezsgőket. Kitünő alkoholmentes pezsgő, bor és sör már nálunk is készül. A mi pedig a sörfőzőket illeti, fektessenek súlyt alkoholmentes gyártmányokra is, ha pedig ezzel és az eddig elért nyereséggel nem érnék be, akkor tudomásukra kell hozni, hogy a nép egészsége előbbrevaló, hogy az idők folyamán számos hasznos, tisztességes iparágnak el kellett tünnie a termelések újabb alakjai miatt. És végre az sincs kizárva, hogy az állam őket esetleg kárpótolja.

Az inyet csiklandó, ártalmatlan italok gyanánt tekintetbe jönnek a különböző gyümölcsnedvek; a kávé és tea pedig, mint izgató, de nem bénitó ital, természetesen csak mérsékelten használva, megmaradhat jogaiban. Azonban a kávé és tea sem való a gyermekeknek és a serdülő ifjúságnak, valamint oly felnőtteknek sem, kik nem jól türik. Ezek számára alkalmasak a pótszerek, a minő az ártalmatlan és izletes malátakávé.

Tisztelt Orvosegyesület! Szükségünk van egy abstinens orvosi karra, a minő külföldön már van, és pedig első sorban ivó-menhelyeink számára, melyek ugyan még nem léteznek, de melyeknek életbe léptetése legközelebb várható, továbbá a mi elme- és gyógyintézeteink számára, a tüdővész-sanatoriumok, a szembetegek, a hadsereg, tengerészet, a munkásbetegsegélyző pénztárak és az iskola számára. A ki azonban, mint orvos, hajlamait követve, csak a mértékletesség hívének vallja magát, az a tudomány által megállapitott igazságok és a nagy fontosságú tapasztalatok iránti tiszteletét akképen róhatja le, hogy nem viselkedik barátságtalanul az abstinens mozgalommal szemben. Szívleljük meg t. Elnökünk, *Bókay Árpád* tanár lelkes szózatát, melyet Orvosegyesületünk ez idei megnyitó beszédében hangoztatott: „Az alkoholellenes harczban mindenütt az orvosok a vezetők, a kir. Orvosegyesület tagjainak is ki kell venniök részüket e nehéz feladatból, e falak közül kell felráznunk orvostársadalmunkat eddigi közönyéből.“

Végül engedjék meg, hogy még egyszer visszatérjek a British Medical Association lefolyt évi gyülésére, melyen „az alkoholismus viszonya a nép élettartamához“ czimü előadásban[1] a discussio folyamán felemlitették, hogy az alkohol a szegénység és betegség egyik fontos okozója, hogy a párisi kórházakban a halál leggyakoribb oka a tüdővész és az alkoholismus, és hogy, mint *C. R. Drysdale* mondja, *az orvosok igen nagy szolgálatot tennének az emberiségnek azzal, ha maguk is teljesen tartózkodnának a szeszes italok élvezetétől.*

Ezen szózat a nagy, gazdag Angliából szól, melynek népessége, ha proletariussá lett, kivándorolhat saját hatalmas, az egész földkerekségen elszórt gyarmataiba. Vajjon szabad-e nekünk magyar orvosoknak, sokkal kisszerübb és szükebb viszonyaink mellett, elszegényedett népünknek rengeteg kivándorlását látva, tartózkodnunk az abstinens mozgalomtól? Az én meggyőződésem s talán a tagtársak legnagyobb részének is meggyőződése, hogy *nem.*

Összefoglaló szemle.

Közlemény a k. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., ny. r. tanár.)

A paratyphuskérdés mai állása.

Irta: *Benczúr Gyula* dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

A bakterium paratyphi élénken mozgó, alakra a bakterium colihoz hasonló pálczika, mely Gram szerint nem festődik, testhőmérsékénél legjobban tenyészthető. Tenyésztési viszonyai úgy a bakterium typhiétől mint a coliétől némileg eltérnek. Két alfajának tenyésztési viszonyai sem egyeznek, mint azt már *Schottmüller* észlelte, *Brion* és *Kayser* pedig részletesen tanulmányozta. Az újabb vizsgálatok eredményei az e kutatók által találtakkal a legtöbb tekintetben egyeznek, úgy hogy a paratyphusbacillus culturális viszonyairól mai nap egységes képünk van. *Kutscher* és *Meinecke*, kik a paratyphuskérdést legújabban pontos és kiterjedt tanulmány tárgyává tették, egyszersmind a rokon bakterium enteritis és az egértyphus-bacillus tenyésztési viszonyait is tanulmányozták és azon nagy hasonlatosságra figyelmeztetnek, mely emezek és a paratyphus pálczikája közt fennáll.

A bacillus paratyphi buillonon és agaron való tenyészete legfeljebb annyiban mutat eltérést a typhusétől és coliétől, hogy a bacillus paratyphi B agaron néha bujábban fejlődik, mint amazok.

Gelatinán a bacillus paratyphi A kerek, szürke, csaknem színtelen telepeket képez. A bacillus paratyphi B fehéres, vastagabb, nyálkás, kimagasló *(Schottmüller, Kayser, Conradi, Drigalski, Jürgens)*, mások szerint *(Trautmann, Bonhoff, Kutscher* és *Meinecke)* laposabb, typhushoz hasonló felrakódásképen nő. A gelatinán kitenyészett telepek érszerü felületes barázdálódása hiányzik. Gelatinaszúrásban nem nő széltében, mint a bakterium typhi és coli.

Bugonyán a bacillus paratyphi A láthatatlanul fejlődik, mint a bacillus typhi, a bacillus paratyphi B vastag, barnás lepedéket alkot, mint a bakterium coli.

A tejet a bacillusparatyphi B sohasem alvasztja; hetek mulva a tej e bacillus által felvilágosodik és alkalikussá válik. A bakterium paratyphi A épen úgy mint a bakterium typhi nincs befolyással a tejre.

[1] *Otto Neubauer* (Über die Wirkung des Alkohols auf die Ausscheidung der Acetonkörper, Münchener med. Wochenschr. 1906, 17. sz.) vizsgálatai alapján mérsékelt mennyiségű bort ajánl — a mint ezt *Kux, v. Noorden* és nálunk *Benedict H.* is tették — a *súlyos diabetikus acidosis* ellen, tehát ott, hol nemcsak a szénhydratok, hanem a zsirok bevitelét is korlátoznunk kell. Feltétel itt, hogy contraindicatiók, pl. veselob, ne legyenek jelen.

[2] *Wenhardt J.* „Az alkohol a therapiában“. A budapesti kir. Orvosegyesület 1902. április 12.-én tartott ülése.

[1] *T. N. Kelynack*, Alcoholism in relation to national vitality. Brit. med. Association, 73. annual meeting. Brit. med. Journ. szeptember 16. 1905.

A bakterium paratyphi indolt nem képez.

A lakmusos tejsavót a paratyphus mindkét félesége eleinte megsavanyítja, A-tól savi marad, B által a második héten alkalivá válik.

A szőlőczukrot úgy a bakterium paratyphi A, mint B erjeszti, tehát szőlőczukros talajon gázt fejleszt. A Rothberger féle neutralszőlőczukros agaron a paratyphusbacillusok 24 óra alatt gázképződésen kivül erős fluorescentiát is idéznek elő, miáltal számos velük rokon bacillusfajtól megkülönböztethetők. *Schottelius* kiemeli, hogy a *Rohlberger*-féle neutralszőlőczukros bouillont a bakterium paratyphi B, épen úgy mint a bakterium coli, elszintelenîti, gázt fejleszt rajta és fluorescentiát idéz elő, a bacillus paratyphi A kevesebb szénsavat fejleszt, kisebb fokú elszintelenítést okoz, a typhus bacillusa pedig gázt nem fejleszt, fluorescentiát és elszintelenítést nem idéz elő. E táptalaj tehát igen alkalmas a typhus és paratyphus megkülönböztetésére.

A colitól jól különböztethető meg a *Basikow*-féle szőlőczukros és tejczukrosnutrose táptalajokon, a mennyiben mindkét paratyphusfaj, valamint a typhus a szőlőczukros oldatot 24 óra alatt megalvasztja és pirosra festi, míg a coli nem, ellenben a tejczukoroldatot, melyet a coli alvaszt és megfest, amazok nem változtatják.

A Conradi-Drigalski-féle táptalajon kék telepeket alkot.

A paratyphus bacillusai tehát a bacillus typhitől leginkább az erjesztési próba, a tejjel és lakmusos tejsavóval szemben való viselkedésük által különböztethetők meg. A colitól szintén a tejre való hatásuk, valamint az különbözteti meg, hogy indolt nem képeznek.

A kétféle paratyphusbacillus burgonyán való tenyésztése eltérést mutat, a tejjel, tejsavóval szemben különbözőképen viselkednek, a gelatinán eltérő telepeket alkotnak. Egészben a bacillus paratyphi A sokkal finomabb felrakódásokat képez, mint a bacillus paratyphi B.

A bacillus paratyphi B culturális viszonyai egészben jobban hasonlítanak a bakterium coliéhoz, a bacillus paratyphi A-éi pedig az Eberth-féle bacillus tenyészeti viszonyaihoz. A bakterium enteritis *Gärtner* és az egértyphus-pálczika culturái *Kutscher* és *Meinecke* szerint annyira hasonlítanak a bacillus paratyphi B-éhez, hogy ez alapon ettől egyáltalán nem különíthetők el.

Gyakorlati szempontból még fontosabbak az agglutinatiós viszonyok. Az eddig ismert paratyphusesetekben a diagnosist kevésbé a bakterium culturái alapján, mint azon körülményből kifolyólag állították fel, hogy a betegek véréből vagy székéből kitenyésztett pálczikák ugyanazon beteg vérseruma hatása alatt gyorsabban és nagyobb higításban agglutinálódtak, mint a typhusbacillusok. A paratyphus agglutinatiós viszonyai az egyes szerzők adatai alapján igen különbözők. Némelyek épen ezért tagadják az agglutinatiós kisérlet diagnostikai értékét. Az adatok különbözőségének főoka az együttagglutinálás. Tudvalevően egy specifikus kórokozó által fertőzött egyén vérsavója nemcsak az illető mikroorganismusra, hanem vele rokon bakteriumokra is bir némi hatással. Igy a typhusbeteg vérsavója a paratyphusra és a paratyphusos beteg vérsavója a typhusbacillusra kisebb higításban szintén agglutinálólag hat. E körülmény igen gyakran a kevert infectio gyanúját kelti és közöltek eseteket, melyekben csak a *Castellani*-felé kisérlet döntötte el, hogy egyszerü vagy pedig kevert fertőzés volt-e jelen. A kisérlet abból áll, hogy kisérleti állatot a beteg véréből kitenyésztett bacillusokkal inficiálva, majd ezen állat vérsavójának agglutináló hatását vizsgálva, ezt azzal a bakteriummal telitjük, melyről biztosan tudjuk, hogy a beteg vérében foglaltatik. Ha egyszerü infectioval van dolgunk, a kisérleti állat vérsavója ilyenkor semmiféle bacillusra nincs többé agglutináló hatással, míg ha kevert fertőzéssel állunk szemben, a beteg véréből kitenyésztett többi bacillusra való hatása továbbra is fennáll. Az együttagglutináláson kivül a Widal-féle próba különböző kivitelének tulajdonítható az adatok eltérő volta.

Schottmüller 4 betegének seruma, mely a beteg véréből kitenyésztett paratyphus B bacillusra 1 : 100 aluli higításban agglutinálólag hatott, a bacillus typhire nem birt befolyással, szintúgy két oly betege seruma, kiknek véréből bacillus paratyphi A tenyészett ki. Bacillus typhire negativ eredményt adott a Widal-féle reactio *Kurth*, *Brion* és *Kayser*, valamint *Erne* esetében is. A *Feyer* és *Kayser* által leirt paratyphusjárvány alkalmával a betegek seruma 1 : 60—100 higításban az Eberth-féle bacillust is agglutinálta.

Hünermann 19 esetében a paratyphusbacillusok tömörülése már 1 : 1000—2000 higításban, a typhuspálczikáé csak 1 : 30—40 higításban következett be.

Sion és *Negel* 6 esetében a betegek seruma úgy a bakterium typhire, mint a vérből kitenyésztett bakteriumra 1 : 80 higításban birt agglutináló hatással, azonban a talált bakteriummal oltott kisérleti állatok vérseruma e bacillust 8-szorta erősebb higításban tömörítette, mint az Eberth-Gaffky-félét.

Körte egyik esetében a Widal-féle reactio typhusra 1 : 300, majd 1 : 600, később 1 : 1000, ellenben egyidejüleg a beteg véréből tenyészett bacillusra 1 : 10,000, 1 : 40,000, 1 : 7000 higításban volt positiv.

Schottelius 10 bakteriologice paratyphus B-nek bizonyult esetében a betegek vérseruma e bacillust 4 szerte nagyobb higításban agglutinálta, mint a typhust, a paratyphus A-t vagy a colit. A mellett az agglutinatio a bacillus paratyphi B-nél sokkal gyorsabban következett be, mikroskopice több pálczika csomósodását mutatta, mint a többi rokon bacillusoknál.

Jürgens, ki typhusbetegek serumának hatását Eberth-féle és paratyphusbacillusokra vizsgálta, 4 esetben azt találta, hogy a betegek seruma nagyobb higításban agglutinálta a paratyphus pálczikáját, mint a typhusét. Hasonlóképen *Drigalski* 257 agglutinatiós kisérlete közül typhusbeteg vérsavója 24 esetben egyforma higításban hatott a bacillus typhire és bacillus paratyphire, sőt 26 esetben utóbbi még nagyobb higításban agglutinált, mint az Eberth-Gaffky-féle bacillus. *Rolly* és *Grünberg* a Gruber-Widal-féle reactio specifikus értékét kereken tagadják. Szerintük ugyanis a typhusbetegek vérsavója a typhusbacillussal rokon pálczikákat csak úgy agglutinálja, mint a typhus kórokozóját. Az általuk vizsgált esetekben a typhusserum a paratyphusbacillust 70%-ban agglutinálta, még pedig 35%-ban erősebb higításban mint az Eberth-félét. A colit ugyanezen serumok 55%-ban tömörítették, a bakterium enteritis Gärtnert sokszor 22·5%-ban, erősebb higítás mellett mint a typhust.

Ezen adatokkal szemben állanak *Zupnik* és *Posner*, *Körte* és *Steinberg* kisérleti eredményei. Előbbiek 64, utóbbiak 46 esetében a typhusos beteg seruma bacillus typhire mindig erősebb agglutináló hatással birt, mint a bacillus paratyphire. Hasonló eredményekre jutott *Manteufel* is, ki 85 erre vonatkozó kisérletet végzett. *Brion* és *Kayser* szerint typhusbeteg seruma 10%-ban bacillus paratyphit A-t, 8%-ban bacillus paratyphi B-t is agglutinál.

Az agglitinatiós kisérletek eredményei tehát igen eltérők. Valószinü, hogy e különbözőség oka nagyrészt a kisérlet különböző végrehajtása. Igy *Drigalski-Conradi* csak 1 : 50—100 közti higításban figyelte meg pontosan az egyes bakteriumfajok tömörülését, de nem határozta meg azon legnagyobb titert, mely mellett az agglutinatio még bekövetkezett. Ugyanők csak makroskopice itélték meg az agglutinatio beálltát, a górcsövi vizsgálatot pedig feleslegesnek tartották. Az ily vizsgálati módszert *Körte-Steinberg*gel és *Manteufel*-lel együtt nem tarthatjuk mérv adónak. Ha azt akarjuk, hogy a Widal-féle reactio diagnostikai értékkel birjon, egyrészt mindig górcsövileg is meg kell határoznunk, mikor állott be a bakteriumok tömörülése, másrészt meg kell állapitanunk ama legmagasabb titert, mely mellett az agglutinatio még bekövetkezik. Ha meghatározzuk, hogy a serum melyik mikroorganismust tömöríti a legnagyobb higításban, igen kevés kivétellel meg fogjuk találni a valódi kórokozót. Mindenesetre fontos volna valamennyi esetben, melyben a Widal-próba typhusra positiv, a serumnak paratyphusra való hatását is vizsgálni, mert csak ezáltal dönthetjük el, vajjon typhussal vagy paratyphussal állunk-e szemben, a betegség prognosisára pedig ez nem közömbös.

Kolle vizsgálódásai szerint a paratyphusban szenvedő vérseruma a bacillus paratyphit mindig könnyen agglutinálja s nem fordul elő, hogy valamelyik paraty phuscultura bacillusai a serum hatása alatt ne agglutinálódnának, mint a hogy typhuspálczikánál megesik. A *Kutscher* és *Meinecke* által vizsgált virulens és kevésbé virulens culturák egyformán könnyen agglutinálódtak. A typhusserummal szemben is egyformán viselkedtek az egyes paratyphustörzsök: 1 : 100 higításban erősen, 1 : 200-ban gyengén tömörültek, 1 : 500 higításon túl agglutinatio sohasem következett be.

A kétféle paratyphus agglutinatiós viszonyai egymástól lényegesen eltérnek. A paratyphus B által fertözött egyén vérsavója a bacillus paratyphi A-t csak úgy agglutinálja, mint a többi typhus-coli-csoportba tartozó pálczikát. *Schottmüller* csak egy esetben észlelte, hogy a paratyphus B-ben szenvedő vérseruma bacillus paratyphi A-ra hatással birt; egy esetben pedig a fordítottját tapasztalta. A typhusserum hatása a kétféle paratyphusbacillusra szintén különböző. *Körte* 5 esetében a typhusbeteg savója a bacillus paratyphi B-t agglutinálta, A-t nem, 2 esetben A-ra volt hatással, de B-re nem, 8 typhusserum úgy a bacillus paratyphi A-t, mint a B-t tömörítette. Typhussal oltott tengerinyúl seruma bacillus paratyphi B-t agglutinálta, A-t nem, viszont A immunseruma sohasem agglutinálta lényegesen sem a bacillus paratyphi B-t, sem az Eberth-féle bacillust. Hasonlóképen *Rolly* és *Günter* kisérleteiben is különbözőképen viselkedett a kétféle paratyphus-pálczika; úgyszintén *Kutscher* és *Meinecke* szerint is a két pálczika egymás serumától csak kis mértékben befolyásoltatik.

A mi a paratyphussal rokon egértyphus és enteritis bacillusokat illeti, az utóbb emlitett kutatók vizsgálatai szerint az egértyphusbacillust a paratyphus B seruma titerje legmagasabb határáig agglutinálja, az egértyphusserum a bakterium paratyphi B-t néha ép oly mértékben tömöríti, mint az egértyphus kórokozóját, néha azonban csak kisebb mértékben. Paratyphus A serumával szemben az egértyphusbacillus úgy viselkedett, mint a paratyphus B. A bakterium enteritis Gärtnernek két csoportját különböztették meg. Az egyiknek agglutinatiós viszonyai azonosak a bakterium paratyphi B-évél, a másik csoport pálczikáira a paratyphus B, az egértyphus és az első csoport savója csak kis mértékben birt befolyással.

Porcilli szerint az általa vizsgált bakterium enteritis Gärtnert a paratyphusserum alig, a typhust csak kis mértékben agglutinálta, az enteritis-bakteriummal oltott állatok seruma pedig a bacillust typhit és bacillus paratyphit alig tömörítette, úgy hogy Porcilli e bakteriumot határozottan külön fajnak tartja.

Jensen 22 paratyphus-culturával végzett kisérlet alapján azon meggyőződésére jut, hogy a bacillus paratyphi B teljesen azonos az enteritis-bakteriummal, *Trautmann* pedig egyenesen azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy a húsmérgezés acut, a paratyphus pedig chronikus lefolyása egy aetiologice egységes betegségnek. Legvalószinübb, hogy mint *Kutscher* és *Meinecke* felveszi, az enteritisnek két csoportját kell megkülönböztetnünk, melyek közül az egyik a bacillus paratyphi B-től nem különíthető el, a másik töle lényegesen különbözik.

E tapasztalatokkal egyeznek e szerzők immunitási kisérletei is. Tengerimalaczot subcutan előbb elhalt, majd élő paratyphus B bacillussal oltva, ezen állatok a bacillus paratyphi B halálos adagjának 100—1000-szeresét kibirták, egyszersmind pedig az egértyphussal és az enteritis első csoportjával szemben is immunná lettek, ellenben a bakterium colival és az enteritis bakterium másik csoportjával szemben nem mutattak immunitást. A bakteriolyticus kisérletek hasonlókép a bacillus paratyphi B, az egértyphus és az enteritis első csoportjának összetartozósága mellett bizonyitanak.

A bacillus paratyphi B virulentiája igen nagy. Tengerimalaczok és fehér egerek intraperitonealisan oltva 0·001—0·00001 kacsnyi mennyiségtől elpusztulnak. Subcutan oltva ez állatok septi caemiás tünetek közt mennek tönkre A házinyúl s a patkány kevésbé érzékeny. Nagyobb állatokat subcutan nem sikerül inficiálni; per os fertözve csak fiatal állatok betegszenek meg múlékonyan. Az enteritis-bacillus első csoportja állatokba oltva ép úgy viselkedik, mint a bacillus paratyphi B.

A paratyphusbacillusnak a rokon bacillusokkal való összetartozóságát vizsgálva tehát az összes bakteriologiai módszereket figyelembe kell venni. Az egértyphustól és az enteritis egyik csoportjától néha nem különböztethető meg, a typhus kórokozójától ellenben úgy tenyészeti, mint agglutinatiós és activ immunitási viszonyai alapján elkülöníthető. Gyakorlati szempontból a tenyészetek és az agglutinatiós viszonyok a legtöbb esetben elegendök, hogy felvilágositsanak, melyik mikroorganismussal van dolgunk.

Fejtegetéseink tehát abban összegezhetök, hogy a paratyphus bacillusai két egymástól bakteriologice lényegesen különböző mikroorganismusra oszthatók. A két bacillus a typhus-coli csoportba tartozik és a kettő között áll. Bakteriologice a paratyphus B bacillusnak igen közeli rokona az egértyphus- és az enteritis-pálczikának egyik csoportja. A bacillus paratyphi A jobban hasonlít az Eberth-Gaffky-féle bacillushoz, mint a bacillus paratyphi B. Ezen két bacillus a typhuspálczika által okozott betegséggel klinice teljesen egyező megbetegedést idézhet elő, mely rendszerint enyhe lefolyású és a hasi hagymáztól a kórtünetek alapján nem különböztethető meg.

A paratyphus példája arra figyelmeztet, hogy a klinice egységes betegségek nem vezethetök vissza mindenkor egységes aetiologiai alapra, mint a hogy ezt az utolsó évtizedekben annyira szerették hangoztatni.

Irodalom. *Achard* et *Bensaude:* Infections paratyphoidiques. Gaz. méd. des Hop. de Paris 1896. Nr. 27. — *Schottmüller:* Über eine das Bild des Typhus bietende Erkrankung. Deutsche med. Wochenschr. 1900. Nr. 32. — *Schottmüller:* Weitere Mitteilungen über mehrere das Bild des Typhus bietende Krankheitsfälle. Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XXXVI. — *Brion* und *Kayser:* Über eine Erkrankung mit dem Befunde typhusähnlicher Bakterien im Blute. Münchner med. Wochenschr. 1902. Nr. 1. — *Conradi, Drigalski, Jürgens:* Über eine unter dem Bilde des Typhus verlaufende, durch einen besondern Erreger bedingte Epidemie. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectkr. Bd. XL. — *Jochmann:* Allgemeininfection des Blutes mit Paratyphusbacillen bei einem Scharlachkinde. Centralblatt für Bakt. 1903. Bd. 33. Ref. — *Iuksch:* Beitrag zur path. Anat. des Paratyphus. Centralblatt für Bakt. 1903. Bd. 34. — *Hünermann:* Zeitschr. für Hyg. und Infkr. Bd. XL. — *Coleman* and *Buxton:* Paratyphoid infections. Amer. journ. of the med. sciences 1902. Juni. — *Johnston:* Paratyphoid fever. Amer. journ. of the med. scienc. 1902. August. — *Hewlet:* Report of a case of paratyphoid fever. Ibid. — *Hume:* Ibid. — *Loucape:* Paracolon infection with autopsy. Ibid. — *Kurth:* Über typhusähnliche, durch einen bisher nicht beschriebenen Bacillus bedingte Erkrankung. Deutsche med. Wochenschr. 1901. Nr. 30—31. — *Kayser:* Über Paratyphus. Deutsche med. Wochenschr. 1903. Nr. 18. — *Feyer* und *Kayser:* Eine Endemie von Paratyphus. Münchner med. Wochenschr. 1902. Nr. 41—42. — *Schmidt:* Zur Kenntniss der Paratyphusbacillosen. Wiener klin. Wochenschr. 1902. Nr. 49. — *Ascoli:* Zur Frage des Paratyphus. Zeitschrift für klin. Medizin. Bd. XLVIII. — *Keith:* Paratyphoid fever. Scot. med. and surgical journ. 1904. May. — *Conradi:* Über Mischinfectionen durch Typhus- und Paratyphusbacillen. Deutsche med. Wochenschr. 1904. Nr. 32. — *Erne:* Ein Fall von Paratyphus. Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 34. — *Bruns* und *Kayser:* Über die Verwertbarkeit des Agglutinationsphänomens. Zeitschr. f. Hyg. u. Infkr. Bd. XLIII. — *Brion:* Der Paratyphus. Deutsche Klinik, Bd. II. — *Zupnik* und *Posner:* Typhus u. Paratyphus. Prager med. Wochenschr. 1903. Nr. 18. — *Kayser:* Das Wachstum der zwischen Bac. typhi und coli stehenden Spaltpilze. Centralblatt f. Bakt. u. Parasitenkunde. Bd. XXXI. — *Kempf:* Zur Biologie des Bact. parat. A. Inaug.-Diss. Strassburg, 1903. — *Gütig:* Leucocyten bei Paratyphus. Prager med. Wochenschrift, 1903. Nr. 18. — *Hoffmann:* Zur Frage des Paratyphus. Hygien. Rundschau, 1902. H. 17. — *Gwyn:* Paratyph. Hosk. Hosp. Bull. 1898. — *Cushing:* Paratyph. Hosk. Hosp. Bull. 1900. — *Sion* und *Negel:* Über eine von einem atypischen Colibacillus veranlasste typhusähnliche Hausepidemie. Centr. f. Bakt. Abt. I. Bd. XXXII. — *Meltzer:* Paratyphus. New. Med. Monatschr. 1901. Dez. — *Körte:* Ein Beitrag zur Kenntniss das Paratyphus. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectkr. Bd. XLIV. — *Kayser:* Bakteriologie des Paratyphus. Centr. f. Bakt. Bd. XXXV. Orig. — *Lembke:* Eine Paratyphusepidemie im Kreise Kreuznach. Zeitschr. f. Medizin. 1905. — *Trautmann:* Wie verhalten sich die klinischen Affectionen bei Fleischvergiftung u. Paratyphus zu einander. Zeitschr. f. Hyg. u. Infkr. 1903. Bd. XLVI. — *Jensen:* Über die Verhältnisse der Paratyphusbacillen. Ugeskrift for Läger, 1904. Nr. 15—16. — *Schottelius:* Bakt. Beobachtungen bei einer Parat.-Epidemie. München. med. Wochenschrift, 1905. Nr. 44. — *Grünberg* und *Rolly:* Beitrag zur Frage der agglutinierenden Eigenschaft des Serums Typhuskranker auf Paratyphus und verwandte Bakterien. Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 3. — *Manteufel:* Erfahrungen mit der Gruber-Widal'schen Reaction bei Berücksichtigung der Mittagglutination von Paratyphusbacillen. Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 28. — *Körte* und *Steinberg:* Über die agglut. Wirkung des Serums von Typhuskranken auf Paratyphus. Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 21. — *Mackie:* Paratyphus. Lancet, 4282. — *Shibayama:* Paratyphus in Japan. Centralbl. f. Bakt. Bd. XXXVIII. — *Poggenpohl:* Diagnose und Verlauf des Paratyphus. Rusk. Wratsch. Nr. 41. — *Brion* und *Kayser:* Neuere klin. und bakt. Erfahrungen bei Typhus und Paratyphus. Deutsche Arch. f. klin. Med. Bd. 85. — *Brion* und *Kayser:* Die nosologische Stellung des Symptomkomplexes Abdominaltyphus. Ibid. — *Kolle:* Über Paratyphus und den Werth der Immunitätsreaction für Erkennung des Paratyphusbacillus. Zeitschr. für Hyg. u. Infkr. Bd. 52, H. 2. — *Kutscher* und *Meinecke:* Vergleichende Untersuchungen über Paratyphus, Enteritis und Mäusetyphusbact. Zeitschrift f. Hyg. u. Infkr. Bd. 52, H. 3. — *Zupnik:* Über verschiedene Arten von Paratyphus und Fleischvergiftungen. Ibid. — *Töpfer* und *Joffé:* Untersuchungen über die Beziehungen von Bacteriziden in vitro und im Thierversuch im Typhus, Paratyphus. Ibid.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Goldscheider: Über naturgemässe Therapie. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. Ára 1 márka.

Az összesen 27 lapra terjedő füzet Goldscheider tanárnak azon előadását tartalmazza, a melyet a berlini belorvostani társulat jubiláris ülésén néhány hét előtt tartott, s a melyben a betegségek természetes gyógyulásfolyamatának ismeretére alapított orvoslásmód jelentőségére hivja fel a figyelmet, érdekes példákkal világítva meg ezen módszer nagy hasznát. Élvezetesen és hasznosan eltöltöttnek fogja mondani bizonyára mindenki azt a fél órát, a melyet e kis dolgozat elolvasására szánt.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A hashártya védőképességéről közöl érdekes adatokat *Cioffi* a Rif. med. 1906. évi 21. és 22. számában. Kisérletei közül különösen a következőket emelhetjük ki. Házinyúl bélcsatornáját az S romanumon selyemfonállal annyira alákötve, hogy a bélsár áthatolása lehetetlenné válik, 15 nyúl közül tiznél 5—6 nap mulva megint akadálytalanul ürül ki a bélsár. Mennél jobban be vág ugyanis a fonal az S romanumba, annál inkább közeledik egymáshoz az alákötés feletti és alatti bélrészletet borító hashártya, míg végre adhaesiv hashártyalob következtében teljesen összeolvadnak. Mire a fonal a bél valamennyi rétegét átvágva belejutott a bél üregébe, a restitutio már oly teljes, hogy a bélsárból semmi sem jut a hasüregbe. Ha házinyúl venájába heterogen, pl. borjúvérsavót fecskendünk, az állat néhány pillanat alatt elpusztul. Ha viszont ugyanannyi borjuvérsavót akár kisebb nyúl hashártyája alá fecskendezünk, azt az állat sokáig túléli, bár később mutatkoznak a heterogen serum által előidézett tünetek. A hashártyának védőszerepét itt főleg akkor fogjuk méltányolni, ha tudjuk, hogy a hashártyának és a gyüjtőérrendszernek a felszívóképessége körülbelül egyforma nagy. Ezekből, valamint többi kisérleteiből, melyek mind a hashártyának antitoxikus és antibakteriumos, leukocytákat felhalmozó és phagocytákat képező hatása mellett szólnak, azt következteti *Cioffi*, hogy a nagy savós hártyák alighanem igen nagy szerepet játszanak az immunitás kérdésében.

Marikovszky.

A vérnek halál után való elváltozásairól ir *Morawitz*. Akárhányszor előfordul, hogy a hullavér nem alszik meg. Vizsgálatai szerint ennek nem az az oka, mintha olyankor a vérben a megalvadást megakadályozó anyagok keletkeztek volna, hanem az, hogy az ilyen hullavérből hiányzik a fibrinogen. A fibrinogen hiánya fibrinolysisre vezethető vissza, a mennyiben ilyenkor autolysis útján úgy a fibrinogen, mint a fibrin elpusztul. Fibrinfermentumot és thrombokinaset is kevesebbet tartalmaz a hullavér, mint az élő emberé, s *Morawitz* szerint egyáltalában úgy látszik, hogy a hullavérben ugyanoly elváltozások állnak be, a milyeneket kisérleti állatok vérében intra vitam phosphormérgezéssel idézhetünk elő. (Hofmeister's Beitr. 1906, 1. és 2. f.)

Marikovszky.

Belorvostan.

Az alkaliáknak és keserűsóknak a gyomornedv elválasztására való befolyásáról kisérleti kutatások alapján számol be *Heinsheimer*. Állatkisérletei eredményét következőkben foglalja össze: 1. Natr. carb. gyenge oldata ép úgy mint erősebb (1—2·5%) határozottan csökkenti a secretiot, mérsékelten az aciditást. 2. Natr. bicarb. 1%-os oldatban kissé csökkenti a gyomornedv mennyiségét és az aciditast. 5%-os oldatban a secretio nagyon és hosszabb időre csökken és az aciditás alább száll. 3. Bismuthum subnitr. 5%-os oldata az aciditást alig csökkenti, ellenben a gyomornedvmennyiséget határozottan. 2·5%-os oldat alig volt befolyással a secretiora 4. Magnesia usta (5%) alig szállítja alá a nedvmennyiséget, kevéssé az aciditast. 5. Calcium carb. (5%) után a várt secretiocsökkentő és savközömbösítő hatás helyett a gyomornedvelválasztás hatalmas emelkedését, a gyomornedvnek nagy mennyiségben hosszú időn át tartó elválasztását látta; egyidejüleg tetemesen növekszik az összaciditás is. Ezt abból magyarázza, hogy a vízben oldhatatlan szénsavas mészből a gyomor sósava CO_2-öt képez bomlás közben, mely mint izgató anyag hat a gyomorsecretiora. Hasonló izgató hatást tulajdonítanak a natr bicarb.-nak is és épen ezért némely szerző ellenjavalja hyperaciditásnál és a gyomoratoniára való hajlamnál, azonban Heinsheimer sohase talált hasonló hatást kisérleteiben. 6. Natr. sulfuricum és magnesium sulfur. 3%-os oldatban a gyomorsecretiót erélyesen csökkenti. Az aciditás ingadozólag viselkedik.

A gyomor fehérjeemésztőképességét illetőleg a natr. mono és bicarb.-nál és a magn. ustánál meg a keserüsóknál határozottan csökkenést tapasztalt, ellenben semmi alászállást a bism. subnitr.-nál. (Medizinische Klinik, 24 sz.) *Szinnyei* dr.

Gyermekorvostan.

A meningitisjárvány terjedéséről a következőket közli *Jehle*, a felsősziléziai fertőzött vidékeken tett vizsgálódásai alapján. A meningitis nem úgy terjed, hogy egyik gyermek fertőzi a másikat, hanem a fertőzés közvetitői mindig az apák, a kik maguk nem betegszenek meg, de orrgarat- és hátsó orrüregükben hordják a reájuk nézve ártalmatlan meningococcust, melyet azután lakásukban köpésükkel és a földre füjt orrnyálkájukkal hintenek szét. Ezt különösen azzal mutathatta ki a szerző, hogy Orlau bányatelepen, a hol a vizsgálatait végezte, a meningitisesetek egymástól igen távoleső lakásokban, de mind olyan családokban fordultak elő, a melyek apái egyugyanazon bányában dolgoztak. Igy a súlyos márcziusi epidemia csak olyan gyermekeket lepett meg, a kiknek apái a Wettiner-bánya munkásai voltak. A bányában a munkások egymást vagy közvetlenül fertőzhetik, vagy közvetve, a mennyiben a bánya melegségével, nedvességével és sötétségével igen jó tenyésztőtalaja a meningococcusnak. Ebből érthető, hogy miért lepik meg a meningitis-járványok különösen a bánya vidékeket. Érthető továbbá az is, hogy miért szoktak a járványok leginkább télen, tavaszszal és az őszi hónapokban jelentkezni, a mikor az emberek inkább szenvednek hurutokban és többet köpködnek. Érthető végül az is, hogy miért nem ér sokat a járvány terjedésének a meggátlására a gyermekek izolálása; ezentúl a fertőzött családokban az apát kell felügyelet alá venni s a közös munkától eltiltani addig, míg kellő kezelés mellett feltehető, hogy nem fertőző többé. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 26. sz. 753. l.)

A görvélykór gyógyitásában *Salge B.* (Drezda) a klimának tulajdonítja a főjelentőséget. Különösen jó hatása van sok alaknál a tengeri klimának; a német tengerek közül csak az északi tenger alkalmas erre, a keleti nem. A gyermekeket nem szabad mindjárt eleitől fogva egész napra kitenni a tengerpart erős levegőjének; lassan kell őket hozzászoktatni s csak 1—2 hét mulva maradhatnak egész nap kint a tengerparton. Halovány, sovány gyermekeknek, a kiken a scrophulosis eretikus alakja áll fenn, a tengeri klima nem tesz jót, ilyeneket erdős, napos vidékekre kell küldeni, ellenben kitünő hatása van a tenger levegőjének a pastosus alaknál. A gyermekek étvágya és színe javul, élénkebbek lesznek, mirigyeik kisebbednek s gümös fekélyeik, csontbajaik határozott javulást tüntetnek fel. A hatás még jobb volna, ha tovább maradhatnának a gyermekek a tengeri fürdőben, mint 6—8 hétig. Nemcsak a nyarat, hanem még a telet is ott kellene tölteniök, de ennek útját állja már az is, hogy a német északtengeri fürdők nincsenek téli kúrákra berendezve. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. julius 2.)

Húgyszervi betegségek.

Fr. Zacco egy háromcsövü húgycsőkanült készitett, a melynek az a czélja, hogy a Janet-féle öblítéseknél a két felső és közös csappal irányítható csövön át akár különböző magasságban elhelyezett, akár pedig kétféle oldatot tartalmazó irrigatorokból felváltva, de a folytonos fel- és lekapcsolás megkerülésével lövelhetjük a folyadékot az urethrába, míg a harmadik külön csappal zárható csövön a vízsugárnak a húgycsőből való kifolyását vagy benne való czélzatos megrekedését biztosithatjuk. (Annal. des malad. des org. génito-urin. 1906. 10. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A meleg égöv alatt oly gyakori funiculitis azon alakjáról értekezik *R. Menocal*, a havanai egyetem sebésztanára, a mely a filaria sanguinus hominis által előidézve lymphatikus ectasiával (scrotum, praeputium, alsó végtag), venosus varicocelével és chylosus hydrocelevel társulva, kifejlődése tetőpontján az ondózsinór toxikus lympho-phlebitisének typikus képét adja. (Annal. des malad. des org. génito urin. 1906. 10. f.) *Drucker Viktor* dr.

Idegkórtan

Szemkrisisek a tabesban. *Haskovec* tabeses betege gyomorkrisisekben szenvedett, exophthalmusa volt, mely a krisisek alatt növekedett, és ugyanakkor bal szeme is fájdalmas volt és erősen könyezett. Hasonló eseteket Pel is közölt. Ezek a jelenségek a sympathiás idegrendszer bántalmazottságának tanui és azért is érdekesek, mert az érlökés száma 84—96 volt perczenként; így szóba kerül az a kérdés, vajjon a Basedow-kór és tabes társultak-e itt. Haskovec ezt nem hiszi, és inkább azon a véleményen van, hogy ez a pseudobasedowkóros tünetcsoport a tabeses folyamathoz tartozik és akkor támad, ha a folyamat az együttérző idegrendszert is hatalmába keríti. Valószinüleg ide tartozik azoknak az eseteknek is egy része, a melyek mint a Basedow-kór és tabes szövődései vannak közölve. Haskovec a mondottakból arra a gondolatra jön, hogy kétféle Basedow-kór van, olyan, a melyben a pajzsmirigy megbetegedése az első és olyan, a melyben az idegrendszer a megbetegedés helye. (Revue neurol., 1906. 8. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

Időszakos sántítás a gerinczvelő megbetegedése következtében is előállhat. *Déjerine* ezt a kóralakot a verőérobliteratioból származó időszakos sántítás mellé állítja és 3 kórtörténetet közöl. Mind a két kóralakban jó a mozgás a pihenés alatt és a járás kezdetén, járáskor kifejlődik a görcsös fájdalomérzés a lábakban és a mozgás lehetetlenné válik. A megkülönböztető kórjelzés czéljára szolgál az a körülmény, hogy a gerinczvelő megbetegedésekor az alsó végtagok verőereinek lüktetése nem szenved és ennek következtében semmi érmozgató zavar (kék szín, hidegség) nem támad, míg arteriitisben ezek a tünetek megvannak. Felemlítendő továbbá, hogy a gerinczvelő megbetegedésekor a patella- és Achilles-inreflexek járás közben fokozottak lesznek, hogy ilyenkor lábclonus és néha Babinski-tünet is fejlődik ki és hogy gyakran hólyag- és genitális zavarok is előállanak.

A gerinczvelői eredetű időszakos sántítás kórjóslata komoly, mert merevgörcsös bénulássá lesz, ha kezelés alá nem kerül. *Ez a kezelés kéneső adásában áll. Déjerine* betegei közül az elsőt meggyógyította, a másodikat jelentősen megjavította, a harmadik eset romlása nem volt megakasztható.

A betegség oka a gerinczvelő egy részében támadó meiopregia, tehát a háti-ágyéki rész egy vagy két oldalon nem kap elég vért. Ennek oka subacut lefolyású arteriitis, mely az ér átméretének szükülésére visz. Nem valószinü, hogy ez az arteriitis a gerinczvelőben ne okozna sclerosist, de ez, tekintve a tünetek időszakos voltát, eleinte csak kisfokú lehet, a mikor pedig nagyobb fokúvá válik, előáll a merevgörcsös bénulás. Ez néha soká késik, egy észlelt esetben csak 5 évvel az első tünetek után fejlődött ki. (Revue neurol. 1906. 8. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az alypin a rhino-laryngologiai gyakorlatban *Finder* szerint, a ki tapasztalatait a berlini egyetem orr- és gégebeteg-poliklinikáján gyüjtötte, rendkivül jó eredménynyel használható és hivatva van a cocaint teljesen kiszorítani. Nagy előnye, hogy sterilizálható, kellemetlen melléktüneteket nem okoz és érzéstelenítő hatása egészen biztosan bekövetkezik. Azok a kellemetlen subjectiv érzések, a melyek a betegek torkában cocain használata után gyakoriak, alypin igénybevétele esetén sokkal ritkábban mutatkoznak. A szerző 20%-os oldatot használ, a melylyel a nyálkahártya egyszer beecsetelendő, mire körülbelül 6—8 perczig tartó érzéstelenség áll be. Submucosus befecskendezés alakjában is használta a szert (1%-os oldatot adrenalinnel kombinálva) s ilyenkor teljesen fájdalmatlanul tudta elvégezni az orrsövény submucosus resectioját Killian szerint. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 5. szám.)

Sebészet.

Hasi műtéteknél a metszések irányáról ir *Heusner*. Természetes, hogy a laparotomiáknál a metszés első sorban attól függ, hogy mily szervet kell operálni, de fontos, hogy a metszés ne legyen hosszabb, mint ép szükséges, mert a metszés nagyságával arányosan növekszik a fertőzés veszedelme és az adhaesiók kiterjedtsége. Törekednünk kell továbbá az idegek megkimélésére. A metszésnek tudvalevően legkedveltebb helye a linea alba, mert ez kevés vérzéssel jár, ideget nem sért, jó betekintést nyujt és szorgos egyesítés esetén jó egyesülésre is vezet. Ámde vérrel való szükös ellátása miatt gyakoriak a linea alba-metszés után a hasfali sérvek, ezért *Lennander* a m. rectus belső szélétől kifelé két cm.-re metsz be és úgy jár el, hogy a hátsó rectushüvely megnyitására az egyenes hasizmot kifelé huzatja. A *Courvoisier*-féle epekőmetszés, a mely a jobb bordaívvel párhuzamosan halad, szintén nem kifogástalan, mert ferdén keresztezi a felső hasidegek lefutását, ezért alkalmasabb a *Mikulicz* féle behatolás, a mely az idegek lefutását jobban tekintetbe veszi. Perityphlitis műtéteknél szokásos a *Mac Burney*-féle metszés, mely az obliquus externus rostjainak lefutásában megy s így az idegeket is kiméli. A vesemütéthez alkalmazásba jövő metszések közül is csak azok ajánlhatók, a melyek a 12. bordánál kezdődve a meredeken lefutó idegek irányát követik. A régebben *Bardenheuer* és *Martin*tól ajánlott harántmetszések, a melyek egyik spinától a másikhoz haladnak, jó betekintést engednek, de egyszersmind elősegítik a hasfali sérvek keletkezését. Felső harántmetszést végez *Heusner* a gyomor. epehólyag, máj, hasnyálmirigy és a colon transvers. mütéteinél, alsó harántmetszést a vékonybelek és a medenczebeli szervek operatioinál s ezeket jobbnak találja, mint a median metszést, mert a heg erősebb; eddig hasfali sérvet ilyen harántmetszés után nem látott. (Münchener med. Wochenschr., 1906. 15. sz.) *Steiner Pál* dr.

A kryptorchismusról értekezik *Schönholzer*, Krönlein tanár klinikájáról. A kryptorchismus embryonális fejlődési rendellenességek következménye, így gyakran a gubernaculum Hunteri csökevényes fejlődésével függ össze, máskor foetális peritonitises folyamatok a here és a hasi zsigerek közt rendellenes összenövéseket okoznak, s ezek gátolják meg a here leszállását. A kryptorchismusnak leginkább a complicatioi okoznak bajt; rendesen a kisérő lágyéksérv miatt fordulnak a betegek a sebészhez. Krönlein klinikáján 42 esetben észlelték a kryptorchismus ezen szövődményét. A lágyékhere gyakran az ondózsinór torsioját vonja maga után; minthogy pedig szövettani vizsgálatokból tudjuk, hogy már 20 órás torsio is nekrosisát okozza a duct. deferensnek, azonnal mütét végzendő. A mütét 13 esetben castratio s a lágyékcsatorna zárása volt Bassini szerint; ez esetekben a here teljesen atrophiás volt. 17 esetben a processus vaginalis eltávolítása után a hasüreget elzárták s a herét a properitoneális szövetbe helyezték. Az eredmény kielégítő volt. Orchidopexiát, t. i. a here fixálását a lágyékcsatornán kivül, csak 3 esetben végeztek, mert ezen mütét alig felel meg czéljának. Az orchidopexia elvetendő, mert 1. gyakran here-neuralgiák állanak be utána, melyek utólagos castratiót tesznek szükségessé; 2. gyakran újból felcsúszik a here a legügyesebb fixálási módszer mellett is; 3. a rendesen rövidebb ondózsinór gyakori vongáltatása folytán a vérerekben thrombosis támadhat s ez a here elhalására vezethet; 4. a ductus deferens nyújtása folytán a csatorna lumene teljesen elzáródhat, a mi a mirigy élettani működését meggátolja. (Beiträge z. klin. Chirurgie, 1906. 49. k.) *Steiner Pál* dr.

Venereás bántalmak.

A gummás orrsyphilisről ir *A. Lieven* (Aachen). A kemény szájpad perforatioja és elroncsolása rendszerint az orrból indul ki. Ennek az az oka, hogy a gummás folyamat legtöbbször az orrsövényen veszi kezdetét és onnan terjed aláfelé. Mihelyt az orr basisán a nekrosis és syphilises szétesés megkezdődött, a kemény szájpad nyálkahártyája hamar tönkremegy. Ezért utóbbinak normális külseje ilyenkor még nem elég a jó prognosis felállítására, mert a perforatio rendszerint nem sokáig késik. A nyálkahártya minősége általában nem tájékoztat ily gummás csontelváltozásoknál. A csont már nagy mértékben tönkremehetett, a

mikor a nyálkahártya fekélyesedése még csak igen jelentéktelennek látszik. Óvatosság az orvos részéről tehát felette ajánlatos. A sequester minőségének megállapításakor minél óvatosabban járjunk el a szondával, mert kellő kiméletesség hiján nagy kárt okozhatunk. Ez a kezelés folyamán is állandóan szem előtt tartandó, mert minél többet tarthatunk meg a nyálkahártyából, annál alkalmasabb lesz ez a perforationak későbbi műtéti gyógyítására. A szerző ezek után két érdekesebb orr-syphilis-esetet ismertet. (Dermatol. Centralblatt, 1906. 8. sz.) *Guszman.*

A leprának jodoformmal való kezelését kisérelte meg *Diesing* (Kamerun). A szerző ezelőtt már 2 esetet, utóbbi időben pedig 3 esetet gyógyított meg ily módon. Az utóbbi esetek közül volt két lepra anaesthetica és egy vegyes alak. A betegek, kiknek gyógyítása több hónapig tartott, már jó idő óta recidivamentesek. A kezelés 30%-os jodoformolajemulsioval történik, a melyből a szerző eleinte 2 cm^3-t később 4—6—8 cm^3-t fecskendez a bőr alá. Az injectiók naponként végeztetnek és mérgezést sohasem okoznak. A leprás jelenségek, főleg erősebb dosisokra, gyorsan eltünnek és később leprabacillusok sem találhatók. Más jodkészítmény vagy a jodoformnak más adagolási módja hatástalannak bizonyult, úgy hogy szerző módszerének bizonyos fajlagos hatást tulajdonít. (Deutsch. mediz. Wochenschft. 1906. 23. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A stomatitis ulceromembranosa gyógyítására a következő eljárást ajánlja *Noguera*. A fogak naponként kétszer kefélendők, utána ismételten érintjük a fekélyes helyeket 33%-os tejsavval. A szájat óránként kell öblíteni a következő oldattal: formol 2·0, kalium chloricum 12·0, víz 1000·0. Gyermekek száját kétóránként kiöblítjük meleg vízzel s a fekélyeket naponként kétszer érintjük tejsavval. Az eseteknek több mint felében egy héten belül állott be a gyógyulás. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 16. szám.)

A tüdővészesek éjjeli izzadása ellen ajánlott újabb szerek közül az eumydrint és a guacampholt dicsérően emeli ki *Szabóky*. Mindkettő elég gyorsan és biztosan hat, kedvezőtlen melléktüneteket pedig nem okoz; csak az kár, hogy hatásuk nem elég tartós. Az eumydrin 1—3 milligrammos, a guacamphol pedig 0·4—0·5 grammos adagban veendő be este a lefekvés előtt. (Orvosok lapja, 1906. 17. sz.)

A blutan nevü újabb vasmangan-készítménynyel nagyon jó eredményeket ért el *Kaiser*. Előnyeiként kiemeli a gyomorra gyakorolt kedvező hatását, továbbá hogy a bélműködést is javítja, azután azt, hogy alkoholt nem tartalmaz — a mi sok esetben fontossággal birhat —, és hogy nagyon olcsó. Felnőtteknek evőkanálnyi, gyermekeknek pedig kávéskanálnyi mennyiségben adandó, naponként 2—3-szor, az étkezések után. (Therap. Monatshefte, 1906. 4. füzet.)

Koller Gyula dr. 50 éves orvosdoktori jubileuma.

Egy félszázada mult, hogy Koller Gyula dr., budapesti gyakorló orvos, az Orvosi Könyvkiadó Társulat alelnöke, orvosi diplomát nyert a budapesti egyetemen. Az orvoskari tanártestület javaslatára az egyetem Koller dr.-nak díszoklevelet állított ki, melyet f. h. 6.-án nyujtott át az ünnepeltnek Genersich Antal tanár, orvoskari dékán, kihez Chyzer Kornél és Tóth Lajos ministeri tanácsosok, Jendrássik Ernő egyet. ny. r. tanár és Erőss Gyula tanár, a budapesti kir. Orvosegylet alelnöke csatlakozott. Genersich tanár a díszoklevelet a következő szavak kiséretében nyujtotta át az ünnepeltnek:

„Igen tisztelt főorvos Úr! Kedves collegánk, szeretett barátunk!

Ötven éve, hogy doktorrá avattak. Épen a mai napon ötven éve, hogy alma materünknek megfogadtad, hogy tudásodat a betegek javára fordítod, hogy Tőled telhetőleg ápolni fogod a tudományt, saját magad s az egyetem tisztességére s a haza javára.

Híven teljesítetted e fogadalmat, s viszonzásul, mint ezidei dékán, kari határozat folytán elhoztam Neked azt, a mit adhatunk: a rector magnificus szives üdvözletét s az arany oklevelet, elismerésünk, tiszteletünk és szeretetünk jeléül.

Nem a véletlen hozott Téged közibénk, nem megélhetés végett, nem a kenyérkereset okából választottad az orvosi pályát; hisz akkor, midőn az orvosi pályára léptél, már kész ember voltál, elvégezted a jogi tanfolyamot, ügyvédi diplomát szereztél, résztvettél a haza szent harczában, s bár a sok fáradtság és baj miatt elcsigázva, mégis bátran feltehetted, hogy szerzett tudományod révén úgy is meg fogsz élni.

Veleszületett nemes hajlammal s reátermettséged érzetében jöttél a tanulók közé s tanultál folyton a mai napig.

A volt honvéd, a hites ügyvéd saját elhatározásából, sőt tisztelt szülői tudtán kivül orvosnövendék lett. Elvégezte — szükös körülmények közt — az orvosi tanfolyamot, belső ihletséggel, szeretettel, egész odaadással, s mikor kész volt, nem elégedve meg az iskolai tudással, gyakorlati továbbképzést keresett és talált a gyermekkórházban és egyebütt. Az orvosdoktori oklevélen kivül megszerezte a sebészdoktori és a szülészi oklevelet, tanulmányozta a bécsi, berlini, párisi kórházakat és csak kellő gyakorlati kiképezés után, szélesebb látókörrel telepedett meg a fővárosban, mely orvosi munkálkodása szinhelyévé lett.

Gyakorlati orvosi müködése szerencsés és sikeres volt. De ő nem elégedett meg a betegek gyógyításának nemes művészetével és nem szorítkozott arra hogy több hazai fontos intézménynek főorvosaként szolgálhassa a közegészségügyet, hanem azonfelül az ébredő hazában serényen részt vett az orvosi tudomány müvelésében. Mint az Orvosi Könyvkiadó Társulat alapító tagja, másod- és majdan első titkára s jelenleg alelnöke, lelkesültséggel, igaz hazaszeretettel szolgálta ezen egyesület ügyét kezdettől fogva a mai napig, s hogy ezen az orvosi tudományt terjesztő fontos hazai intézmény néhány évtized alatt annyira fejlődött s hogy áldásában oly sokan részesülnek, azt nagyrészt az ő fáradhatatlan és önzetlen munkásságának s tegyük hozzá: páratlan szeretetreméltóságának köszönhetjük. De még azontúl közvetlenül is szolgálta a tudomány terjesztését azzal, hogy több német és franczia müvet, Graefe Albrecht közleményeit a nyomókötésről, a böralá-fecskendésről és a roncsoló kötőhártyalobról, Eigenbrodt értekezését a városok tisztításáról és Charcot előadásainak II. kötetét lefordította és a magyar orvosi közönségnek hozzáférhetővé tette.

Mint a budapesti kir. Orvosegyesület és az Országos Közegészségi Egyesület lelkes tagja és sok éven át tisztviselője a legnagyobb buzgósággal hozzájárult ezen tudományos, közhasznú társulatok fejlődéséhez és virágzásához.

Ezenfelül szorgalma és takarékossága gyümölcseit bőven áldozta tudományos czélokra. A Markusovszky-jubiláris-alap és sok más kulturális intézmény bizonyítja ezt, s könyörületes keze sok szükölködőn segített, sok könyet szárított le.

Kedves barátunk! Munkálkodásodért, jóságodért fogadd elismerését és köszönetét azon fakultásnak, melynek hü fia vagy. Fogadd egyszersmind köszönetét az ország közegészségügye vezetőjének, ki örömest csatlakozott hozzánk, továbbá a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat elnökének és a budapesti kir. Orvosegyesület alelnökének, mint azon orvostudományi testületek képviselőinek, a melyeknek felvirágoztatásában évtizedeken át egész lelkesedéssel, hathatósan müködtél közre.

Szives üdvözletet hozok a távolból is, mindkettőnk szükebb hazájából, hol bölcsődet ringatták, melynek földjében őseink nyugosznak s hol a Tátra magas ormai az eget érik. A szepességi Orvos-gyógyszerész-egyesület nevében is köszöntlek és kivánom, hogy Te, a Szepesség derék fia, továbbra is maradj olyan mint magas bérczeink fenyőfája, melyet sem a féreg meg nem rág, sem az őszi dér el nem hervaszt, mely a télen át is friss és zöld marad, míg Isten életet ad neki.

Mindnyájunk nevében kivánom, hogy kedves Collegánkat és élete párját, tiszteletre méltó nejét, ki szerető őrangyala volt mindenkor, az Isten sokáig éltesse, hogy boldogan élvezhesse nemes munkája eredményét: az elismerést, a közmegbecsülést, a collegiális szeretetet. Kivánom, hogy ezentúl is ép testtel és egészséges elmével közreműködhessék orvosi intézményeink fejlődésében és sokáig gyönyörködhessék az orvosi tudomány haladásában, polgártársai és a haza boldogulásában. Éljen!“

Koller dr. meghatottan mondott köszönetet e szép szavakért s a díszoklevélért s egyben kijelentette, hogy *30,000 koronás alapítványt tesz az orvoskari tanártestületnél orvosok özvegyei és árvái számára.*

Fogadja a mélyen tisztelt jubiláns az Orvosi Hetilap üdvözletét is. Tisztelőinek és barátainak jókivánságaihoz annál őszintébben csatlakozunk, mert Koller dr.-ban legrégibb munkatársaink egyikét tiszteljük: már lapunk első számának (1837) munkatársai közt találkozunk az ő nevével. Nemes szívének Koller dr. újabb tanújelét adta alapítványával, melylyel a magyar orvosi kart hálára kötelezte le. Ad multos annos!

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király csatári *Csatáry Lajos* dr. miniszteri tanácsosnak, az államvasutak főorvosának nyugdíjaztatása alkalmából, sok évi buzgó és kiváló szolgálata elismeréséül, a Lipót-rend lovagkeresztjét adományozta.

Tellyesniczky Kálmán dr. és **Nékám Lajos** dr. budapesti egyetemi magántanároknak a király a rendkivüli tanári czimet adományozta.

Választás. *Plósz Sándor* dr.-t pacsai körorvossá, *Kürthy Arthur* dr.-t rózsahegyi körorvossá választották meg.

Meghalt. *Deák Jakab* dr. székelyhidi járásorvos.

A budapesti poliklinika betegforgalma junius havában következő volt: rendelések száma 10,515, ezek közül új beteg 4156.

A szabadkai önkéntes tüzoltótestület mentőosztályát junius havában 102 esetben vették igénybe.

Magyar fürdők látogatottsága. Lipik julius 5.-ig 1659, Iglófüred julius 7.-ig 227, Tátrafüred julius 7.-ig 1472, Tátraszéplak julius 4.-ig 403, Daruvár junius 29.-ig 547, Előpatak julius 6.-ig 312.

Kisebb hirek külföldről. *His* tanár (Basel) elfogadta a göttingeni belorvostani tanszékre való meghivást. — A bécsi egyetem rectorává a jövő tanévre *Chrobak* tanárt, az ismert nőorvost választották meg, ki azonban nem vállalta el a tisztséget; az új választás alkalmával a philologia tanára, Meyer-Lübke lett a rector. — A prágai cseh egyetemen a következő magántanárok rendkivüli tanárokká neveztettek ki: *L. Haskovec* az idegorvostanból, *K. Weigner* az anatomiából és *O. Srdinko* a szövettanból.

A prostituáltak ellenőrzése körül nevezetes újitást valósitott meg Drezda városa. Mig eddig ezt az ellenőrzést épen úgy, mint nálunk speciális képzettséggel nem biró rendőrorvosok végezték egyéb teendőik mellett, április 1-je óta két dermatologiai és syphilidologiai specialista van alkalmazva a rendőrségnél, a kik csakis a rendőri felügyelet alatt álló nők vizsgálatával foglalkoznak.

Spirochaete vagy spirochaeta? Most, hogy Schaudinn és Hoffmann felfedezése révén annyit szerepel ez a név az orvosi lapok, sőt elvétve még a napilapok hasábjain is, felváltva olvassuk ezt a két irásmódot. Melyik a helyes? A spirochaeta szófejtése a következő: ered *σπεῖρα*-ból (csavarulat) és *χαίτη*-ból (haj). A *η*-ra végződő görög szavakat az orvosi műnyelvben általában latinositva, „a" végződéssel szoktuk irni és kiejteni, ezért helyesebb a „spirochaeta". Különben már Ehrenberg, e szó feltalálója is spirochaetá-t irt (1833) s ugyanilyen végződéssel szerepel e szó a Codex Nominum Zoologicorumban, melyet 1902-ben fogadott el az 5. nemzetközi állattani congressus Berlinben.

Paralysis progressiva és syphilis. Az orvosok körében mindinkább tért hódit az a felfogás, hogy a paralysis voltaképen nem egyéb mint késői megnyilvánulása a syphilisnek. Pedig a statistikai adatok eddig nem jogositanak fel arra, hogy a két betegség közt *ennyire* szoros kapcsolatot vegyünk fel. Igy a new-yorki idegorvostani társulat egyik legutóbbi ülésén, mely a Journal of Nervous and Mental Disease márcziusi füzetében van ismertetve, három elmeorvos adta elő, százakra menő esetek alapján, ezirányú tapasztalatait, s mindhárom arra az eredményre jutott, hogy a paralysis kórelőzményében a syphilis körülbelül csak *az esetek felében* mutatható ki (55—62%, 59—64% és 45%-ban), sőt a nőbetegeken csak 20%-ban. Az alkoholismus 25%-kal szerepel, a heredités az egyik előadó szerint 23%-ban, a másik szerint 32%-ban.

A typhus serum-kezelésének értékéről. A délnyugot-afrikai német koloniában tudvalevően háború folyt nemrég a bennszülött felkelők ellen. A német katonák közt typhus-járvány ütött ki, melynek leküzdésére nagyban alkalmazták a typhuselleni serum-oltásokat. E kezelés eredményéről most jelennek meg az első közlések. 424 typhus-eset közül 100 ban alkalmazták a serumot Pfeiffer-Kolle módszere szerint, s igy össze lehet hasonlitani a hagymáz lefolyását serum-kezelés mellett és a nélkül. Az eredmény általában igen kedvező a serum-kezelésre. A beoltottak közül 4%, a be nem oltottak közül 11·1% halt meg. A beoltottak közt csak 10% volt a súlyos esetek száma, mig a be nem oltottak közt 25·3%; szövődmények (skorbut, thrombosis, vesegyuladás stb.) amazoknál sokkal ritkábbak voltak, mint ezeknél. Ezek alapján határozottan állitható, hogy a typhuselleni serum alkalmazása, ha nem is biztosit a typhussal való fertőzés ellen, a betegség lefolyását legalább is enyhébbé teszi.

94 éves asszonyon végzett C. W. Branch lábszáramputatiót. A majdnem teljesen süket és vak öreg asszonyt kocsi gázolta el. A lábszár komplikált törése csonkitást tett szükségessé a térd alatt. Az operatiót chloroform-narcosis mellett egy órával a baleset után hajtották végre. Az erek épnek mutatkoztak. A seb aseptikusan gyógyult s a nő 34 nappal az operatio után gyógyultan hagyhatta el a kórházat. (British med. Journal 1906. pg. 1339.)

A telefon-szótölcsérek hygienéje élénken foglalkoztatja az angol sajtót. Kétségtelen, hogy a nyilvános telefon-állomások vagy a kávéházbeli s hasonló telefonok szótölcsére és kagylója terjesztője lehet számos betegségnek, különösen a syphilisnek s a gümőkórnak. Szokjunk tehát hozzá, hogy az emlitett és hasonló helyeken szájunkat ne hozzuk közvetlen érintkezésbe a telefon-tölcsérrel, hanem formáljunk kezünkből szócsövet s ezen át szóljunk bele a tölcsérbe.

Abstinentia és életbiztositás. A Lancet két angol biztositó társaság évi jelentése nyomán érdekes adatokat közöl arról, hogy miképen viszonylik a valóban beállott halandóság a statistice előre kiszámitotthoz abstinenseknél és olyanoknál, a kik alkohollal élnek. A Scepter Life Association-nál az alkoholivók közt a várt halálesetek 80%-a következett be, az abstinensek közt csak 48%-uk. Feltünően megegyező számot mutat ki az abstinensekre nézve a General Insurence Company is: 47·4%-ot.

Orvosi észleletek vad népen. Stephan német tengerész-orvos hajójával 7 hónapig vesztegelt az Újguinea közelében, az egyenlitő tájékán fekvő Bismarck-szigetcsoport egy szigetén s ennek teljesen „természetes állapotban"-ban élő, vad, soha európaival még nem érintkezett lakosain érdekes orvosi megfigyeléseket tehetett (Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, 1905. 5. és 6. füzet). A középéletkoruk alacsonyabb, mint a civilizált népeké s minthogy igen csekély a születési számuk, kihalófélben vannak, bár megélhetési viszonyaik a talaj termékenysége s a tengernek halakban való bősége mellett igen jók. Valamennyi betegség előfordul náluk, a syphilis s az „idegesség" leszámitásával. Igen elterjedt köztük a malaria, hasonlóképen a gümőkór is. Himlő, kanyaró, tüdőgyuladás, daganatok, elmebajok mind előfordulnak náluk, meghülések, bronchiális hurutok mindennaposak közöttük, a mi azért figyelemreméltó, mert sokan a hurutok gyakoriságáért nálunk a ruházat elkényeztető hatását okolják. Apró sebeik is gyakran súlyos genyedésbe mennek át s az ilyen sebgenyedésekben sok ember pusztul el vagy lesz egész végtagok leválása miatt nyomoréká. Stephan arra a végeredményre jut, hogy Rousseau-nak nincs igaza, mikor a „természetes életmód"-hoz való visszatérést prédikálja, hasonlóképen a „természetes gyógymód" hiveinek se, mikor a betegségek gyógyitását a természetes erőkre akarják bizni; az emberi egészség és élet szempontjából a cultura többet ér a „természetes" életmódnál, s nem hogy gyengitené, de erősiti, ellentállóbbá teszi a szervezetet.

Lapunk mai számához a F. Hoffmann-La Roche & Cie., Grenzach (Baden) czég **„Airol" Roche** prospektusa van csatolva.

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

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

A modern orvosi tudomány immár bebizonyitva tudja és látja azt, hogy az idegek megbetegedéseinek legbiztosabban ható gyógyszere a különféle glycerophosphat. Ilyen glycerophosphatokat tartalmazó gyógyszerspeczialitás a Nervinol Barabás, mely kellemes jó izénél nemkülönben kiváló gyógyhatásánál fogva egyedüli biztos szer a legkülönfélébb idegmegbetegedések ellen. A gyomrot nem bántja, még a legkényesebb gyomor is jól türi.

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

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

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

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. (VI. bemutató ülés 1906. márczius 28.-án) 703. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VI rendes ülés 1906. április 5.-én) 704. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (XI. szakülés 1906. április 28.-án 705. l. és XII. szakülés 1906. május 5.-én) 705. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 705. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1906. márczius 28.-án.)

Elnök: **Medvei Béla**, utóbb **Dirner Gusztáv**. Jegyző: **Feldmann Ignácz**.

(Vége.)

Pfannenstiel szerint végzett hasmetszés két esete.

Rotter Henrik: K. E. 21 éves hajadon cseléd, 1905 nov 17.-én jelentkezik osztályunkon, a hol a következő anamnestikus adatokat kapjuk tőle: Havi baját 15 éves korában kapta meg, mely azóta 4 heti időközökben jelentkezik 2—3 napig tartó vérzéssel fájdalmak nélkül. 1½ év előtt szült élő, érett magzatot és azóta érzi magát betegnek. Hasában, derekában szúró fájdalmakat érez, havi baja 3 hetenként jelentkezik bő vérzéssel és görcsök kiséretében. Kilencz hónap óta van orvosi kezelésben, huzamosabb ideig feküdt, de állapota nem javult. Teljesen munkaképtelennek érzi magát.

Jelen állapot. Lesoványodott nőbeteg. Mellkasi szervek épek; hasfalak tonusa csökkent, hasban kóros resistentia nem tapintható. Vulva kissé tátong; erőlködésnél az elülső és hátulsó hüvelyfal a szeméremrésbe tolul gyermekökölnyi daganat alakjában; vagina tág, portio 2 cm., kissé vaskos, méhszáj harántrés, symphysis felé tekint, méhtest kétakkora, kemény, lapos, retroflexio-versioban rögzitett; mozgatása kissé fájdalmas. Jobb sarkával diónyi érzékeny, feszes daganat függ össze; baloldali adnexumok épnek látszanak.

Diagn.: Descensus parietis anterioris et posterioris vaginae; retroflexio-versio uteri fixata, tumor adnexorum lateris dextri.

A beteg teljes munkaképtelenségére való tekintettel, a mely 9 hónapi orvosi kezelés után is fennállott, a műtéti beavatkozást tartottuk javaltnak, még pedig a lenőtt méhnek hasmetszés útján való felszabaditását, anteflectált-vertált helyzetben való rögzítését, a jobboldali adnex-tumornak kiirtását és végül a hüvelyfalak előesésének hüvelyszűkítő műtéttel való gyógyítását láttuk szükségesnek.

A műtétet 1905. november 20.-án hajtottuk végre aether-bódításban. Hasmetszés Pfannenstiel szerint. Lefelé ivelt harántmetszéssel közvetlen a symphysis felett átvágjuk a bőrt, a zsírréteget és a bőnyét egészen az izmokig; a bőnyék kisfokú letolása után a rectusokat a középvonalban tompán szétválasztjuk és hosszirányban nyitjuk meg a peritoneumot is. Két ujjal betapintva a hasüregbe, adhaesioitól felszabaditjuk a lenőtt méhet, előrehúzzuk a jobboldali tubával együtt, mely hüvelykujj vastag genyzsákká alakult át. A baloldali tuba ép. A genyzsákot kellő alákötések után eltávolitjuk. A méhet Olshausen szerint ventrofixáljuk. Az ejtett hasfali sebeket 4 rétegben csomós varratokkal egyesitjük. A lefolyás láztalan volt, a hasseb per primam egyesült; a beteg azonban a műtét után való 3. héten typhusba esett, a mi miatt a tervbe vett kolporrhaphia kivihető még nem volt. A méh jelenleg mobilis anteflexio-versioban van, a beteg teljesen munkaképes, fájdalmai megszüntek, havi baja 4 hetenkint jelentkezik 2 napi tartammal.

A második esetben méhenkivüli terhesség miatt történt a beavatkozás.

Sz. E. 27 éves hajadon vasalónő 1906. február 22.-én jelentkezik osztályunkon. Elmondja, hogy első tisztulása 16 éves korában volt s azóta 4 heti időközben 4 napi tartammal jelentkezik. Három rendes szülésen esett keresztül, egyszer elvetélt. Utolsó tisztulása néhány nappal késett; három hét óta állandó vérzése van, a mi ellen orvosságokat szedett eredmény nélkül. Hasában fájdalmakat érez, a melyek az utóbbi időben erősbödtek.

Jelen állapot. Sápadt nőbeteg, mellkasi szervei épek; emlőkből savó, linea alba nem festenyzett. Vulva kissé tátong, vagina tág, portio 1½ cm., kissé puhább; Hegar-jel kifejezett, méhtest a rendesnél alig nagyobb, lapos, anteflectált-vertált, elég jól mozgatható. Tőle jobbra és vele széles összefüggésben gyermekökölnyi tömlős daganat tapintható, a mely korlátoltan mozgatható és nem érzékeny. Másik oldali adnexumok épek.

Ezek alapján méhenkivüli terhesség diagnosisát állapitjuk meg nagy valószinűséggel és ezért laparotomiára határozzuk el magunkat. A műtétet 1906. február 27.-én végezzük chloroform-narcosisban. Pfannenstiel-féle megnyitás. A symphysisen lefelé ivelt metszést ejtünk harántirányban kb. 8 cm. hosszban. A bőr és zsirszövet kisfokú feltolása után rájutunk a bőnyére, melyet szintént harántirányban nyitunk meg. A rectusokat hosszirányban a középvonalban tompán szétválasztjuk és a peritoneumot is hosszirányban nyitjuk meg. A hasba betapintva, azt találjuk, hogy a jobboldali tuba gyermekökölnyi véres zsákká alakult át, melynek elülső felületéhez nagy terjedelemben cseplesz van odanöve. Az odanőtt csepleszrészt láncligaturákkal látjuk el és levágjuk. A jobboldali tubát mobilizáljuk, a ligamentum infundibulo-pelvicum és a tuba uterinális végének alákötése után kiirtjuk, a ligamentum latum megnyilt lemezeit pontosan egyesitjük. Másik oldali adnexumok épek. A méh fundusa a tuba eltávolitása után a Douglasba sülyed, retrovertált helyzetet foglal el, ezért Menge szerint a ligamentum rotundumok egymásközti és a méh elülső falához való összevarrásával mobilis anteflexio-versioban tartjuk meg a méhet. Has-toilette után 4 rétegben csomós selyemvarratokkal zárjuk a hasüreget. A lefolyás láztalan volt; 10. napon távolitottuk el a varratokat, a hasseb per primam egyesült.

Méhenkivüli terhesség operált esete.

Rotter Henrik: Az eset talán azért érdemel figyelmet, mert 43 éves asszonyról van szó, mert csak mikroskoppal lehetett a biztos diagnosist megállapitani és mert a vérveszteségnek igen nagy foka következett be a terhes tubának megrepedése folytán.

G. E. 43 éves, hajadon takaritónőt 1906. február 2.-án szállitják be osztályunkra eszméletlen állapotban. Kisérőjétől megtudjuk, hogy kora reggel hirtelen rosszul lett, elájult és azóta nem tér magához.

Megvizsgálva az asszonyt, súlyos heveny vérszegénység tüneteit találjuk. Feltünően halvány, érverése filiformis, időnként kihagyó, hüvös végtagok. Has mérsékelten puffadt, elül a kopogtatási hang dobos, a lumbaltájakon tompa. Emlőkből savó nincs, linea alba nem festenyzett. Hüvely tág, portio 2 cm., puhább, méhszáj harántrés, méhtest kétakkora, tőle jobbra és vele széles összefüggésben gyermekökölnyi hurkaszerű daganat tapintható, Douglas ledomborított, hullámzást mutat.

Terhességre való tünetek ugyan nem voltak, de abból, hogy súlyos heveny vérszegénység volt jelen és a hasban folyadékot tudtunk kimutatni, a hasüregbe történő vérzés diagnosisát állapitottuk meg, a mely minden valószinüség szerint méhenkivüli terhességgel van kapcsolatban. Ennek megfelelően a hasmetszésnek azonnal való végrehajtásához fogtunk.

Sudeck-bóditásban hasmetszés a symphysistől felfelé a linea alba mentén kb. 10 cm. hosszban; a peritoneum megnyitása után vastag sugárban bugyog elő sötét folyékony vér. Rögtön a jobb adnexumoknak megfelelőleg betapintunk a hasűrbe és itt a jobb tubát találjuk, a mely gyermekökölnyi hurkaszerű daganattá alakult át, a melyen az ampulláris szélhez egészen közel 1½ cm.-es repedés van, melyből vérzés áll fenn. A tubát, a mely jól mobilizálható, előrehúzzuk, a ligamentum infundibulo-pelvicum és a tuba uterinális végének egy-egy öltéssel való alákötése után kiirtjuk; a ligamentum latum megnyilt lemezeit vékony selyem szűcsvarrattal pontosan elzárjuk. A másik oldali adnexumok megvizsgálásakor látjuk, hogy a baloldali tuba az előbbihez teljesen hasonló daganattá alakult át, de ezen sérülés nincs. Ezt is előrehúzzuk és az előbbihez hasonló módon kiirtjuk. Az aludt vérrögöket a hasüregből eltávolitjuk, a folyékony vér nagy részét kitapintjuk és a hasüreget 3 réteges varrattal elzárjuk. Műtét közben és utána a heveny vérszegénység ellen hypodermoklysissel és coffein-befecskendezésekkel küzdöttünk sikeresen.

A lefolyás láztalan volt, a hasfalvarratokat a 10. napon távolitottuk el, mikor is a hasseb prima egyesülését állapithattuk meg. Az asszony a 21. napon gyógyultan hagyta el a kórházat.

A kiirtott tubák közül a bal haematosalpinxnak bizonyult, a melyen sérülés nem volt. Sima felszinű, hullámzást mutató, kb. 10 cm. hosszú hurkaszerű daganat; az ampulláris szájadék teljesen zárt, az amputált uterinális végből nyomásra hígan folyó vér ömlik. A jobb tuba a balhoz hasonló nagyságú és az ampulláris széltől 1½ cm.-nyire repedés van hátulsó falában. Szabad szemmel ez is haematosalpinxnak látszik, peterészletek, bolyhok nem ismerhetők fel. Igy nem is tudtuk eldönteni, hogy vajjon tubáris megrepedt petezsákkal van-e dolgunk, vagy haematosalpinxxel, mely valamely trauma folytán repedt meg. A szövettani vizsgálat azonban kiderítette, hogy tubáris terhesség esete forog fenn, a mennyiben a jobb tubából származó metszeteken a véralvadékok közé ágyazott chorion-bolyhok láthatók a megtartott kétféle sejtboritékkal, helyenként pedig Langhans-sejtek és syncytiális elemek láthatók a véralvadékok közt.

Ebben az esetben tehát egészen fiatal terhességgel volt dolgunk, mely legfeljebb néhány hetes lehetett. A műtét után való napon felvett anamnesis is e mellett szól. Havi baja nem maradt ki, nem is késett, 1906. jan. 26.-án, a mikorra a rendes menstruatioját várta, vérezni kezdett és ez a vérzés nem is szünt meg a műtét napjáig, február 2.-áig.

Ilyen fiatal terhességnél ilyen nagyfokú vérzés ritkán fordul elő. A hasüregben levő vért 2 literre becsültük és a mikor a műtéthez fogtunk, az asszony pulsusa alig volt tapintható.

A diagnosis szempontjából is érdekes az eset, a mennyiben 43 éves asszonyról volt szó, a kinél a terhességre való tünetek közül egy sem volt meg. Mi mégis a súlyos heveny vérszegénységből és abból a körülményből, hogy a hasüregben folyadékot tudtunk kimutatni, joggal következtettünk megrepedt méhenkivüli terhességre.

Dirner Gusztáv: a Pfannenstiel féle keresztmetszést 5 év óta végzi. Az eredményekkel teljesen meg van elégedve. Igen alkalmas ez a módszer azokban az esetekben, a melyekben a hason kis nyilást kell készíteni. Igy kisebb daganatok, punctiora alkalmas cysták stb. kiirtásánál. Sőt teljes méhkiirtásnál is alkalmazta. Azt az előnyét is elismeri, hogy sokkal jobban biztosit sérvképződés ellen, mint a linea albában végzett

egyenes metszés. Eleinte némi aggálylyal operált Pfannenstiel szerint s első két esetében a gyógyulás nem is volt oly sima, mint a milyet laparotomiák után megszokott. De a kellő ügyességet megszerezvén, utolsó 20 esete ideálisan gyógyult. Sérvképződést egy esetében sem látott, s a cosmeticus eredmény is megfelelő.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VI. rendes ülés, 1906. április 5.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Arnold.**

(Vége.)

Ectopia testis gyógyítása Katzenstein módszerével.

Alapy Henrik: A lágyékcsatornában, vagy plane a hasban visszatartott here lehozása és rögzítése nem tartozik a könnyű feladatok közé. A régi módszerek, melyekkel a lehozott herét a herezacskóhoz rögzitették, egyáltalán mit sem érnek, ez okból teljesen el is hagyták.

Valamivel jobb a Tuffier eljárása, a ki nem a herét, hanem az ondózsinórt rögziti, a mennyiben ennek a kötőszöveti hüvelyét több helyütt a lágyékcsatornához varrja. De ha a feszülés csak kissé nagyobb, ez a módszer is cserben hagy.

Ellenben czélravezetők szoktak lenni az újabban alkalmazott eljárások, nevezetesen a Hahn, Katzenstein és a Lengard-félék, melyek két utolsójának az a közös jellemvonásuk, hogy a mobilizált és a herezacskóba lehozott herét valami módon a czomb bőréhez rögzitik. A bemutató a Katzenstein módszerét tartja a legészszerűbbnek; ez a módszer két esetében csakugyan tökéletesen bevált.

Az egyik 18 hónapos, a másik két éves fiúcska, kik közül egyiknek heréje a sérvvel együtt a lágyékcsatornában volt tapintható, a másiknál a sérv mögött a herét nem lehetett tapintani. A here mobilizálása és typusos Bassini-műtét végzése után a herezacskót alul kilyukasztotta, a herét a nyíláson átvezette, azután a czomb belfelületén rövid metszést ejtve a bőrön és a fascia pectineán, a herét ebbe a nyílásba beletolta, a két utóbbi képződmény nyílását egy-egy varrattal szűkitette, azután a scrotumseb szélét a bőrseb széléhez varrta és ilyen módon elkerülte azt, hogy az ondózsinór napokon át szabadon feküdjék, a mi különben az utóbb említett módszereknek hátránya szokott lenni. Az első esetben 14, a másodikban 11 nap mulva végezte a befejező műtétet, mely abból állott, hogy a herét a czombon levő összeköttetéséből felszabadítva, a herezacskóba visszahelyezte és felette a scrotum sebét bevarrta. Az ondózsinór körülbelül két héten át való megfeszítésének valóban megvolt az az eredménye, hogy a here többé semmi hajlandóságot nem mutatott a felhúzódásra, hanem ellenkezőleg a visszahelyezés után a scrotumból minduntalan ki akart tolulni, míg a herezacskó varrata ezt meg nem gátolta. Mindkét gyermeket bemutatja. Mindkettőnél látszik, hogy a here tökéletesen helyén van.

Ilyen esetek számára nem alapos Riedelnek az a felfogása, hogy tulajdonképen nem a here rögzítése, hanem a mobilizálása teszi a fő nehézséget, mert az ondózsinór feszülése mindkét esetben elég jelentékeny volt, azonban két hét elteltével az ondózsinór annyira megnyúlt, a mennyire kivánatos. Megengedi azonban, hogy vannak esetek, a bemutatónak magának is volt ilyen esete, a midőn a herét az ondózsinór elszakadásának veszélye nélkül csakugyan nem lehet lehozni, és ilyen esetekre okszerűnek találja a Riedel eljárását, mely abból áll, hogy a sebet a has felé meghosszabbítva a ductus deferenst leválasztja az erekről és ez utóbbiakat fölfelé messze követve, összeköttetéseiktől annyira felszabadítja, hogy a here lehúzhatóvá válik.

Winternitz: Ectopikus here lehozásának a legritkább esetekben akadálya a vas deferens, hanem csaknem mindig az ondózsinór erei rövidek. Több esetben látta, hogy az ily ectopikus herék diformis képződmények, rendszerint orsóalakúan meg vannak nyúlva, de még inkább elváltozik a mellékhere, mely leggyakrabban csak a ductus deferens kacskaringós kanyarulataiból áll. Ilyen esetekben a d. deferens sokkal hosszabb mint a funiculus és a mindig jelenlévő sérvtömlőben mélyen lefelé húzódó kacsot alkot. A sérvtömlőnek a funiculusról történt lefejtése után a herét rendszerint már a scrotumba lehet lehúzni. A rögzítést úgy végzi, hogy a here alsó sarkán fonalat vezet át, melyet a scrotum legmélyebb pontján vezet ki, és a fartájon flastrommal rögzit. Ily módon a herét 10—14 napig állandó húzás alatt lehet a scrotumban tartani.

Subcutan vesesérülés. Nephrectomia.

Alapy Henrik: A bemutatott 13 éves fiú a felvétele előtti napon gyors korcsolyázás közben oly módon esett el, hogy esés közben jobb psoasával nekivágódott egy jelzőoszlop éles szélének. Azóta nagy fájdalmak között véreset vizel, egy izben hányt. A fiú sápadt, elesett, nagy fájdalmai vannak a has jobb oldalán és a jobb ágyék tájékán. Arcza kipirult, nyelve száraz, érverése 116, eléggé telt; nagy meteorismusa van, a has jobb falán a bőr hyperaesthetikus, ugyanitt izomrigiditást lehet tapintani, a vizelet véres. Hőmérséke a felvételkor 37·5, másnap felemelkedett 37·9-ig.

A jobb vese megrepedésének kórjelzése biztos volt, azonban nem lehetett kizárni, vajjon nincsenek-e megsérülve hasi zsigerek is. Tudvalevően ezt lehetetlen ilyenkor kórismézni, mert számos esetet ismerünk, midőn a vesesérülés mellett a hashártya is meg volt repedve, és hasi zsigerek sérülésének a jelei mutatkoztak, a laparotomia azonban azt mutatta, hogy az egyedül sérült szerv mégis csak a vese volt. Minthogy azonban ilyen complicatiót kizárni nem lehetett és minthogy ennek folytán a beavatkozás veszélye határozottan kisebbnek látszott mint a várakozásé, a bemutató másnap laparotomiát végzett hosszabb jobboldali ferde metszéssel. A hasban körülbelül 2—300 cm³ vérrel kevert vizeletet talált, a mesocoecum és a mesocolon transversum nagy darabon vérrel volt beivódva, azonban zsigersérülést találni a legszorgosabb keresés mellett sem lehetett, csupán egy hashártya-repedést a vese táján. Ez okból megkisértette a conservativ eljárást, mely abból állott, hogy a hasüreg kitisztítása után tampont nyomott a hashártya-repedés helyére, ezt a tampont a seb felső zugából kivezette, a hasseb többi részeit pedig elzárta. Ez az eljárás az irodalomból ismert több esetben (de Quervain, Souligoux, Fossard) sikerre vezetett. Ennél a fiúnál is eleinte úgy látszott, mintha a vesét meg lehetne tartani. A tampon eleinte csak vizeletet vezetett el igen nagy mennyiségben, de kevéssé véresre festve. Azonban körülbelül egy héttel a műtét után újabb vérzés indult meg, melyet a legfeszesebb tamponálással se lehetett csillapítani és mely néhány nap alatt a fiut oly vérszegénynyé tette, hogy a laparotomia tizenketted napján a nephrectomia parancsoló szüksége állott be. Ezt a műtétet részben helybeli érzéstelenitéssel, részben chloroform-narcosis mellett a régi metszésnek hátrafelé való meghosszabbításával hajtotta végre. A vese körüli kötőszövetben nagy mennyiségű véralvadék, vizelettel keverve foglal helyet. A vese harántul ketté volt repedve, alsó fele egészen nekrotikus, felső fele is annyira össze volt szaggatva, hogy varratról vagy egyáltalán conservativ eljárásról többé szó sem lehetett; azért a vesét kiirtotta. A csonk lekötése a már beállott lob miatt nem mutatkozott biztosnak, azért a fogókat a csonkon néhány napig rajtahagyta. A további lefolyás elég sima volt, a vizelet mindjárt másnaptól kezdve 1000 cm³-en felül volt, csak a lábbadás volt lassú, a fennálló jelentékeny nagy étvágy ellenére. A fiú csak két hét óta jár fenn és tisztán sarjadzó sebével most fogja elhagyni a kórházat.

A hashártyasérülés önmagában a subcutan vesérepedésnek nem szokta valami túlságosan súlyos complicatioját tenni és az is bizonyos, hogy az expectative kezelt subcutan vesesérülésnek prognosisa az utóbbi években javult. De az iránt a számos statistikák után kétely nem forghat fenn, hogy súlyos vesesérülés eseteiben az operativ kezelés határozottan jobb kilátást nyujt, mint a várakozás. Ha pedig plane hasi zsigerek sérülésének a gyanúja is fennforog, akkor az idejekorán végzett beavatkozás az egyedüli helyes eljárás.

Dollinger: Hogyha a tünetek a mellett szólanak, hogy a vese meg van zúzva, akkor leghelyesebb a vesét tág ágyéki metszéssel azonnal feltárni és a sebzés kiterjedéséről közvetlen szemlélés útján meggyőződni. A zúzás fokától függ, vajjon varrat alkalmazása mellett a vese meghagyható-e vagy pedig eltávolítandó. Egy év előtt egyik esetében így járt el. Kitárás után kiderült, hogy a vese és a vesemedencze majdnem teljesen ketté volt szakítva, s azért a vesét eltávolította. Eleinte nyilt kezelés, később másodlagos varrat. A beteg meggyógyult.

Balás Dezső: 29 éves, erőteljes férfibeteg teherkocsi alá került, melynek kereke őt körülbelül 10 lépés távolságra maga előtt tolta. A beteg a jobb subcutan vesezúzódás typikus tüneteit mutatta; a katheterrel vett vizelet véres volt. Minthogy pulsusa, hőmérséke és közérzete kielégitő volt, nyugodt hanyattfekvés mellett a vese tájára jégtömlőt alkalmaztunk. A beteg vizelete a nyolczadik napon teljesen feltisztult, három napi szünet után azonban újból véres vizelés jelentkezett. Ekkor három napon át megkiséreltük az ismert adrenalinoldatnak hat órai időközökben 10—10 cseppenként való belső adagolását, a minek azonban hatása nem volt, sőt a vérzés fokozódott. Öt napi szünet után újolag az eddigieknél sokkal erősebb vérzés állott be, e mellett 38—40 C.° közti temperatura állandósult, s miután cystoskopikus vizsgálatnál kitünt, hogy a jobb ureterből csaknem tiszta vér ürül, a műtét további halasztása már határozottan veszedelmes lett volna. A sérüléstől számított 29. napon végeztem a műtétet Bergmann-metszéssel. A véresen beivódott zsirtokra jutva, ezt szétfejtettem, majd felhasitva a rostos tokot, közte és a vese között nagymennyiségű véralvadékot találtam, melybe mintegy beágyazva szabadon feküdt a vese levált, nekrotikus felső egyharmadnál nagyobb része, mely a coagulummal együtt volt eltávolítható. A vese nagy görbületén ezenkivül egy csillagalakú, a parenchymába hatoló nagyobb s több kisebb szakadás volt látható. A vese nekrotikus részét a vesemedencze egy részével resekáltam s az erős vérzést a capsula fibrosán s az egész parenchymán áthatoló csomós catgutvarrattal szüntettem meg, végül az egész sebűrt steril gazezal tamponálva nyitva hagytam. A műtétet követő napon a beteg hőmérséke alászállt, a vizeleté pedig haematuriás jellegét teljesen elveszítette; az ötödik napon a beteg teljesen láztalan s vizelete is tiszta volt. A gyógyulás zavartalanul folyt le, s a műtéti seb sipoly fennmaradása nélkül gyógyult. A megtartott veserész normális működéséről cystoskopikus vizsgálattal győződtünk meg.

Gyermekek czombtöréseinek gyógykezelése járókötéssel.

Dollinger Gyula: Kicsiny gyermekek czombtöréseit D. azon gypssinekben kezeli, a melyeket már régebben leirt. Utóbbi időben egy öt éves és egy tiz éves gyermek czombtörésénél azon járókötést alkalmazta, a melyet felnőttek számára szerkesztett. A gyermekek a járókötést teljesen jól tűrik, benne fennjárnak. A tiz éves fiut bemutatja. Az öt éves egynehány nappal a kötés feltevése után vörhenyt kapott, a mi miatt a járványkórházba kellett őt szállitani, de a kötés azért rajtamaradt.

A Bassini-műtét módosításáról.

Báron J.: Kórházi gyakorlatára utalva kimutatja, hogy e műtét fő actusa, a belső ferde és a haránt hasizom alsó, valamint az egyenes hasizom alsó vége külső szélének odavarrása a lágyékszalaghoz rendes viszonyok közt is a lágyékszalag vastagsága szerint módosul. Előadja, mily módon végzi ő e varrást. Rendellenes viszonyok közt, ha a széles hasizmok igen magasan végződnek, ha a lágyékszalag teljesen hiányzik, ha a sérvtömlő hasűri nyílása igen tág, végre ha a külső sérven kivül vele közlekedő intraabdominális sérv is van jelen, a műtétnek szintén módosulnia kell, ha egyáltalában kivihető. A műtétet minden esetben a sérvcsatornát alkotó és környező részek kiméléséve kell végrehajtani.

A vakbélgyuladás műtéte rövid bemetszés segélyével.

Alapy Henrik: A legutóbbi hónapokban a Centralblatt für Chirurgie hasábjain némileg meglepő vita indult meg abban az irányban, hogy minő hosszú bemetszéssel kell a vakbélgyuladás műtétét végezni. Meglepő azért, mert mikor Hahn azt állította, hogy a műtétet igen rövid bemetszésen át is el lehet végezni, ezzel szemben sokan, közöttük nagynevű sebészek is, ezt a tételt mereven tagadták. Az előadó már évek óta számos esetben 4—5 cm.-es bemetszéssel végzi ezt a műtétet, de ezt a körülményt azért nem tartotta közlendőnek, mert egyrészt magától értetődőnek vélte, másrészt a dolog nem új, a mennyiben amerikai sebészek, például Morris ezt az eljárást már több mint 10 év előtt közölték. Természetes, hogy a különböző javalatok mellett végzett vakbélgyuladási műtéteket nem szabad egy szempontból elbirálni. A mennyire nem sebészies eljárás volna a rövid bemetszéshez ragaszkodni olyan esetekben, midőn a tályogképzés stadiumában levő féregnyúlvány a legteljesebb hozzáférhetőséget kívánja meg, épen olyan megokolatlan az araszos bemetszés olyan idült esetekben, midőn az egész folyamat a féregnyúlvány belsejére szorítkozik és a nyúlvány a hasüregben egész szabadon fekszik. Hogy a rövid metszésnek nagy előnyei vannak a hosszú incisio felett, azt hosszasan bizonyítani nem szükséges. A rövidebb időtartam, a fertőzés esélyeinek leszállítása, a sérvképződés teljes kizárása kétségtelenül nagy előnyök.

Az előadó utolsó 35 esetével kívánja megvilágítani, hogy eljárásában minő javalatok vezetik. 16 esetben mindjárt hosszú metszéssel kezdte a műtétet. Ezek közül négy általános peritonitis volt, hat heveny és félheveny eset tályogképződéssel, egy ileus és öt másodlagos radikális műtét több héttel a tályognyitás után. Ezeknél vagy legalább legnagyobb részüknél úgy véli, hogy rövid bemetszés egyenesen életveszélylyel járt volna.

3—5 cm.-es rövid bemetszés elegendőnek bizonyult 12 esetben, melyek közül kettő csupán tályognyitásból állott, a féregnyúlvány kiirtása nélkül, a többi tíz részben idült, részben subacut tünetekkel járó eset.

Mindezekben a hosszú bemetszés csak teljesen felesleges szövődményt okozott volna.

Az esetek harmadik csoportjába tartozik az a 7 eset, a melyben a műtétet ugyancsak rövid bemetszéssel kezdte, de a műtét folyamán a bemetszést meg kellett hosszabbitania. A meghosszabbitás indicatioját 2 subacut esetben odanövés alkotta, a többi 5 esetben kisebb tályogok, melyeket a műtét előtt nem lehetett kórjelezni. Ez a 7 beteg mit sem vesztett az által, hogy a műtétet rövid metszéssel kezdtük, de a metszést csak utólag hosszabbitottuk meg.

Az első csoport 16 eseténél az előadó a szokásos ferde incisiót alkalmazta, ellenben a második és harmadik csoport 19 betegénél olyan, csaknem egyenes metszést, mely vagy az egyenes hasizom rostjainak tompa szétválasztása, vagy ugyancsak ezen izom külső szélének felszabaditása után, az izom befelé húzásával, alatta vezetett a hasüregbe.

Tudvalevőleg számos műfogást ajánlottak, melyeknek mind az volna a czélja, hogy az utólagos sérvképződés veszélyét lehetőleg csökkentsék. Ezek közül legismertebb a Mac Burney-féle módszer, a melyet nehány év előtt Riedel „czikk-czakk"-metszés neve alatt újitott fel. Abból áll, hogy a ferde bőrmetszés után a külső ferde izom rostjait ugyanezen irányban tompán szétválasztja, azután a belső ferde izmot és a haránizmot az előbbi irányára csaknem derékszögben szintén rostjaik irányában választja szét tompán.

Az előadó ezt a módszert is több izben kipróbálta és pontosabb betekintést nem igénylő esetek számára elég jónak is tartja, azonban nagy hátránya az a körülmény, hogy a hol műtét közben kiderül, hogy pontosabb betekintésre van szükség, ott még akkor sem ad elegendő helyet, ha az egyenes izom tokjának bemetszésével ezen izmot befelé húzzuk. Ekkor nincs más hátra, mint az izmokat a meghosszabbitott bőrmetszés irányában keresztül-kasul vagdalni, a mikor természetesen a primaer bemetszés előnyei teljesen elvesznek.

Sokkal jobb az a módszer, a melyet másokkal együtt az előadó is gyakorol és a mely a következőkben áll. Tegyük fel, hogy oly esetet operálunk, melynél valószinű, hogy hosszú bemetszésre nem lesz szükség; ilyenkor az egyenes hasizom külső harmada felett az izom rostjainak irányában rövid bemetszést ejtünk, átvágjuk az izomtokot, az izmot tompán szétválasztjuk, átmetszszük a hátulsó izomhüvelyt, a fascia transversát és a hashártyát, és két ujjal a hasba benyúlva megkisértjük a vakbél kiemelését. Ha a féregnyúlvány nincs odanőve, ez a kiemelés könnyen sikerül és a resectiót a hasból kiemelt féregnyúlványon ép oly könnyen végezhetjük, mint a szokásos hosszú bemetszés mellett. Ha ellenben azt tapasztaljuk, hogy a vakbél enyhe húzásnak nem enged, akkor bevezett ujjunkkal meggyőződünk a felől, hogy a kiemelésnek mi az akadálya, és akár kisebb tályog van jelen, akár az idülten lobos féregnyúlvány erősebben oda van nőve, a metszést vagy felfelé, vagy lefelé, a merre szükséges, s a mennyire szükséges meghosszabbitjuk. Akár igy járunk el, akár az egyenes hasizom befelé húzásával alatta metszünk be, mindenképen bizonyos, hogy az izom rostjait nem sértjük, ideget is mentül kevesebbet és örömmel fogjuk tapasztalni, hogy még azon esetekben is, midőn tályogot nyitottunk meg ilyen metszésen keresztül, a midőn tehát a hassebet heteken át nyitva kell tartani és tamponálni: sérv még sem támad egy esetben sem, a mi csak természetes, mert az át nem vágott izom nem húzódhatik vissza és gyógyulás után ép oly tökéletesen zár, mint a műtét előtt.

A fentebb kifejtett fenntartás mellett tehát az előadónak az a meggyőződése, hogy a minden esetben sablonosan alkalmazott hosszú ferde metszés ma már nem jogosult.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(XI. szakülés. 1906. április 28.-án.)

Elnök: **Turcsa János.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Makara Lajos** bemutatásai:

a) **Hólyagrepedés esete.**
b) **Hólyagköképződés a varrófonál körül.**

2. **Elfer Aladár** 16 éves szűcsinast mutat be, kinek bal alsó szemhéját április 16.-án reggel egy pók megcsipte. Másnap a bal, harmadnap a jobb arczfele, sőt a fejbőre is megdagadt. 19.-én jött a klinikára, a hol úgy mikroskopice, mint tenyésztéssel is lépfene-bacillusokat találtak. Paquelinezés ellenére a beszűrődés tovább terjedt a nyakra és a lapoczkaközti tájra. 12 cm³ *Detre*-féle serumnak a venába és 8 cm³-nek a bőr alá fecskendezése után három nappal az oedema eltünt s a beteg ma láztalan.

3. **Lőte József. Módosítás a vérsejtszámláló eljárásban** czimen ismerteti a maga módszerét. Az eljárás lényege az, hogy a vért és a higitó folyadékot külön-külön mérjük le pontosan és a számlálást az egész □ mm. vérsejttartalmára kiterjesztjük. A higitó folyadék összetételében is tett az előadó némi változtatást.

Hozzászól: *Elfer Aladár* és *Jancsó Miklós.*

(XII. szakülés. 1906. május hó 5.-én)

Elnök: **Turcsa János.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Kenyeres Balázs** sorozatos előadásait Röntgen-felvételek bemutatásával kezdi s vázolja a Röntgen-vizsgálat törvényszéki orvostani jelentőségét, kifejtve, hogy azt milyen esetekre ajánlották és milyen esetekben lehet csakugyan használni.

a) **Az élve- és halvaszületés felismerése.**

Légzett és nem légzett tüdők átvilágitását már többen megpróbálták.

Az előadó élve és halva szülöttekről készitett nagyszámú felvételen bemutatja, hogy a légzett és nem légzett tüdő a mellkas átvilágításakor feltünően különböző képet ad; nem osztja azok aggodalmát, kik azt mondják, hogy igen intensiv sugarak a nem légzett tüdőt is átvilágítják, viszont csekély intensivitású sugarak a légzett tüdőn sem hatolnak keresztül. A ki gyakorlott a Röntgen-vizsgálatban, friss holttesten, ha a tüdő jelentékeny része légzett, ezt a felvételen okvetlenül láthatóvá fogja tenni. Több alapja van annak az aggodalomnak, hogy részleges légzést a Röntgen-eljárás nem tud kimutatni. Ez megtörténhetik, bár a módszer helyesen kezelve eléggé érzékeny. Ennek bizonyítására felvételt mutatott be, mely decapitált szülött tüdőjéről készült s nyolcz, mintegy féllencse nagyságú, levegővel telt lebenykét tüntetett fel. Az átvilágítás gyakorlati értéke azonban nem nagy, az ismert tüdőpróbát semmiképen sem pótolhatja.

2. **Markbreit Irén. Adatok a papillán előforduló kötőszöveti meniscusok aetiologiájának ismeretéhez** czimen értekezik. Tíz esetet észlelt az elmeklinikán. Kifejti, hogy fejlődési rendellenességnek tartja e membranákat, mert az illető betegeken a szervezet részéről is sok degeneratiós jel volt. Az egyidejüleg gyakran észlelhető polaris cataracta posterior és az art. hyaloidea persistens arra mutat, hogy e membrana az art. hyaloidea maradványa.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Veseátültetés. *Carrel* és *Guthrie* nagyobbfajta kutyán mind a két vesét a környező kötőszövettel, a hozzátartozó erekkel, idegekkel, sőt az aorta abd. és az alsó fővena megfelelő részével együtt kiirtotta s azután egy másik kutya hasüregébe transplantálta, az erek egyesítésével. Másfél órai műtét után a fonalak megoldásával az átültetett

vesékben a vérkeringést megindították; mind a két vese egyszerre vörös és duzzadt lett s az ureterből tiszta vizelet csepegett. Az uretert azután belevarrták az állat saját ureterébe és végezetül kiirtották a kutya saját veséit. Az állat csakhamar magához tért, két óra mulva már vizet ivott és bőségesen vizelt; a vizelet fehérje nyomain kivül rendellenes alkotórészt nem tartalmazott. Kilencz nappal a műtét után, mikor a szerzők közlésüket tették, a kutyán semmi rendellenesség nem volt észlelhető. (Société de Biologie, 1906. márczius.)

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Folyó év junius havában 1.547,100 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.313,400 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositott összegek fejében 107.793 k. 21 f. fizettetett ki. 1906. január 1-től junius 30-áig bezárólag 8.561,400 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 7.386,000 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki.

PÁLYÁZATOK.

1504/906. sz.

Hevesmegye hevesi járásában alakitott úgynevezett tarnaszentmiklósi XI. **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi **augusztus hó** 1.-ig annyival is inkább adják be, mert a később érkezett kérvényeket figyelembe nem veszem.

A körhöz tartozik Átány, Kömlő, Kisköre, Pély, Tarnaszentmiklós, Hevesvezekény. A körorvos lakhelye Heves. Évi javadalmazás összege 1860 korona. A körorvos kötelességeit a fennálló törvény és szabályrendeletek határozzák meg.

A választást f. évi augusztus hó 3.-án délelőtt 9 órakor Heves községházánál fogom megtartani.

Heves, 1906. évi julius hó 8.-án.

3—1 *Korponay István*, főszolgabiró.

1643/906. kig. sz.

Sárosvá megyében a sirokai járáshoz tartozó **Nagysáros** nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. A községi orvosi állással egybekötött évi javadalmazás 1200 korona; látogatási díjak az orvos lakásán 50 fillér, a beteg lakásán 1 korona; éjjel ezen díjak kétszerese szedhető.

2. A községi orvos, mint ilyen a községben tartozik lakni.

3. Halottkémlést, húsvizsgálatot és vágatási biztosi teendőket a megválasztandó orvos díjmentesen tartozik teljesiteni, nemkülönben köteles a község szegényeit is díjmentesen kezelni.

Kivántatik a magyar és tót nyelvbeni jártasság.

A választás Nagysáros nagyközségházánál f. évi augusztus hó 11.-én d. e. 8 órakor lesz megtartva.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést, életkort és az eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal ellátott és kellően felszerelt kérvényeiket f. évi **augusztus hó** 10.-ig a sirokai járás szolgabirói hivatalánál Eperjesen annál is inkább adják be, mert a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Eperjes, 1906. évi julius hó 7.-én.

A főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A **KRONDORFI** A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Eladó esetleg bérbeadó

a rozsnyói vasasgyógyfürdő — és hidegvízgyógyintézet, —

üdülő- és nyaralótelep, a mely Rozsnyón (Gömörmegye) a m. kir. államvasutak állomásától 20 percznyire fekszik, szelek ellen védett kies fekvésü, lombos és fenyőerdők által környezett völgyben, gyógyhatásu **vasas forrással, 38 lakószoba, vendéglő, táncterem, kávéházhelyiséggel, 24 fürdőkáddal, gőzfürdő és hidegvízgyógyintézettel,** a fürdők és lakószobák teljes felszereléssel, fedett sétány, kuglizó, tenniszpálya, villamos világitással, a várossal telefonösszeköttetéssel ellátva. Közeli kirándulóhelyek: **K.-h. váraljai vár és Franciska-mauzoleum, szádellői völgy, dobsinai jégbarlang és az aggteleki cseppkőbarlang.** Az eladási, illetve bérleti feltételek a **Rozsnyói Takarékpénztár és Zálogház Részvénytársaságnál Rozsnyón** megtudhatók. 2106/6

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 felnőttek és gyermekek részére.

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

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

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára **BUDAPESTEN,** VI., Király-utcza 12.

Amerikai rendszerü **hygienikus központi légfütés** egycsaládos házak, villák, **sanatoriumok, gyógytermek, kórházak** számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

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

Telefon 96—96. Telefon 96—96.

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. 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 édesvizzel.

1664 Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen.

C. F. Boehringer & Soehne
Mannheim - Waldhof

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

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

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

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

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

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

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

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

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen állnak rendelkezésre.

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.**

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, sovanyító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — **Prospektus.** Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA**

AZ OCULARIUMBAN,
szak-intézet szemüvegek részére
Budapest, IV. ker., Kossuth Lajos-utcza 15, félemelet,
Telefon 86—28
biztosság nyujtatik kliensük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemüveg csakis szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltatik ki.

Pápaszemek és orresiptetők 3 koronától feljebb.

„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.

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál
a vízben oldható, jó ízű és kitünően emészthető
Guajacol-készítmény:
Syrupus Guajacoli comp. Hell
Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy
Capsulae Guajacoli comp. Hell
Synonim: **Aphthisin** capsulákban
legjobb sikerrel alkalmaztatik.

A **Guajacol-készítmény** a legmegbizhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

Adag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokocska.

Irodalom: „A tüdötuberculosis kezeléséhez“, Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez“, Aerztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése“, Aerztliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdötuberculosis rationalis kezeléséhez“, Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kivánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokocska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

Ötvenedik évfolyam. 29. szám. *Budapest, 1906. julius 22.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. 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.

Kanitz Henrik: (Közlemény a kolozsvári egyetemi bőr- és bujakórtani klinikáról. Igazgató: Marschalkó Tamás dr., ny. r. tanár.) Pemphigus foliaceus egy esetéről. 707. lap.

Rihmer Béla: A vesetuberculosisról. 710. lap.

Fischer Aladár: A tonocain suprarenale Richter alkalmazásáról a sebészi gyakorlatban. 712. lap.

Tárcza. Bálint Rezső: Egyptom és Sudan. 713. — **Tihanyi Mór**: A prostituáltak ellenőrzése és a rendőrorvosi intézmény Budapesten. 715. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. G. Mayer*: Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Nicolas* és *Cot*: Az emésztés idején beálló hyperleukocytosis. — *Heinecke* és *Deutschmann*: A fehérvérsejtek magaviselete asthmaroham közben. — *Belorvostan. L. Kuttner*: A gyomorrák diagnosisa. — *Gibson* és *Carstairs C. Douglas*: Mikrobás cyanosis. — *Sebészet. Weischer*: A sebkezelés módosítása bőrtransplantationál. — *Treplin*: A hólyagdaganatok sebészi kezelése. — *Claudius*: A catgut sterilizálása. — *Gyermekorvostan. W. Himmelsbach*: Asphyxia neonatorum. *Moussous*: Epidemiás megalerythema. — *Deguy* és *Detot*: A metadiphtheriás mellhártyagyuladások. — *Idegkórtan. P. Kronthal*: Idegbaj-e a hysteria? — *Sicard* és *Bauer*: A cerebrospinális folyadék a Landry-bénulásban. — *F Bricage*: Santonin a tabeses fájdalmak ellen. — *Hügyszervi betegségek. G. Luys*: A vesemedencze mérése. — *F. Balzer* és *A. Tansard*: A kankó therapiája. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Schmidt*: Tüdő-hypostasis megelőzése fekvőbeteg öreg embereknél. — *Birk*: Az aethylmethylxanthin. — Haemostan. 715—719. lap.

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

Vegyes hirek. Kinevezés. — A közegészségi tanács új tagjai. — A IV. országos elmeorvosi értekezlet. — Semmelweis-utcza. — A 7 éven felüli gyermekek tartásköltségei. — Magyar fürdők látogatottsága. — A budapesti önkéntes mentőegyesület kimutatása. — A Szabolcs vármegyei nyiregyházai „Erzsébet“ nyilvános közkórház kimutatása. — Zemplén vármegye sátoraljaujhelyi „Erzsébet“ közkórházának mult évi kimutatása. — Meghalt. — Megjelent. — Kisebb hirek külföldről. — Az új Virchow-kórház. — A német egyetemek orvosi fakultásának látogatottsága. — Balzsam a szunyogcsipés ellen. — A pinczérek szalvétája. — A nátha keletkezése. 720. lap. Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 721. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 721. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 722. lap. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. 722.

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

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

(Közlemény a kolozsvári egyetemi bőr- és bujakórtani klinikáról. Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyetemi tanár.)

Pemphigus foliaceus egy esetéről.

Közli: *Kanitz Henrik* dr., klinikai tanársegéd.

A pemphigus elnevezés alatt összefoglalt kórfolyamatokról még ma is igen homályos ismereteink vannak. Nemcsak a bántalom aetiologiai tényezői ismeretlenek, nemcsak a bőrelváltozások létrejövetelének mechanismusáról eltérők a nézetek, hanem klinikai tekintetben sincsenek e folyamatok kellő pontossággal körülirva, úgy hogy egyenként is, egymáshoz való viszonyukban is a bőrkórtannak még csak kevéssé tisztázott fejezetét alkotják. Ilyen körülmények között minden oly eset érdemes a közlésre, mely akár aetiologiai, akár kórbonczlani, akár klinikai tekintetben a bőrbetegségekről való ismereteinknek kibővítéséhez hozzájárul. Ezért tartjuk megokoltnak egy klinikánkon észlelt pemphigus foliaceus-eset részletesebb ismertetését, melynél a megejtett haematologiai vizsgálat a vérképnek érdekes elváltozását derítette ki. Ezen leletnek kiegészítése czéljából post mortem a csontvelőt is megvizsgáltuk (tudtommal eddig az irodalomban csak egy pemphigus-eset van közölve, melyben a csontvelő szövettanilag megvizsgáltatott) és annak olyan, elváltozásait állapithattuk meg, melyek az élő vérképben kapott elváltozásokkal némileg összeegyeztethetők voltak. Azonban már itten hangsúlyozzuk, hogy bizonyos lejebb részletezendő okoknál fogva a haematologiai vizsgálat eredményét magával az eredeti megbetegedéssel pathogenetikus összefüggésbe hozni nem akarjuk.

Az eset a következő: G. P.-né, 40 éves, férjes, házi foglalkozású nő, felvétetett 1905. október 3.-án. *Anamnesis:* Szülei élnek, anyja gutaütött, apja egészséges, 5 felnőtt testvére van, kik mind egészségesek. 21 év óta van férjnél, gyermekei nem voltak. Havi baját 16 éves korában kapta meg először, mely azóta a megfelelő időközökben rendes mennyiségben és 7 napi tartammal jelentkezett. Csak 8 év előtt voltak hosszabb ideig rendetlen vérzései, melyek nagy alhastáji fájdalmakkal jártak, de orvosi kezelésre körülbelül 1 év alatt megszüntek, úgy hogy azóta ismét rendesen menstruál. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik, luest tagad. Az említett menstruatiós zavaroktól eltekintve, eddig nem volt beteg. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy körülbelül 4 hó előtt mérsékelt viszketés kiséretében különböző nagyságú vörös foltok jelentkeztek arczán és fejbőrén, melyek csakhamar kisebesedtek, mire tetejükön pikkelyek képződtek. Később elszórtan apró hólyagok is támadtak, melyek azonban hamar megnyiltak, úgy hogy helyükön nedvező „sebek“ keletkeztek. Egyébként jól érezte magát és a bőrelváltozások is kenőcsös kezelésre nehány hét alatt nagyrészt begyógyultak. A javulás azonban nem volt állandó, mert már rövid idő mulva új és az előbbiekhez hasonló kiütések keletkeztek, de most már sürübben és a nyak valamint a vállak bőrét is ellepve. A folyamat több látszólagos javulás által megszakítva a következő hónapokban fokozatosan terjedt, végre a hajzatos fejbőr, arcz, nyak bőre egész kiterjedésében megbetegedett, a mellen, háton és végtagokon is keletkeztek kiütések. Utóbbi időben bágyadtnak érzi magát, étvágytalan, álmatlan, a viszketés is erősebb mint azelőtt. E tünetek által aggasztva, október 3.-án klinikánkra vétette fel magát.

Jelenállapot: Középtermetü, gyengébben táplált és kissé lesoványodott nőbeteg. Izomzat térfogata kissé megfogyott és petyhüdt tapintatú. Sensorium tiszta, idegrendszer sem az érzési,

sem a mozgási körben eltérést nem mutat. A belső szervek részéről kóros elváltozás nincs jelen. A vizelet tiszta, idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A köztakaró igen súlyos és nagy kiterjedésü kóros elváltozásokat mutat. A hajzatos fejbőrön, arczon, nyakon normális, ép hámmal fedett köztakaró egyáltalában nincsen, ezeken a helyeken a testfelületet körömnyi és nagyobb, négyszögü vagy szabálytalan alakú pikkelyes felrakódások borítják, melyek piszkos-sárga színüek, kissé zsíros tapintatúak, több rétegü, leveles szerkezetüek és sürün egymás mellé állva az említett helyek bőrét mozaikszerüen apró területekre osztják. E pikkelyek csak lazán függnek össze az alapjukkal, úgy hogy kutatóval könnyen eltávolíthatók, a mikor a vérzékeny, mérsékelten nedvező, rózsavörös, fénylő irha tünik szembe. A leirt elváltozások a nyakról lehúzódnak a vállakra, a hát legfelső részére körülbelül a spina scapulae magasságáig és a mellre, annak középvonalában a szegycsont alsó széléig terjedve. Egyébként a törzsön, és pedig a has bőrén, a mellkas oldalán minden rendszer nélkül elszórtan látunk lencsényi egész tallérnyi erythemás foltokat és különböző nagyságú excoriatiokat, melyeknek alapját legtöbbnyire a fakóvörös Malpighi-réteg, helyenként azonban, a hol t. i. a hámréteg in toto hiányzik, az irha szemölcsös rétegének finoman szemcsés és nedvező felülete alkotja. A hámfosztott területek szélén sokszor egy gallérszerü, leemelödött, kékes-szürke hámszegély látható, mintegy jelezve, hogy az elváltozások hólyagokból származtak. Ezen felületes excoriatiokat, melyek között nagyobb, szabálytalan, sokszor rendkivül szeszélyes alakú és nagyobbára ivelt, serpiginosus vonalak által határolt hámfosztott területek is láthatók, ép úgy mint az arcz bőrét, mozaikszerüen egymás mellé álló, piszkossárga, kissé büzös szagú, felkunkorodott szélü, több rétegü pikkelyek borítják.

A törzs oldalain különösen a nagyobb hámfosztott területek körül elszórtan apró, borsónyi, petyhüdt, ránczos falú hólyagok is láthatók, melyeknek zavaros tartalma megszúráskor gyorsan kiürül. Mindkét lágyékhajlatban 1—1, körülbelül cseresznye nagyságú, zavaros-genyes váladékkal töltött, lötyögő hólyag látható. Sok helyütt a szarúrétegnek leválása nem történik typikus hólyagok alakjában, hanem a hámréteg alá, illetőleg lemezei közé kiáramló savó elhelyeződése szerint vagy csak a szarúréteget, vagy a hol az exsudatio mélyebb rétegekbe történt, a hámnak többi rétegeit is alapjukról nagyobb területeken egyszerüen leemeli. Ez különösen jól látható a nagyobb laesiók körül, a hol a szarúréteg az excoriatio szélétől peripherikus irányban sokszor egy cm. vagy még nagyobb távolságban zavaros savó-felhalmozódás folytán a mélyebb rétegekről leemelödött. Ez a tünet a szarúréteg és az epidermis többi rétege közti összefüggés meglazulására enged következtetni, a mire különben az is utal, hogy a szarúréteget egészen enyhe dörzsölő nyomással teljesen egészségeseknek látszó helyeken is le lehet a Malpighi-réteg tetejéről választani.

A végtagokon az elváltozások sokkal kisebb fokúak és gyérebbek; csak elszórtan látható egy-egy erythemás folt, vagy nagyobb hámfosztott terület, vagy nagyob kiterjedésü leemelödése a szarúrétegnek alatta meggyülő savós exsudatum folytán. Csak a bal felső végtag bőre van nagy fokban megtámadva, a mennyiben majdnem egész kiterjedésében a törzsön levő elváltozásokhoz hasonló laesiók láthatók rajta. A látható nyálkahártyák rendesek.

Subjective a beteg mérsékelt viszketésről panaszkodik, fájdalmak csak mozgáskor jelentkeznek a legjobban megtámadott helyeken, időnként, különösen ha bőre huzamosabb ideig érintkezik a levegővel, borzongást érez. Közérzete egyébként — csekély bágyadtságtól eltekintve — elég kielégítő.

Az egész kórkép egy a pemphigusok csoportjába tartozó kórfolyamatnak a benyomását tette, és pedig tekintve a hólyagok kis számát, petyhüdt voltát, tekintve továbbá a hámrétegnek sok helyütt egyszerüen nagyobb lemezekben, hólyagképződés nélkül való leválását, valamint az egyes hámrétegek közti összefüggés meglazulását, a betegséget — a végleges diagnosist természetesen a lefolyástól tevén függővé — pemphigus foliaceusnak minősítettük.

A kórlefolyásból, mely a diagnosis helyességét beigazolta, a következő adatokat emelem ki. A beteg október 3.-tól október 24.-ig volt észlelésünk alatt. Alkalmazott therapia kezdetben fürdők és közömbös kenőcsök külsőleg, Fowler-oldat belsőleg. A beteg kórházi tartózkodásának első hetében a törzsön, és pedig a mellkas oldalán és a has bőrén, valamint a czombok belfelületén rendesen a régibb laesiók körül csekély számban új, borsónyi egész babnyi ránczos falú hólyagok támadtak, melyek keletkezésük után csakhamar megnyiltak. Másfelől a folyamat úgy is terjedt, hogy a már meglevő kisebb és nagyobb hámfosztott területek körül peripherikus irányban haladt előre a hám alá illetőleg annak rétegei közé történő savós exsudatio. Az ily módon leválasztott hámrétegek azután beszáradtak és a kiszivárgó savós váladékkal együtt ama már többször leirt pikkelyes felrakódások képződéséhez vezettek. Igen sok helyen lehetett látni, hogy a pikkelyek alatt a hám idővel regenerálódott, csakhogy legtöbbször az újonnan képződött hámréteg újolagos savókiáramlás folytán újból és újból leemelödött.

Némely helyen azonban az exsudatio idővel megszünt, e helyeken a pikkelyes felrakódások leestek, az alattuk képződött fiatal hámréteg megtapadt és consolidálódott. Ezen gyógyulási folyamat a törzsön csak elszórtan, kisebb területeken volt látható, legkifejezettebb volt az arczon, melyet a második hét végén már majdnem mindenütt frissen behámosodott, kékesen áttünő bőr fed. Hasonlóképen a bal felső végtagon is meglehetősen visszafejlődnek az elváltozások. Sok helyütt, különösen a has bőrén és végtagokon a régi bőrelváltozások helyén barnás pigmentfoltok maradnak vissza.

Az erőbeli állapot egészen a 3. hét elejéig kielégitő maradt, a belső szervek részéről kóros eltérés nem mutatkozott, az egyedüli tünet, mely a bántalom súlyos voltára utalt, a hőmenet volt. Október 4.-én, tehát a bejövetel utáni napon a hőmérsék 39° C.-ra emelkedett és ettől kezdve állandóan magas, egészen 40·8° C.-ig emelkedő, nagyobb reggeli remissiók által megszakított hőemelkedések álltak fenn. A 2. hét végén a beteg ereje kissé hanyatlik, étvágytalan, elesett, a 3. hét elején a gyengeség fokozódik, a vizeletben minimális fehérje mutatható ki, a baloldali tüdő felett alul hátul körülbelül négy harántujjnyi területen tompult kopogtatási hangot kapunk. Október 22.-én a hömérsék, mely a megelőző napokban valószinüleg a pyramidon hatása alatt kissé csökkent, újból 40·2°C.-ra emelkedik, a beteg igen gyenge, soporosus, pulsusa szapora, kihagyó, könnyen elnyomható, a vizeletben 2% fehérje, a tüdőtompulat terjed felfelé. Kámforinjectio. Október 23.-án a beteg még gyengébb, a nagyobb izületekben activ és passiv mozgatáskor nagy fájdalmakat érez, a bal térdizület duzzadt, baloldalt a parotideális és submaxilláris tájakon a bőrben és böralatti izületben tenyérnyi, tésztás tapintatú beszürödés érezhető, a tompulat az egész bal mellkast elfoglalja, felette hörgi légzés. Október 24.-én teljes öntudatlanság, a szivmüködés folytonosan gyengül, este 6 órakor exitus.

1905. október 25.-én délelőt 10 órakor sectio. (A bonczolást Buday tanár végezte.) A bonczolási jegyzőkönyvből a következőket emeljük ki: Alacsony termetü, kissé lesoványodott női hulla, a háton elég sok szederjes hullafolttal. (A köztakaró leirását ismétlések elkerülése czéljából kihagyom.)

Pupillák középtágak, nyak vastag, mellkas széles, domború, emlők középnagyok, has mérsékelten elődomborodó. Koponya jobb hátulsó fele lelapított, felül vastagabb, az agyburkok a bal agyfélteke domborúságán genyes-rostonyás lepedékkel vannak fedve és savós genynyel beszürödve. Ezen elváltozás különösen a fali lebenyt illeti, lefelé a fossa Sylvii-ig terjed, előre a homloklebeny hátulsó harmadát is elfoglalja. Egyebütt az agyburkok vérszegénységtől eltekintve épek. Agygyomrokban valamivel több tiszta savó. Érfonatok halványak, agyvelő vérszegény, tömött.

Hasürben semmi folyadék, hashártya fénylő, kivéve a májburok később említendő elváltozását. Rekeszállás jobb oldalon IV., bal oldalon IV—V. borda magasságában.

Bal mellürben 1 liter folyadék, melynek felső része áttünő vörhenyes, mélyebb része genyes-rostonyás czafatokkal bőven kevert. A bal tüdő a gerinczhez visszahúzódott, alsó lebenye erősen összenyomott, a pleura különösen a hátulsó részen genyes-rostonyás álhártyákkal van borítva. Az alsó lebeny hústapintatú, légtelen, sötétvörös, a rekeszi szélben oldalt körülbelül diónyi

terület sötét feketés-vörös, vérzéses és itt bemetszésnél a tüdő vérzéses, a határon zavaros savóval beszürődött. Egy idevezető, körülbelül vájtkutatóvastagságú verőér sárgás alvadékkal eldugaszolt. A jobb tüdő hátulsó részei szederjesek, összeestek, légszegények, mellhártyája mindenütt tükröző, metszéslap általában vérdús; leghátulsóbb részei sötét cyanotikusak.

Szívburokban elég tiszta savó, szívburok a bal mellür felőli részen kissé belövelt, de rostonyával nem fedett. A tágult jobb szívfélben sok kocsonyás, borostyánsárga alvadék, izomzat kissé satnya, billentyük épek, aorta fala valamivel vastagabb.

Tonsillák, garat szederjesek, gége, légcső, nyelv szintén belövelt, bárzsing alsó részében kevés folyadék.

Lép főleg vastagságban nagyjából másfélakkora, súlya 300 gramm, állománya hol sötétebb, hol világosabb barna-vörös, általában lágy, könnyen kivakarható.

Vesék cyanotikusak, azonban a felület és a lobrok határán levő erek nagy vérteltsége ellenére a homályos-szürke alapszín felismerhető. A vesék valamivel nagyobbak, ébrényi lebenyzettségük megmaradt.

Máj valamivel nagyobb, főleg vastagságban, 1900 gm. súlyú, a burok alatt a májállomány nem egyforma rajzolatot mutat, a mennyiben foltonként váltakozva hol sötétebb szederjes, durva rajzolattal, duzzadt acinusokkal, hol pedig vérszegényebb, kissé bemélyedt. Az utóbbi területek teszik a májállomány zömét. Ugyanezen különbségek a metszéslapon is megvannak. A kiemelkedő sötétebb vörös, körülbelül fillérnyi területek felett több helyütt a májburok körülirtan fibrinhártyával borított, főleg a jobb lebenyen. Máj állománya általában törékeny, epehólyagban aránylag híg kevés epe.

Belekben sárgás, pépes, vastagbelekben valamivel összeállóbb bélsár és egy nöstény ascaris. Nyálkahártyája halvány. Gyomor nyálkahártyája halvány.

Gerinczvelő kivétetett, makroskopice némi lágyságtól eltekintve rendellenességet nem mutat.

Húgyhólyag összehúzódott, nyálkahártyája halvány; a külső méhszáj két oldalán keskeny, heges repedések; méh valamivel nagyobb, anteflectált, nyálkahártyája halvány; petefészkek rovátkoltak, tömöttek, a balban egy diónyi, vékonyfalú, savóval kitöltött tömlő.

Diagnosis: *Pemphigus foliaceus. Meningitis seroso-purulenta convexitatis hemisphaerae sinistr. cerebri. Pleuritis serofibrinosa purulenta sinistra. Compressio pulmon. sin., infarctus haemorrhagicus et suppuratio lobi infer. pulmon. sinistr. ex embolia septica ramuli arter. pulmonal. Tumor acutus lienis, degeneratio parenchymatosa renum. Hepatitis parenchymatosa disseminata cum perihepatitide fibrinosa. Hydrops follicul. ovarii sinistri.*

Megemlítendő még, hogy a lépből tiszta culturában streptococcus volt kitenyészthető, ép úgy az agyvelőbeli genyben, valamint a tüdőinfarctus körüli zavaros savóban nagyszámú streptococcus.

Mielőtt áttérnék az élőben megejtett vérvizsgálatra, a pemphigusoknál általában és különösen a pemphigus foliaceusnál eddig talált *haematologiai leletek* főbb adatait szeretném röviden előrebocsátani. Mindjárt itt megjegyzem, hogy a vérben eddig leirt elváltozások nem állandók és egyformák, valamely törvényszerü előfordulásról pedig egyáltalában nem lehet beszélni, úgy hogy azok a hólyagképződéssel járó dermatosisokra általában vagy azok bizonyos typusaira jellemzőknek nem mondhatók. Nem szabad számon kivül hagynunk azon körülményt sem, hogy a talált eltérések a normális vérképtől bizonyos fokig a kórfolyamat alatt kifejlődő következményes anaemiára, a táplálkozásnak súlyos zavarára és az ennek folytán megváltozott vérkeringési viszonyokra vezethetők vissza.

Az *eosinophil-sejtek megszaporodása* volt az egyetlen vérelváltozás, melyet hosszú ideig jellemzőnek tartottak a pemphigusok bizonyos alakjaira, de erről is mind jobban kitünik, hogy korántsem bir azon jelentőséggel e folyamatok pathologiájában, melyet neki némelyek tulajdonítottak.

Az eosinophiliát főképen a *dermatitis herpetiformis Duhringra* tartották typikusnak, még pedig olyannyira, hogy e tünetet a kórjelzés megállapításánál, nevezetesen a pemphigusok egyéb alakjaitól való megkülönböztetés czéljából is felhasználhatónak vélték. Sőt *Leredde* az élő vérképben kimutatható nagyfokú eosinophilia alapján a Duhring-féle kórképet vérbetegségnek tartja, melynek kiindulási pontját a csontvelőbe helyezi, míg a bőrelváltozások létrejövetelét akként magyarázza, hogy a szervezet a nagy fokban megszaporodott eosinophil-sejtektől a bőrön keresztül mintegy megszabadulni iparkodik. Egészen eltekintek most azon egyéb körülményektől, melyek a Duhring-féle dermatosisnak önálló kórkép gyanánt való felfogása és a pemphigusok egyéb alakjaitól való éles elkülönítése ellen szólnak; csak a haematologiai adatokra vonatkozólag jegyzem meg, hogy a positiv észleletekkel szemben vannak nagyobb számban olyanok, melyek azt bizonyítják, hogy az eosinophilia a dermatitis herpetiformis Duhring tünettanában, de különösen aetiologiájában döntő jelentőséggel nem bir. Kitünt ugyanis egyfelől, hogy az eosinophil-sejtformák megszaporodása a Duhring-féle betegségnél nem fordul elő oly törvényszerüséggel, a mint azt sokan állították. *Hallopeau* már 1889-ben leirt egy dermatitis herpetiformis esetet eosinophilia nélkül és azóta sokan megállapították e vérelváltozás hiányát a Duhring-féle kórképnél, így legutóbb *Verotti*, ki viszont pemphigus vulgaris két esetében mutatta ki e sejtformának nagyobb számban való jelenlétét. Másfelől kiderült *Zappert*, *Canon* és mások vizsgálataiból, hogy az eosinophil sejtek egyéb nagykiterjedésü bőrbetegségeknél is meg vannak szaporodva. „Kár“ mondja *Heuss*, ki szintén a dermatitis herpetiformis Duhring önállósítása mellett foglalt állást és ennek egyik bizonyítékát épen az eosinophiliában vélte látni „hogy más bőrbetegségeknél, így scabiesnél, pemphigusnál, herpesnél és eczemánál is nagy számban találunk eosinophil-sejteket a vérben.“ Nagyon természetes, hogy e tünetnek ily módon differential-diagnostikus értéke nem lehet.

Még sokkal kevésbé megokolt az a nézet, mely az eosinophiliát a hólyagképződéssel járó bőrbetegségek egyéb typusaira is jellemzőnek tartja és kiindulva abból, hogy az eosinophil sejtek a csontvelőben képződnek, gyérszámú haematologiai lelet alapján a csontvelő kóros elváltozásában látja e folyamatok lényegét. Ezen elmélet megalapítója *Leredde*, a ki szövettani és haematologiai vizsgálatai alapján a Duhring-féle kórformát a *pemphigus foliaceussal* és a *Neumann-Haellopeau*-féle *pemphigus vegetans*-sal azonosítja és kijelenti, hogy e dermatosisok egymással rokon kórfolyamatok, a mennyiben egy és ugyanazon vérbetegségnek csak klinikai megjelenésükben különböző typusait teszik. Szerinte mind a három kórfolyamatnál *az eosinophilia alkotja a betegség lényegét kitevő kóros elváltozást*, mely nemcsak abban nyilvánul, hogy az eosinophil-sejtek a keringő vérben tetemesen meg vannak szaporodva (1—2% helyett 8—33%), hanem abban is, hogy az említett sejtformák a bőr vérereiben, a perivasculáris szövetben, a hámréteg hézagaiban és a hólyagok tartalmában is feltünő nagy számban találhatók, úgy hogy a bőrön át való kiküszöböltetésükre lehet gondolni. Minthogy pedig az eosinophil-sejtek keletkezési helyének, ha nem is kizárólagosan, de főképen a csontvelőt tekinti, az eosinophiliát a csontvelő megbetegedésére vezeti vissza és az említett kórfolyamatokat toxikus (esetleg bakteriotoxikus) vagy infectiosus betegségeknek tartva, felveszi, hogy a supponált toxinok a csontvelőre hatnak elsődlegesen, míg a bőrelváltozások csak másodlagosan, a csontvelő megbetegedése folytán keletkező vérelváltozás (eosinophilia), illetőleg a kórosan müködő csontvelő által termelt mérgező anyagok közvetítésével jönnének létre. A csontvelő megbetegedésének bizonyítéka gyanánt *Leredde* még arra is hivatkozik, hogy nehány esetben, különösen pemphigus foliaceusnál, az eosinophil-sejteken kivül kis számban oly kóros fehérvérsejtformákat is talált az élő vérképben, melyek nyilvánvalóan a csontvelőből származtak (?), végre utal az említett betegségeknek osteomalaciával és izületi bántalmakkal való együttes előfordulására. Mindezeknél fogva a Duhring-féle betegséget, a pemphigus foliaceust és a pemphigus vegetanst *„haematodermitisek“* neve alatt egy csoportba foglalja.

(Folytatása következik.)

A vesetuberculosisról.[1]

Irta: *Rihmer Béla* dr., közkórházi rendelőorvos.

(Folytatás.)

II.

Bizonyára feltünt már az eddig említett esetekben is, hogy a vesetuberculosisos betegek első panaszai cystitises tünetek voltak. Az eddig említett 5 eset közül kettőnél, hol hamar beavatkozhattunk, a vesetünetek ki sem fejlődtek, 2 másiknál, kiket szintén megoperáltunk, a cystitises tünetek fennállása után hónapokkal, az 5. nem operáltnál évek mulva állottak be a vesetünetek. Régebben az ilyen eseteket, mint ez a három utolsó, ascendáló vesetuberculosisnak tartották volna, pedig egyikük sem az. Az egyik a beteg vese elvételével teljesen meggyógyult, a másik kettőnél hozzáértő szakértő a kezdeti időben megtükrözte és épnek találta a hólyagot, tehát a folyamat nem indulhatott ki innen.

Ma már nyilvánvaló, hogy hasonló esetekben a cystitises tünetek jelenléte és a vesetünetek hiánya félrevezette az észlelőket és félrevezeti sokszor még ma is, 80 évvel Howship után, ki már tudta, hogy az egyszerü nephritissel szemben „a scrophulás vesemegbetegedés" hólyagtünetekkel kezdődik.

És ezzel a nem eléggé és nem elégszer hangoztatható tétellel térek át a vesegümőkór kezdő tüneteinek felsorolására.

Előbb jeleznem kell az alapul szolgáló klinikai anyagot. Magángyakorlatomban, Makara, Dirner tanár osztályán és újabban a szt. Margit-kórházban Irsai tanár osztályán, kik ezirányú törekvéseimet támogatni szívesek voltak, eddig 22 esetben állítottam fel kétségtelen biztossággal a húgyszervi gömőkór diagnosisát, 18 ezek közül eléggé megfigyelhető volt, hogy a mai czélra kórtörténeteiket értékesíthessem. 6 eset került műtétre, 3-at mások operáltak, 3 at magam.[1] A 18 esetből 2 férfi, 16 nő volt.

* * *

A 18 vesegümőkór esetében 15-ször kezdődött a baj hólyagtünetekkel. A betegeknek feltünt, hogy gyakrabban, 1—1½ óránként kell vizelniök és ez a gyakoriság éjjel, bár kisebb mértékben, megmarad. Voltak esetek, hogy eleinte fel sem tünt, hogy a vizelet zavaros. Más esetekben a gyakori vizelés és zavarodás mellett a vizelés végén fájdalom is jelentkezett, mely sokszor hasonlított a köves beteg által panaszolt fájdalmakhoz, máskor a főpanasz a húgycsőben érzett égető érzés volt. Egyes esetekben a fájdalmak kisugároztak a húgycső külső nyilásába, a vulvába, vaginába és egy esetben a végbélbe. A gyakori, fájdalmas vizelés, genyes vizelet a cystitis jelei és mint ilyenek nem engednek még gyanut táplálnunk, hogy itt specifikus cystitis, avagy még veseaffectio is van jelen.

Gyanussá lesznek azonban a panaszok, ha tekintetbe veszünk bizonyos körülményeket, melyek között a cystitis megjelenik és lefolyik. Ezek:

1. Ha a cystitis tünetei blennorrhoeás megbetegedés, katheteres infectio nélkül, lopódzva jelennek meg (a 15 eset közül 14-szer, 3-szor érintetlen leánynál).

2. Nehezebben gyanakodunk, ha egy blennorrhoeás eredetü genitális megbetegedéshez társul a cystitis, mint egy esetünkben, de gyanússá válik azonnal, ha az ilyen cystitis rationális kezelésnek nem enged.

3. Ha a legelső hetekben nem is, de később gyakran feltünik, hogy az eset chronicitása és a tünetek hevessége közt aránytalanság áll fenn.

A 15 eset közül 9-szer tükörrel a hólyagot vagy teljesen épnek találtuk, vagy a beteg vese ureternyilása körül voltak csak kisebb elváltozások. Ilyen esetekben a gyakori fájdalmas vizelést, a tenesmust, a kisugárzó húgycső-, makk-, vulvafájdalmakat a vesebeli gümös gócz váltja ki és tartja fenn. Megesett, hogy teljesen ép hólyag mellett a tenesmus oly erős volt, mint a milyent egészen acut cystitisnél szoktunk látni, vagy a késői tuberculosis és cystitis eseteiben, nagy kiterjedésü hólyagmegbetegedéssel. Ez azonban a kezdeti szakban ép hólyag mellett aránylag mégis ritkább jelenség. Megesett, hogy a tünetek egészen szeszélyesen súlyosodtak, majd egy időre megjavultak.

A 18 esetből 3-nál nem hólyagzavarokkal kezdődött a betegség.

Ezek közül egy esetben egy férfinál, kinek bal mellékheréjében egy kis keményedés volt jelen, mely egy 3 év előtt spontan támadt, torpid epididymitis után maradt fenn, az összes tünetek egy influenza és icterus után beállott és két éve fennálló pyuriában állottak. A vizelés nem volt gyakoribb, nem volt fájdalmas, tükörrel a hólyag teljesen ép volt.

A 17. esetben egy 59 éves nőn 2 esztendővel a hólyagzavarok beállta előtt 7 hónapon át gyakran és minden ok nélkül jelentkező vérvizelés volt az első tünet. A vérzés vesebeli eredetü volt, mert még 4 év mulva is, mikor tükörrel megvizsgáltam a hólyagot, teljesen épnek találtam; egyoldali vesetuberculosis volt jelen. Izolált vérvizelés hólyagtünetek, genyes vizelet nélkül aránylag a ritkább tünetek közé tartozik, mégis most már elég eset van az irodalomban említve. Vannak esetek, hol az ilyen vérzés igen soká (évekig) volt az egyedüli tünet, sőt vannak esetek említve, melyekben oly bő volt, hogy a vese kiirtása vált szükségessé. *Routier, Israël, Schmidt* stb. eseteiből azután kiderült, hogy ennek a haematuriás alaknak a gümös folyamatnak egy különleges localisatioja lehet az oka: a papillák szabad csúcsának gümös elfekélyedése.

Az imént leirt alaknál gyakoribb a vérzésnek az a formája, mikor cystitises tünetek mellett apró, csikszerü, sokszor csak mikroskoppal megállapitható vérzés van jelen. A mint látjuk, az eddigi esetekben a kezdeti tünetek alig irányitották a figyelmet a vesékre. Nem azért, mintha vesetünetek teljesen hiányoztak volna, de a legtöbbször oly csekélyek voltak ezek, hogy a betegnek fel sem tüntek. Egy kis húzó vagy nyilaló fájdalom az egyik oldalon, vagy hogy nem tud az egyik oldalon feküdni, voltak bővebb kikérdezésre a panaszok.

Van azután a vesegümőkórnak egy faja, a kólikás vagy neuralgiás alak, hol a tünetek mindjárt a vesére utalnak, nagyon hasonlók lehetnek kőkólikákhoz és ezáltal tévedésre is vezethetnek. Ilyen esetet észleltem *Maninger* dr.-ral együtt. A tényállás csak a műtétkor derült ki.

Egy esetemben, ha egy több évvel azelőtt egy hónapig tartott vérvizeléstől eltekintünk, teljesen a kőkólikához hasonló tünetek voltak az első jelek, csak később állott be a gyakori vizelés.

Ha most áttérünk az objectiv tünetekre, azt fogjuk tapasztalni, hogy a kezdeti szakban bizony ezek is sokszor hiányosak és téves útra terelhetnek. A vese elég gyakran nem tapintható, vagy ha tapintjuk is, különösen nőkön a jobboldalit, megmagyarázza a sokszor jelenlevő ptosis. Volt esetem, hol épen ebből a tapintható veséből, mely még spontan fájdalmas is volt, kaptunk ureter-katheterrel ép vizeletet. Később a vese megnagyobbodása többnyire kimutatható, de nem kell hogy igy legyen. Két műtétre került esetben pl. a vese kisebb volt.

Bimanuális vizsgálatkor a hólyagfenék többnyire érzékeny, még oly esetekben is, mikor a hólyag teljesen ép. *Ha ez az érzékenység csak a hólyag egyik oldalán van jelen — az egyik uretertájon —, feltünő eltérést jelent a közönséges cystitis-esetektől.* Ezekben az egész hólyagfenék fájdalmas szokott lenni és a fájdalom tetőpontja a fenék közepén van. A sokat említett *ureter-megvastagodást* egy korai esetben észleltük csak. Nagyon korán és igen gyakran beáll a *hólyagcapacitás csökkenése.* Ez ismét oly tünet, melyet már ép hólyagnál is észleltünk. Alig volt eddig vesegümőkór-esetem, melyben a hólyag 100 gm.-nál többet befogadott volna. Ha ilyen rejtélyes cystitis esetében a hólyagvizsgálatnál a 3 utolsó tünetet: egyoldali érzékenységet, tapintható uretert, lecsökkent capacitást találunk, nagyon erőssé válik a gyanu, hogy gümös vesével van dolgunk.

Igen fontos férfin, de nőn is, a genitaliák megvizsgálása. Erre kell legkevésbé figyelmeztetni. A heréket nem igen mulasztják el megnézni, ha azután gümös mellékherét találnak, megnyugszanak, hogy gümös cystitis van jelen, pedig lehet, mint egy előbb említett esetben is láttuk, hogy coordinált vese- és ivarszervi tuberculosis van jelen és a hólyag nem is beteg. A nőorvosok, mint *Stöckel* mondja, ilyen csekély hólyagtüneteknél gyakran

[1] Előadásom óta még két vesekiirtást végeztem tuberculosis miatt, 5 eset = 0 műtéti mortalitással.

megelégednek azzal, hogy a méh valamelyes helyzetváltozását találják, vagy kis cystokelet, a mi a vizelési zavarok magyarázatául szolgál és elnézik a kezdődő vesegümőkórt. Míg a férfin a a gümős genitalis megbetegedés nem ritka (Rovsing eseteiben 24 férfinál 10-szer), ritkaság az a nőn. Dirner tanárral észleltünk egy ilyen esetet, melyben gümős pyosalpinx (műtét, szövettani vizsgálat) és vesegümőkór volt jelen.

Mindezekből kitünik, hogy minden genitalis gümőkór esetében, ha a vizeletben geny van, gondolnunk kell arra, hogy vesegümőkór lehet jelen.

Mielőtt áttérnénk a vizeletvizsgálatra, még az általános egészségi állapotot és az egész szervezetet át kell vizsgálni. A baj kezdetén a lesoványodás nem feltünő, sőt két esetünkben a beteg szine egyenesen viruló volt. Ha azután mérni van alkalmunk a beteget, többször tapasztalhatjuk, hogy egészen kis, 37—37·1—37·3-ig menő, rendetlenül jelentkező hőemelkedések vannak; Israël szerint többnyire azoknak, kiknek már a hólyagjuk is beteg.

Mindig meg kell vizsgálni a mellkasi szerveket, nyaki mirigyeket. Véletlen lehet, hogy eseteim közül csak egyszer volt eléggé kifejezett kétoldali apexfolyamat, a többiben a tüdő ép volt. Egy esetben régi scrophulodermás hegek voltak az arczon.

Mindezeket elvégezve megvizsgáljuk a vizeletet. A secundaer infectiós esetektől eltekintve a vizelet mindig savi, a geny kevés; az ablumen 1%-nál nem több, az esetek túlnyomó többségében *vörösvérsejtek* vannak jelen és ez mindig fontos diagnostikus jel. Vesealakelemek rendszerint hiányoznak. Ha a hólyagot még eszközzel nem vizsgálták előttünk, a *geny steril*, azaz a nehezen és lassan tenyésző Koch-bakteriumon kivül más mikrobákat nem találunk. Igy sikerült Krompecher-nek 4 esetemben a sterilen vett vizeletből glycerines burgonyatáptalajon a Koch-bacillust kitenyészteni, a mi vegyes infectio esetén tudvalevően nem sikerül.

Ezek voltak t. uraim a vesegümőkór korai tünetei, úgy a mint azokat a beteg panaszai és oly vizsgálatok alapján, melyeket bármely orvos elvégezhet, megállapithatjuk. Ezek a tünetek egyenként véve majd mind olyanok, minőket más húgyszervi bántalmaknál is találunk; összeségükben sem elegendők a kórjelzés biztos felállítására; a legtöbbször még akkor sem, ha a cystoskopia és uretercatheterismus adatait is hozzáveszszük. A legtöbb esetben azonban elegendők arra, hogy a vesetuberculosis gyanuját felkeltsék. Összefoglalva már most a mondottakat, *minden rejtélyesen kezdődő cystitis esetében, de minden genitális bajhoz társuló és rationális kezeléssel daczoló hólyaghurutnál is, minden makacsul fennálló pyuriánál gondolnunk kell arra, hogy vesetuberculosis lehet jelen. Minden homályos eredésü vérvizelésnél vagy vesekolikánál, melynek okát köben vagy daganatban meg nem találtuk, gondoljunk vesegümőkór lehetőségére.*

Tekintetbe véve a tünetek elmosódottságát, *minden ilyen esetben az első teendőnk legyen a specifikus bakteriumnak keresése a vizeletben.*

Mielőtt a beteg hólyagját tovább kezelnők, mielőtt cystoskopiát végeznénk, ezt a kérdést kell elintézni. Ez alól kivételt csak két esetet ismerek: haematuriánál nézzük meg a hólyagot, mert daganat lehet jelen, kolikánál pedig előbb Röntgen-képet vegyünk fel, mert kő lehet jelen. Ezen esetektől eltekintve, mindig előbb a bakteriumot keressük, mert ez van hivatva az aetiologia kérdését tisztázni, azután jő csak a cystoskop, mely hivatva van lokalizálni. Igy azután nem fogunk uretercatheterismust végezni chronicus gonorrhoeás cystitisnél, a mi hiba, ha másért nem, mert felesleges.

* * *

A vizeletben a bacillus kimutatásának két közkézen forgó módja van: *a festés* és *állatoltás*. Ezekhez társul egy közvetett methodus: a gümős gócz és a szervezet reactioja *tuberculinra*.

A gümőbacillus feltalálása a vizeletben köztudomásúan nehéz. 1901-ben *Küster* 195 összeszedett esetben nem egész 50%-ban jelez positiv leletet.

Alig, hogy a gümőbacillust felfedezték, már zavart okoztak az ú. n. smegmabacillusok, melyek szintén savállóknak bizonyultak. Savállóságuk azonban gyengébb lévén, daczára *Herczel* 1890-ben tett ajánlatának, hogy tévedések elkerülése végett állatoltást végezzünk, eleinte megelégedtek a Ziehl-Neelsen- vagy Ehrlich-féle festéssel. A mely pálczika ezzel festődött, az tuberculosis-bacillus volt. 1896-ban — mint ezt *Aujeszky* szép tanulmányából kivesszük — egyszerre kiderült, hogy ez a mikrochemiai reactio hasznavehetetlen. A smegmában találtak bacillusokat, melyek épen úgy megfestődtek vele, mint a Koch bacillusok. *König, Loumeau*, újabban még *Milchner* közölt eseteket, melyekben ilyen festés alapján carcinoma, köves vese, inficiált hydronephrosis esetében vesegümőkórt állapitottak meg és vesekiirtást végeztek. 1896 után azután megint egy egész sora az újabb festési módoknak támadt, melyeknek czélja a smegmabacillus elkülönítése a Koch-bacillusoktól. Ezek mind azon alapulnak, hogy a smegmabacillusok savállók, de kevésbé alkoholállók lennének, mint a Koch-bacillusok. Másodszor, minthogy úgy találták, hogy az előbbiek a külső nemi szervek smegmájával kerülnek a vizeletbe, ajánlották, hogy catheterrel sterilen kell venni a vizeletet és igy vizsgálni.

Ezekre a kérdésekre nézve *Pertik* tanár intézetében én is végeztem vizsgálatokat. Ezek három irányúak voltak.

1. Csakugyan csak a smegmával keveredhetnek a vizeletbe savállók, vagy mint *Baranikov* állitja, előfordulnak ilyenek a hólyagban magában is? E czélra 15 nemgümőkóros hulla hólyag- és ureternyálkahártyájáról vettem kihevített késsel vakarékot és egy esetben valóban igen sok Gabbet szerint festődő savállót találtam. Alakjuk nem felelt meg a Koch-bacillusnak, rövidebbek és vaskosabbak voltak, de ezek után bizonyos, hogy savállók a hólyagból is kerülhetnek a vizeletbe Pertik tanár referátumai *Lubarsch* 1902.-i kötetében, melyekhez a fenti lelet is társul, valóban arra a meggyőződésre vezettek, hogy tulajdonképen ma már nemcsak a smegmabacillusokkal kell számolnunk. *Sőt smegmabacillusok nincsenek is.* Vannak a Koch-bacillussal rokon, emberre nem pathogen savállók (rokonságukat az agglutinatio bizonyítja), melyek ubiquitaer organismusok és mint ilyenek előfordulnak a test felületén, de a test belsejében is (*Krompecher* egy eddig ismeretlen fajt zárt mellhártyaizzadmányból tenyésztett ki) és előfordulnak a smegmában is.

2. Egy második kisérleti sorozatban ezeket a smegmában talált savállókat kisérlettem a legújabban dicsért két megkülönböztető festéssel színteleníteni. A smegmában kétféle alakú savállót irnak le. Az egyik rövid vaskos, az ú. n. pseudodiphtheriás formájú; a másik karcsú egyenes vagy hajlott. Ez az, melyet leginkább lehet a Koch hal összetéveszteni. A két kipróbált festési eljárás a *Honsell-* és a *Forsel*-féle volt.

Az előbbi abban áll, hogy a fixált készítményt aetheralkoholban és xylolban zsírtalanítjuk, carbolfuchsinnal szabály szerint megfestjük, és azután 3%-os sósavas alkoholban 10 perczig színtelenítjük, majd híg alkoholos methylenkékkel újra festjük. *Forsel* módszere abban áll, hogy a carbolfuchsinnal festett készítményt 25%-os salétromsavban 3 perczig, azután 50%-os acetonalkoholban ismét 3 perczig színtelenítjük.

Ezen methodusok szerint a Koch-bacillus festve marad, a smgemabacillusok ellenben elszíntelenednek.

Igy járva el épen oly kevéssé voltam képes a smegmában pirosan festődve maradt bacillusokat találni, mint *Preisz Károly*, ki Honsell módszerét próbálta ki.[1]

3. Egy harmadik kisérleti sorozatban azután oly saválló culturákat festettem meg, Honsell és Forsel szerint, a melyek az emberi test felszinéről vagy belsejéből származtak, tehát a vizelethez is keveredhetnek.[2] Ezek: *a*) A *Möller*-féle smegmabacillus, melyet e szerző a köldök smegmájából tenyésztett ki. *b*) *A Marpmann*-féle bacillus, melyet Marpmann a *vizeletből* tenyésztett ki. *c*) Végül egy *Krompecher* által zárt pleurális izzadmányból kitenyésztett saválló, mely szobahőmérséknél buján tenyészett és állatra nem volt pathogen. Ez utóbbi mind a két új festési eljárással épen úgy festve maradt, mint a Koch-bacillus. A két előbbi Forsel szerint decolorálódott, Honsell szerint azonban szintén festődött.

Összefoglalva a mondottakat, azt látjuk, hogy bár ritkán, de

[1] Ellenben Korányi tanár emlit egy esetet, melyben a spontan kiürített vizeletben a bakteriologus a legújabb differentialfestések alapján Koch-bacillust állapitott meg, mely mindig hiányzott a catheterrel vett vizeletben, tehát a smegmából került bele.

[2] A culturákat Zimmerman Károly dr. tanársegédtől kaptam.

a hólyagból is keveredhetnek savállók a vizelethez, és hogy a legújabban dicsért megkülönböztető festésekkel is festve maradnak oly savállók, melyeket a test felületéről, belsejéből és a vizeletből tenyésztettek ki.

Kérdés ezek után, lehet-e a festési módszerrel a vizeletben Koch-bacillust megállapítani? Lehet, de csak bizonyos fokig menő biztonsággal.

Minthogy láttuk, hogy más savállók főleg kivülről kerülnek be, catheterrel kell a vizeletet gyüjteni, de mivel egy-két saválló így is betolható, sav- és alkoholdecoloratiót használjunk (Forsel methodusát). Látjuk, hogy így is festődött egy saválló faj; mindezekhez tehát hozzá kell venni a morphologiai és megjelenési különbségeket. A Koch-bacillus csoportosan, egymáshoz tapadva, néha hajfonatszerű alakban jelenik meg, igen gracilis, szemesés. Egyéb savállók ha csoportot képeznek is, rendszerint nem tapadnak így össze és kevésbé szemesések.

A fentebbiek szerint járván el, a tévedés a minimumra csökkenthető, és positiv lelet esetén fel vagyunk jogosítva a további vizsgálatok végzésére és ha ezek is egyező adatokat nyujtanak, a vesetuberculosis kórjelzése felállítható. (3 eset, 2 operált.) Minden olyan esetben azonban, melyben csak egyes savállókat találtunk, vagy ilyenek egyáltalán nincsenek jelen, *minden olyan esetben, melyben a klinikus kép olyan elmosódott, hogy a bacillus kétséget kizáró megállapítása szükséges a diagnosishoz, az állatoltáshoz kell folyamodnunk. Ilyen esetek pedig a valódi korai, a hólyagba még nem descendált vesegümőkór esetei.* Az állatoltás technikáját és azokat a körülményeket, melyeket a bonczolásleletek értelmezésénél szemünk előtt kell tartani, *Krompecher* dr. egyetemi magántanár, ki az oltásokat eseteimben végezte, külön részletes megbeszélés tárgyává teszi.[1]

Én csak a klinikus szempontjából óhajtanám a következőket megjegyezni. Állatoltáshoz épen úgy, mint festéshez sok vizelet üledékét kell felhasználni. Igen jól beválnak e czélra az új nagy villamos centrifugák 2—3000 körforgással és oly nagy üvegekkel, hogy egyszere 5—600 gm. vizeletet lehet centrifugálni. Oly helyen, hol ilyen centrifuga nincs, czélszerű megrendelni a Forsel-féle üveget. Ez egy literes hengeres üveg, mely alul kicsúcsosodik és legalul csappal zárható el. Ebbe öntjük a vizeletet. A Koch-bacillus nehezebb lévén a fehér- és vörösvérsejteknél, legalul, közvetlen a csap felett ülepszik meg, és a legalsó üledék rész kieresztésével, kevés üledékben kapjuk meg. Ezt a részt aztán már kis centrifugán is lehet még tovább ülepíteni. Az így nyert üledéket használjuk fel festésre és állatoltásra.

Még egyre figyeljünk. Ha kevés bacillus van a vizeletben, a három héten belül leölt, vagy elhullt állat teljesen egészséges lehet. Az ilyen korai obductiós negativ lelet nem bizonyít semmit. Magamnak is volt esetem, melyben a 20. napon elhullt állat bonczoláslelete negativ volt, pedig a vizeletben gümőbacillusok voltak és a mütétkor csakugyan gümős vesét találtunk. Czélszerü 2—3 állatot oltani, és ha a 28. napon leölt állat ép, a másikat 8—12 hétig életben hagyni.

Ha a hetek mulva leölt állat is negativ leletet ad, még mindig gondolhatunk arra, hogy zárt corticalis gócz van jelen, vagy a vizelet vételekor az uretert vérrög zárta el és csak egy nem gümős cystitis genyét oltottuk be. Czélszerü ilyen esetben az állatkisérletet megismételni. Nagyon kell vigyázni a tiszta haematuriás alaknál. A vérzés oka itt, mint említettük, az egyik szemölcs csúcsán levő gümős fekély lehet, mely, mint pl. Routier esetében, talán nem nagyobb egy lencse felületénél. Ilyenkor sem geny, sem Koch-bacillusok nem válnak le és az állatoltás negativ lehet. Ilyen esetekben, ha a kétoldali vizeletet külön fogjuk fel és a két vese functioját kielégítőnek és teljesen egyformának találjuk, kész az essentiális haematuria kórjelzése, a mi semmit sem jelent, legfeljebb azt, hogy a beteget sorsára bizzák. Mielőtt ezt tennők, czélszerű, úgy mint más negativ állatoltásnál is, hol a gyanú fenntartása jogos, a *tuberculinreactiót* megkisérelni. *Schmidt* így ismert fel gümősnek egy rejtélyes haematuriát és a kiirtott vesében csakugyan két szemölcs gümős exulceratiója volt jelen.

(Vége következik.)

[1] L. az Orvosi Hetilap május 20.-i számának egyesületi rovatát.

A tonocain suprarenale Richter alkalmazásáról a sebészi gyakorlatban.

Irta: *Fischer Aladár* dr., műtőorvos.

Miután Koller 1884-ben az orvosi világ figyelmét a cocainra felhivta és Wölfler a cocain-oldatok használatát 1885-ben a sebészetben meghonosította, több mint egy évtizeden át a cocain volt a helyi érzéstelenítés egyedüli szere. Reclus és Hackenbruch, kik a cocain-anaesthesia határait a hígabb oldatok bevezetésével kiterjesztették, Schleich, az infiltratiós anaesthesia megteremtője és Oberst a regionaer anaesthesia meghonosítója, mind csak cocainnal dolgoztak.

Braun H. lipcsei sebész, kinek nevéhez fűződik a helyi érzéstelenítés fejlődésének története a legutóbbi évtizedben, volt az első, ki 1898-ban „Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Infiltrations-Anästhesie“ (Archiv f. klinische Chirurgie Bd. 57) című jeles értekezésében a β-eucainra utalt, mint olyan szerre, mely a cocaint nemcsak pótolhatja, hanem vele szemben előnyökkel is bir, mert sokkal kevésbé mérgező hatású és e mellett főzéssel biztosan és egyszerüen sterilizálható, a mi a magasabb hőnél gyorsan bomló cocainnál nem lehetséges. Bár azóta igen megszaporodott a helyi érzéstelenítő szerek száma (tropacocain, alypin, stovain, novocain, stb.), a β-eucain helyét mégis megtartotta.

Ugyancsak Braun H. volt az, ki a mellékvese-kivonatokat a helyi érzéstelenítő szerekkel kombinálta és ezzel elérte azt, hogy felszívódásuk később és lassabban történvén meg, általános mérgező hatásuk csökkent, az érzéstelenség ideje pedig hosszabb lett. „Über den Einfluss der Vitalität der Gewebe auf die örtlichen und allgemeinen Giftwirkungen lokalanästhesierender Mittel und über die Bedeutung des Adrenalins für Lokalanästhesie“ (Archiv f. klin. Chir. Bd. 69) című értekezésében kimutatja, hogy a bevitt helyi érzéstelenítő szerek hatásának érvényesülése a szövetek életműködésével van összefüggésben és az anyagcsere élénkségétől és a szövetek vitalitásától függ. A vérkeringés megszüntetése által a helyi érzéstelenség ideje tetszés szerint nyujtható. Vérszegény szövetekben, anaemiás egyéneknél az ily szerek hatása intensivebb, mint activ hyperaemiás szövetekben és élénk anyagcseréjü egyéneknél. Kifejti továbbá Braun, hogy a helyi érzéstelenítő szerek helyi hatásának érvényesülése azok anyagfogyasztásával jár, a mennyiben a szer egy része a szövetekben megköttetik. Ha tehát a helyi hatás fokoztatik intensitás és időtartam tekintetében, akkor kevesebb jut az illető szerből arra, hogy a szervezetben általános tüneteket hozzon létre, szóval a szer mérgező hatásából veszít. A szövetek vitalitása Braun szerint mesterséges módon csökkenthető 1. ha a véráramot leszorítással megszakítjuk, 2. intensiv lehütés által, 3. mellékvesekivonat helyi alkalmazása által. Az 1. alatt említett eljáráson alapszik az Oberst-féle érzéstelenítő eljárás. A mellékvese-készítményeket illetőleg kiderült, hogy a cocain- és eucain-oldatok hatását már kismennyiségü mellékvese-kivonat hozzáadása nagyban fokozza, úgy hogy híg-oldatok ép annyira vagy még jobban hatnak, mint tömény oldatok mellékvese-kivonat nélkül. Az érzéstelen terület sokkal nagyobb, mint a direct infiltrált hely és az idegtörzsek vezetőképessége megszakíttatik, ha a befecskendezés azok szomszédságában történik. Egyszersmind az érzéstelenség tartama is sokkal hosszabb lesz.

Mellékvese-kivonat hozzáadása által a szóban levő oldatok toxicus hatása jelentékenyen csökken. Ha nyúl bőre alá 1 : 1000 adrenalin-oldat 1 cm^3-ét fecskendezzük és ugyanezen helyen tömény cocain-oldatból annyit viszünk be, hogy az állatsúly kilogrammjára 0·1 gm. cocain jut, úgy csak nagyon kisfokú mérgező tünetek jelentkeznek. Holott a legsúlyosabb mérgezés képét kapjuk, ha ugyanezen mennyiséget adrenalin nélkül fecskendezzük be.

Mindezek alapján ajánlotta Braun a mellékvese-hatóanyag alkalmazását a helyi érzéstelenítésnél.

Braun közleményei után többen kipróbálták az eucain és mellékvese-kivonat hatását. Igy a strassburgi egyetem sebészeti klinikáján Stoltz próbálta ki igen kedvező eredménynyel. Igen kedvezően nyilatkoznak továbbá és feltétlenül ajánlják ezen keve-

réket Hermann Freund (Centralblatt für Gynäkologie, 1904, Nr. 48), Salecker, a heidelbergi sebészi klinikáról Otto Simon (Münch. med. Wochenschrift 1904, Nr. 29), továbbá az angol szerzők közül G. L. Chiene, Arthur E. Barker, H C. Wood és még igen sokan.

Minthogy azonban a megfelelő eucain-adrenalin-oldatoknak minden egyes esetben külön elkészítése az előírás szerint körülményes, ha pedig egyszerre nagyobb mennyiséget készítünk, az oldat változatlanul hosszabb ideig nem tartható el, ezért igen szerencsés gondolatnak tartom, hogy Richter Gedeon gyógyszerész az ő előnyösen ismert mellékvese-kivonatát, a tonogent a β-eucain oldatával úgy kombinálta, hogy állandó oldatot nyert. Ez a keverék a tonocain suprarenale Richter.

A tonocain Richter minden köbcentimetere két cgm. β-eucaint és 18 cgm. tonogen suprarenale-t (1 : 1000 oldatból) tartalmaz physiologiai konyhasó-oldatban. Ezen szert Richter két alakban hozta forgalomba: 1. 5 gm.-os üvegekben, 2. 1 cm³-es sterilizált üvegcsékben, phiolákban. A rendelésmód tehát ez volna: Rp. Tonocaini supraren. Richter gta quinque (lagenam origin.) vagy Rp. Tonocaini supraren. Richter phiolam originalem.

Legczélszerübb a phiolákban való rendelés. Használatkor az üvegcse két vége letörendő és tartalma egy steril üveg- vagy fémcsészébe bocsátandó, a honnan azután a fecskendőbe szívható.

A Richter-féle tonocaint számos kisebb mütétnél kipróbáltam. A kisebb sebészi mütétek képezik ezen szer terrenumát, és a ki ilyen esetekben megfelelő módon és megfelelő technikával alkalmazza, nem is fog csalódni. Mint a hasonló összetételü oldatok, a tonocain Richter is körülirt kisebb területek érzéstelenítésére alkalmas, kiterjedtebb, a helyi érzéstelenités határain túlmenő beavatkozások persze ezen szer segitségével sem végezhetők fájdalom nélkül.

A befecskendezés után a direct infiltrált terület rögtön érzéstelen; nehány percz elteltével azután innen kiindulólag az érzéstelenség az illető hely elhalaványodásával kapcsolatosan terjedni kezd és a befecskendezés körül mintegy 3—4 cm.-nyi körre terjed ki. Az érzéstelenség tartama aránylag hosszú és bőségesen elegendő a szóba jöhető kisebb mütétek elvégzésénél. Utófájdalmak alig jelentkeztek, a legtöbb beteg legalább erre vonatkozólag nem panaszkodott. Általában két köbcentimeter mennyiséget használtam el az érzéstelenítő folyadékból, a mi 4 cgm. β-eucainnak és 0·36 mgm. mellékvese-kivonatnak felel meg. Ennél nagyobb mennyiséget nem alkalmaztam. Soha semmiféle kellemetlen tünetet — ezen határok között maradva — nem észleltem, sőt azt is mondhatom, hogy semmiféle olyan tünetet sem tapasztaltam, a mely a szer mérgező hatásának lett volna betudható. Infiltratiós anaesthesiára (Schleich) természetesen nagyon erős ezen oldat, e czélra physiologiai konyhasó-oldattal való megfelelő higítás után volna csak alkalmazható.

A kellemetlen tüneteknek, a mérgezés jeleinek ezen hiányát csak az tudja igazán méltányolni, ki megismerte a cocain kiszámithatlan voltát e tekintetben. 3—4 cgm. cocain befecskendezése után akárhányszor collapsus tünetei mutatkoznak, kellemetlen fejfájás, hányás, szédülés, nagyfokú izgalmi tünetek stb. pedig még kisebb adagok után is jelentkezhetnek és igy ez is elegendő ok arra, hogy a tonocainnak előnyt adjunk, mint olyan szernek, mely intensiv érzéstelenítő hatás mellett aránylag ártalmatlan.

Lássuk ezek után néhány példa kapcsán a tonocain alkalmazásmódját. Ha furunculust, kisebb tályogot vagy bubót akarunk megoperálni, az illető lobos terület körül négy injectiót végzünk az ép terület határán, olyképen, hogy a tüt kissé rézsutosan a terület felé irányítjuk. Mindegyik beszúrással ½ fecskendő tonocaint fecskendezünk be. Néhány percz mulva, kapcsolatosan az illető terület elhalaványodásával, beáll az érzéstelenség. Magukat a beszúrásokat aethylchlorid alkalmazásával lehet fájdalmatlanná tenni. Panaritium, unguis incarnatus eseteiben a tonocain az Oberst-féle eljárás elvei szerint alkalmazandó. Tudniillik az ujjakat ellátó négy érzőideg vezetőképességét szakítjuk meg. Erre nézve a lobos terület felett, az épben, az ujjháton az ujj mindkét (radiális és ulnáris) oldalának megfelelőleg egy egy beszúrást végzünk. A tüt az ujjperczcsont mellett egész a volaris felszinéig előretoljuk, és itt az oldatból fél Pravaz-fecskendönyit kibocsátunk. A fecskendő tüjét visszahúzva, a dorsalis felületnek megfelelőleg bocsátjuk ki a fecskendő tartalmának második felét. Hasonlóképen járunk el az ujj másik oldalán is. Túlságosan érzékeny vagy félénk egyéneknél ily esetekben is aethychloriddal tehetjük fájdalmatlanná a Pravaz-tü beszúrását.

Az érzéstelenség a beszúrás helyétől az egész ujjon végig 5—10—12 percz alatt következik be. Ha idő előtt kezdünk operálni, persze fájdalmakat érez a beteg, ennek oka azonban ily esetben nem a szer vagy az eljárás hatástalansága, hanem a mütő türelmetlensége. Ha kellő ideig várunk, teljes érzéstelenséget kapunk, melylyel az orvos és beteg egyaránt meg van elégedve.

Ezen eljárással nemcsak panaritium és unguis incarnatus mütevése, hanem bármely sebészi beavatkozás az ujjakon teljesen fájdalmatlanul végezhető. Igy enucleatiók, amputatiók és resectiók phalanxokon, ínvarratok, daganatok kiirtása, nekroticus csontrészek, beteg sarjak eltávolitása, cariosus folyamatok operálása stb.

Verruca, condyloma acuminatum, kisebb cancroid, stb. eseteiben az eltávolítandó terület alá fecskendezünk néhány cseppet a tonocainból. Ha az eltávolítandó képlet nagyobb ,1—2 fecskendönyit alkalmazunk szükség szerint. Néhány percznyi várás után az eltávolítás fájdalom nélkül végezhető, épúgy a kaparás vagy cauterisatio is fájdalmatlan.

Igen sikeresen alkalmazható a tonocain circumcisiónál, phimotomiánál Ily esetben a vezetendő metszésnek megfelelőleg a praeputium lemezei között előretoljuk a tüt és visszahúzása közben lassanként a szükség szerint 1—2 fecskendő tonocaint befecskendezünk.

A bőrben vagy a bőr alatti szövetben ülő kisebb daganatoknál, mint pl. atheromák, dermoidek, kis lipomák, ½—1 Pravaz-fecskendő tonocaint a daganat felé a bőrbe és ugyanannyit a daganat alapja alá fecskendezünk. Mindezen esetekben a tonogen hatása következtében a vérszivárgás nagyon csekély, a mit főleg a sebészetben kevéssé gyakorolt orvos, a kit az előszivárgó és a mütét területét elborító vér zavar, fog különösen méltányolni. A mikor a tonocain érszükitő hatása megszünik, akkor az ilyenkor számba jövő kis vérereket már thrombus zárja el, úgy hogy utólagos vérszivárgástól nem kell tartanunk. Valamivel nagyobbacska erek már a mütétkor is véreznek, minthogy a szer tonogentartalma nem oly nagy, hogy ezt megakadályozni tudná. Az eucain- és a tonogenhatás közt az érmozgató erekre különben ellentét áll fenn, mert az eucain értágító, a mi a tonogen hatását némileg gyengíti.

Kisebb sebek ellátása, zúzott vagy szennyezett sebek kitakarítása, kinyirása, sebek varrása, szintén igen jól végezhető tonocain segélyével. Ily esetekben a seb környékének szabályszerü megtisztítása után a sebszélekbe fecskendezzük a tonocaint. Néhány percz mulva a seb kitakarítása, a varratok elhelyezése stb. minden fájdalom nélkül végezhető.

Nagy szerep vár továbbá a tonocainra a fogászatban. Foghúzáskor mint érzéstelenítő szer különösen előnyösnek látszik. Magam erre vonatkozó tapasztalatokat nem gyüjtöttem, azonban utalhatok Körmöczi Zoltán dr. fogorvos „A tonogen suprarenale használata a fogászatban“ czimü czikkére, melyben a tonogen Richternek érzéstelenítő szerekkel való együtt alkalmazásáról és ennek előnyeiről a fogászati gyakorlatban értekezik. Csak termé szetes, hogy a foghúzást végző orvosra előnyös és kényelmes, ha a szükséges keveréket készen kapja meg a tonocainban.

A fentebbiekben az volt a czélom, hogy a kartársak figyelmét a Richter-féle tonocainra, mint megbizható és czéljának teljesen megfelelő helyi érzéstelenítő szerre felhivjam. Minden tekintetben kiállja a versenyt a hasonló külföldi gyártmányokkal és igy mint a hazai ipar terméke feltétlenül előnyt érdemel.

TÁRCZA.

Egyptom és Sudan.

Irta: *Bálint Rezső* dr., klinikai tanársegéd.

A mióta a távolságokat a világ vasúthálózatának és tengerhajózásának óriás mértékü fejlődése úgyszólván megszüntette, Egyptom egész kiváló jelentőségre tesz szert mint klimatikus gyógyitóhely. Azelőtt Egyptomot látni csak ritka embernek ada-

tott, már csak a tetemes költség miatt is, a melybe az utazás került, s azért valakinek vagy nagyon gazdagnak, vagy nagyon betegnek kellett lennie, hogy az északafrikai klimát keresse.

Ma Egyptom időben és költségben is megközelíthetőbb lett, s ez magyarázza, hogy a klimatikus gyógyítóhelyek modern versenyében mindinkább homloktérbe jut ez a természettől megáldott, s a mennyire emberi ügyességtől és bőkezűségtől kitelik, jól berendezett hely, s tetemesen túlszárnyalja a beteg emberek hajdani Mekkáját, a Rivierát is.

Egyptom istenáldotta, verőfényes éghajlata mindeddig az időjárásnak világszerte észlelt eltolódása mellett is megállotta helyét. Az idén például április elejéig a Rivierán majdnem állandóan fűteni kellett. Borus, szeles idő járt, meleg felöltőkre volt szükség, gyakran esett, s nemcsak a betegeknek, de még az egészséges embernek is szobában kellett töltenie a nap nagy részét. Ez annál súlyosabb, mert az ottani építkezés nem igen számol az időjárás zordságával, s így, ha egész nap fűtik is a szobát, akkor sem lehet a hőmérséket 14 foknál melegebbé tenni. Ezzel szemben Egyptomban — a hol szerencsés voltam ő cs. és kir. Fenségeik József főherczeg és Auguszta főherczegasszony kiséretében hosszabb időt tölteni — ott tartózkodásunk 5 hete alatt egyetlen esős napunk volt, s különben állandóan élveztük az afrikai kék eget, éjjel pedig a példatlanul fényes csillagvilág gyönyörködtető raját.

És Egyptom lakossága tudatában van az ország minde kiválóságainak s annak a szerepnek, melyre ezeknél fogva hivatva van; az europai cultura mind nagyobb területeken hódít tért, s vele együtt a hygienikus viszonyok javulása az országnak mind nagyobb részét teszi hozzáférhetővé azoknak, kik üdülés vagy gyógyulás czéljából keresik fel. Kairo maga rohamosan épül; europai negyede nagyrészt párisi mintára készült s egész europai világváros képét nyujtja. Csak a figyelmes szemlélőnek tünnek fel a háremszobák sűrűrostélyú ablakai, a melyek a mohamedán házaknak kissé zord képet adnak. A nagyarányú építkezés az élet, de főleg a telkek árát oly gyors mértékben emelte, hogy azelőtt szegényebb sorsú egyptomi kereskedők és telekgazdák újabban jókora vagyont szereztek. Az áremelkedés mértékéről csak egy jó példát akarok felhozni. Jó helyről hallottam, hogy azt a telket és házat, a melyben a magyar-osztrák követség lakik, 10 év előtt az akkori ministerresidens meg akarta venni, de sokalta érte a 17,000 fontot (a mi pénzünkön körülbelül 400,000 korona), a melyre tartották; a mostani minister újra lépéseket tett ez ügyben, de már most 120,000 fontra (körülbelül 3.000,000 korona), tehát majdnem nyolczszorosára emelkedett a ház ára. Ezzel az áremelkedéssel természetesen lépést tart a városi népesség vagyoni erősödése.

„Ezek között az emberek között — mondotta nekem egy az ottani viszonyokkal ismerős úr —, a kiket itt arab köntösben, turbánnal a fején lát, akárhánynak van 1.000,000 font (körülbelül 25.000,000 korona) vagyona. És az arab még tovább spekulál; a vagyonát újból meg újból telkekbe fekteti és nagyon reális számítással sokszorozza meg.“

Az így beözönlő tőkével együtt hódít tért az europai cultura a magasabb egyptomi körökben, természetesen csak addig a határig, a melyet a Korán szab, noha az egyptomi mohamedán kevésbé fanatikus, mint a török. Az europai cultura érvényesülése mutatkozik a hygienikus viszonyok javulásában is. És ebben nagy érdeme van a mostani khedivének. A khedive, kivel egy meghivás alkalmából személyesen is volt alkalmam érintkezhetni, teljesen europai ember. Bécsben nevelkedett, nagy barátja minden culturális haladásnak s igazán csak a fez viselete árulja el keleti voltát. Udvartartása egészen europai, természetesen azzal a különbséggel, hogy a khediva és udvarhölgyei semmiféle nyilvános szereplésben nem vehetnek részt. A khedivének nagy érdeme, hogy nem állotta útját az Európából átültetett egészségügyi intézkedéseknek, sőt pártfogásban és gyámolításban részesítette az újitókat. Igy jöhettek létre a tengerparton a kitünően berendezett és vezetett hygienikus állomások, melyek a fertőző betegségek bevitelének megakadályozásában már eddig is jó szolgálatot tettek. Csak most nemrégiben fedeztek fel a mekkai zarándokok között több choleravivőt, a kiknek az országba való zavartalan bejutása borzalmas járványt okozhatott volna. Különben úgy Alexandria, mint Cairo bőségesen el van látva igen jól berendezett kórházakkal, a melyeket nagyobbára europai orvosok igazgatnak, sőt Kairoban orvosi szakiskola is van, a *Kasr el'Ain*, a melyben nagyobbrészt europai tanárok vezetése alatt teljesen modern orvosi tanításban részesülnek az arab medicusok.

A népesség alsó osztályaiba azonban a hygiene tanai még nem igen férköztek be. A mohamedán, különösen az arabus, természeténél fogva nem nagy barátja a tisztaságnak. Jól tudta ezt már Mohamed, mikor a Koránban elrendelte, hogy az igazhitű mohamedánnak minden imádkozás előtt — napjában 5 ima kötelező — meg kell mosakodnia. Ez a mosakodás azonban lassanként formalitássá vált s nem nagy szolgálatot tesz a tisztaságnak; különben is, ha víz nincs kéznél, meg van engedve a homokkal való mosakodás, a mi ha a Koránnak meg is felel, az egészségügyi követeléseknek kevésbé.

Igy van az, hogy a teljesen europai városrésztől alig száz lépésnyire egészen más képet látni. Kaironak voltaképen külön keleti városrésze van, a *Muskij*. Elképzelhetetlen, leirhatatlan az élet itt. A szűk utczák és sikátorok útvesztőjében ezer meg ezer kisebb-nagyobb üzlet van egy rakáson, a melyekben és talán még inkább előttük az utczán élénk kereskedés folyik. Az utczákon szinte nehéz a járás-kelés. Az emberek ezrei egész nap az utczán tartózkodnak, rengeteg sok a kocsi, ló, szamár, teve — mind közlekedési eszköz — s mindez oly tarka zürzavaros tömeget ad, hogy az idegen, a ki nincs hozzászokva, szinte belekábul a nézésbe. És e tolongáshoz hozzájárul még a leirhatatlan sok színü lárma. A keleti különben is hangos beszédü fajta, s ha nyugodtan társalog, akkor is azt hinné az idegen, hogy veszekszik; hát még az utczán, a hol egymást kell túlkiabálnia. A kocsisok, szamár- és tevehajcsárok kiabálásába belevegyül az üzleti kikiáltók s az utczai mozgó kereskedők, víz-, gyümölcs-, zöldségárusok pokoli zsivaja. A kocsisok egész szónoklatokat tartanak az arra menőnek, hogy térjen ki, s miközben folyton kiabálnak, kiméletlenül neki hajtanak annak, a ki nem tér ki rögtön. Az arab városrészek között ez az, a melyben a legtöbb europai megfordul, a többiben jóval kevesebb; mind e városrészeknek azonban egyik fő jellemvonása a piszok. Piszkosak a házak, piszkosak az utczák és piszkosak az emberek, de legpiszkosabbak a gyermekek. Az arab anya rendesen vállán viszi kis gyermekét, a ki lovagló ülésben helyezkedik el rajta s két kezével az anyja fejébe kapaszkodik; a gyermek teste többnyire meztelen s kedvencz szórakozó helye az élősdi férgeknek s főleg a legyeknek; a legyet a gyermek már annyira megszokta, hogy néha 20—30 légy ül egyszerre a szemén és szeme táján, a nélkül, hogy csak ügyet is vetne rá. És e legyek, mint az újabb vizsgálatok mutatják, legjobb hordozói a fertőző anyagnak, a mely a különböző veszedelmes szemgyuladásokat okozza. A mit ily szemgyuladások terén Kairo arab városrészei produkálnak, az szinte megdöbbentő. Nem tudom, vannak-e erre nézve positiv adatok, de azt hiszem, hogy aligha túlozok, ha azt mondom, hogy itt tíz emberre nem esik tíz ép szem. A legtöbb ember legalább félszemére vak; a beteg szem vagy sorvadt, vagy homályok fedik, a mi rendesen trachomának vagy blennorrhoeának a következménye. Ez utóbbi betegség itt úgy látszik szemről szemre, tehát extragenitálisan vivődik át. Ez magyarázza meg, hogy olyan rendkivüli gyakran fordul elő, a mi részben a lakosság tisztaságérzésének hiányára is vezethető vissza, s ez magyarázza meg, hogy oly rendkivül sok gyermeknél is látható. Nagy százaléka a gyenyes conjunctivitiseknek az, a melynek okául a Koch-Weeks-féle bacillust ismerték fel. Ez, mint több egyptomi szemorvos kimutatta, rendesen akkor uralkodik legnagyobb fokban, mikor a chamsin (sivatagi meleg szél) nagy légyrajokat hoz Kairoba, s már ez is valószinüvé teszi, hogy a gyermek szemén ülő légy viszi tovább a genyedést okozó bacillusokat. A vak szemeknek ez a tömege rendkivül szomorú benyomást tesz a szemlélőre, noha már most nagyon is divatban vannak a műszemek. Kairo egyik zajos forgalmú utczáján találkoztam egy arab házalóval, a ki nyakába akasztott ládájában valami árút tartott, s éktelen lármával dicsőitette portékáját. Odamentem s megnéztem, hogy mije van eladó. Műszemeket árult, semmi egyebet.

(Folytatása következik.)

A prostituáltak ellenőrzése és a rendőrorvosi intézmény Budapesten.

A napi, valamint az orvosi szaksajtóban már gyakrabban merültek fel kifogások, vádak és gyanúsítások a székesfővárosi m. kir. államrendőrség orvosi karának müködése ellen a prostituált nők ellenőrzése körül. A legtöbb esetben annyira nyilvánvaló volt, hogy az illető hozzászóló vagy egyáltalán nem ismeri a helyzetet, vagy pedig a birálatában subjectiv szempontoktól vezéreltetik, hogy nem tartottuk szükségesnek ezekre a támadásokra reflektálni. Mikor azonban komoly és előkelő szaklap közöl a viszonyok nem ismerésére valló megjegyzést a rendőrorvosok ellen, azt helyreigazítás nélkül nem hagyhatom.

Az Orvosi Hetilap legutóbbi száma a vegyes hirek rovatában azt az ujdonságot közölte, hogy Drezdában a rendőri felügyelet allatt álló nők vizsgálatára „két dermatologiai és syphilidologiai specialista van alkalmazva“ és ezen hírhez azt a megjegyzést füzi, hogy „nálunk ezeket a vizsgálatokat *specialis képzettséggel nem biró rendőrorvosok* végzik egyéb teendőik mellett.“

Ezen rövid közlemény — habár burkolt alakban — két vádat tartalmaz a rendőrorvosok ellen; az egyik az, hogy ezen vizsgálatok végzésére nincs meg a kellő szaktudásuk, a másik pedig az, hogy egyéb teendőik miatt nem marad elég idejük ezen vizsgálatok alapos elvégzésére. Mindkét vádat — kartársaim nevében is — a leghatározottabban visszautasitom, annál is inkább, mert minden kétséget kizáró módon bebizonyithatjuk ezen vádak alaptalanságát.

Az érvényben levő szabályrendeletek szigorúan megtiltják a rendőrorvosoknak a venerikus betegségekben szenvedő kéjnők orvosi gyógykezelését és azt rendelik, hogy, a mint valamely kéjnőn ragályos nemi baj tünetei észlelhetők vagy ennek csak gyanuja is felmerül, az illető kéjnő haladéktalanul a közkórházba szállitassék. Ennélfogva a beteg kéjnők rendőrorvosi gyógykezeléséről szó sem lehet és még arra sincs szükség, hogy a rendőrorvos ily esetekben pontos és határozott kórismét állapitson meg. Ezt tudván, kicsoda merészelné azt állítani, hogy az egyetemes orvosdoktori oklevéllel és tiszti orvosi képesitéssel biró rendőrorvos nem tudja észrevenni és felismerni a venerikus betegségek tüneteit. Ha ezen vizsgálatok alapos végzéséhez a kezdő rendőrorvosnak esetleg még speciális ismeretekre volna szüksége, ezeket nagyon rövid idő alatt elsajátíthatná. Megjegyzem különben, hogy a legtöbb rendőrorvos behatóan foglalkozott a bőr- és bujakórtannal és felemlítem, hogy a rendőrségnek górcsövi vizsgálatok végzésére jól felszerelt laboratoriuma és külön bakteriologusa van.

A milyen indokolatlan, sőt nevetséges volna az az állítás, hogy egyszerű számtani müveletek elvégzését csak mathematikai professorokra lehet bízni, épen olyan fonák az az óhajtás, hogy a szóbanforgó vizsgálatokra speciálista bőrgyógyászok alkalmaztassanak. Minden rendőrorvos évenként több ezer ilyen vizsgálatot végez — én magam pl. 12 évi szolgálatom alatt kéjnőkön és letartóztatott nőkön nyolczvanezer ilyen vizsgálatot ejtettem meg — és ennélfogva nem hiszem, hogy akadna valaki, a ki ezen felvilágositás után a rendőrorvosoknak speciális képzettségét e téren kétségbe vonni merné. Hasonló kivánságokat különben már sokszor hallottunk és ezek nem mindig csak felületességből erednek, hanem sokszor egyéni aspiratiókra vezetendők vissza; igy pl. néhány év előtt egy kartárs, a ki akkortájt egy nőgyógyászati kórodán volt gyakornak, egy napilapban közölt vehemens czikkében azt követelte, hogy rendőrorvosi állásokra kizárólag nőorvos-specialisták alkalmaztassanak.

Minthogy úgyszólván naponként tapasztalom, hogy az orvosok alig tudnak valamit a rendőrorvosok müködési köréről, czélszerűnek vélem azt főbb vonásaiban röviden vázolni. A főkapitányságnál, valamint a tizenkét kerületi kapitányságnál (a rendőrségnek újpesti és dunai kerületi kapitánysága is van) mindennap d. e. 8—2-ig egy-egy rendőrorvos szakadatlanul szolgálatot teljesit, a hivatalos órákon kivül pedig, azaz d. u. 2 órától másnap reggeli 8 óráig egy rendőrorvos inspectiót tart a főkapitányságnál, hogy a rendőrhatóságok minden időben és azonnal rendelkezhessenek az orvosi szakközeggel. A rendőrorvosi kar végzi az 1714 tagból álló rendőrlegénységnek és ezek családtagjainak orvosi gyógykezelését, részint a rendőrségi kórházban, részint ambulanter az egyes kerületekben, továbbá a legénység és a 270 tagból álló tisztikar és a 122 detektiv orvosi megvizsgálását a felvétel, a szabadságolás, az időleges és a végleges szolgálatképtelenség eseteiben. Közegészségi szempontból a rendőrorvosok állandóan ellenőrzik az összes rendőrségi hivatalokat, laktanyákat és őrszobákat. Naponként megvizsgálják az összes letartóztatott egyéneket és szükség esetén azoknak gyógykezeléséről gondoskodnak. A rendőrhatóságoknak szakvéleményt adnak gyilkosságok, emberölések, különböző testi sértések, balesetek, hirtelen halálesetek, öngyilkosságok eseteiben és váltakozva közreműködnek a rendőri bonczolásoknál. Véleményt adnak továbbá a rendőrség intézkedését igénylő elmebetegekről, cselédek munkaképességéről stb. Közegészségi szempontból a pénzügyigazgatóság megkeresésére megvizsgálják mindazokat az üzlethelyiségeket, a melyeknek tulajdonosai italmérési engedélyt kérnek, nevezetesen a szállodákat, vendéglőket, korcsmákat, pálinkaméréseket, kávéházakat, füszer-, csemege- és szatócsüzleteket.

A prostituáltak ellenőrzése a rendőrorvosi kar munkásságának tényleg csak egyik ágazata, mindazonáltal szó sem lehet arról, hogy a rendőrorvosok munkával túl volnának terhelve és a kéjnővizsgálatokra nem fordithatnak elegendő időt. Miután ugyanis e vádat körülbelül másfél évtized előtt sürün hangoztatták a szaksajtóban és a kir. orvosegyesület ülésein is, a kormány a rendőrorvosok számát a főorvoson kivüi tizenhétre emelte fel, később pedig — miután a régebben jól dotált rendőrorvosi állásokra mindig sok pályázó akadt — a gyorsan váltakozó belügyministerek nyakra főre neveztek ki fizetésnélküli rendőrorvosokat, úgy hogy most a rendőrorvosi kar harminczegy tagból áll, holott az összes teendők kifogástalan ellátására félannyi orvos is elegendő volna.

Rendkivül visszás helyzet van azonban Budapesten a rendőrorvosok javadalmazása tekintetében. A kerületi rendőrorvosok a kerületi kapitányságok vezetőinek mellérendelt szakközegei és a VIII. fizetési osztályba vannak sorolva, a melybe a rendőrkapitány, az őrnagy, a törvényszéki biró tartozik; a rendőrfőorvos a VII fizetési osztályban van. De a rendőrorvosok nem kapják meg az államtól a rangjuknak megfelelő fizetést, hanem az eredeti létszámba tartozó régebbi tizenöt rendőrorvos évi hatszáz forint tiszteletdíjban részesül, mig a jórészt már 6—8, sőt 10 év óta szolgáló számfeletti rendőrorvosok az állampénztárból semmi díjazást sem kapnak. Az összes rendőrorvosi functiók — kivéve a kéjnővizsgálatok — teljesen ingyen végzendők el. A kéjnők hetenként kétszer, az úgynevezett egészségi lappal biró nők hetenként egyszer vizsgáltatnak meg; a vizsgálatért a bordélyházban lakó kéjnők egy koronát, a többiek két koronát tartoznak fizetni, de ezen díjak tetemes része elvész, mert be nem hajtható.

A rendőrorvosoknak a főváros fejlődésével helyes arányban nem álló rohamos szaporitása azt eredményezte, hogy a rendőrorvosok jövedelme évről-évre állandóan fogyott, úgy hogy az eredetileg igen jó, később már csak kielégitő javadalmazás most már éppen nem ellenértéke a rendőrorvos munkásságának és a létminimum határára sülyedt. A helyzet már annyira rosszabbodott, hogy a rendőrorvosi kar folytonosan kéri és sürgeti megfelelő fizetésnek rendszeresitését, de sajnos eddig nem csupán eredménytelenül, hanem egyelőre még az eredményre való kilátás nélkül is.

Ily súlyos viszonyok között kartársaink méltányolhatják, hogy sokszorosan rosszul esik nekünk, ha a rendőrorvosi kar ellen, a mely fáradhatatlan, becsületes és kizárólag a közegészséget és a humanismust szem előtt tartó munkásságot fejt ki, úton-útfélen felületességből vagy egyéni érdekekből alaptalan támadásokat intéznek.

Tihanyi Mór dr.
rendőrorvos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

G. Mayer: Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche. Jena, Verlag von G. Fischer, 1906.

A fenti czímmel számol be 18 íves munkájában a szerző a mentés és betegszállitás ügyének állásáról Németországban. Művét a porosz mentőügy központi bizottságának megbizásából irta,

anyagát pedig közel 12,000 körlevélből merítette, a melyeket, mint a bizottság főtitkára, Németország községeinek küldött s a melyekre ezek beküldték beszámolásukat a betegápolásról általában, a kórházak állásáról, a mentőintézményekről, a vízből mentésről, a betegszállításról, valamint az első segítség nyujtásának tanításáról. Foglalkozik továbbá a munka az orvosok statistikájával is, a melyből kitetszik, hogy Berlinben minden 800 emberre, Gumbinnenben pedig 4150 lakosra jut egy orvos.

A bevezető rész az első segítségnyujtás rövid történetéről, valamint a központi bizottság megalakulásáról szól. A munka többi része csodálatraméltó igazi német alapossággal foglalkozik a beérkezett statistikai adatok összeállításával és feldolgozásával. A munkát több rendbeli grafikon és négy színes térkép is díszíti, melyek részint a mentésre, részint a betegek szállítására vonatkoznak.

A statistikai adatokból a szerző a következő eredményeket vezeti le. Nagyobb városok, különösen azok, a melyek fejlettebb iparral birnak, jobban vannak ellátva mentőintézményekkel. A mentőintézményt vegyesen magánintézetek (betegsegélyző egyesületek), a Vörös-Kereszt, a tüzoltóság és a rendőrség látják el. Vannak városok, hol több mentőintézmény is van. Legjobban szervezett a mentés Poroszországban, azután Bajorországban. Feltünő és megjegyzésre méltó, hogy a mentőintézményeket általában ott találjuk, a hol sok az orvos és betegpénztár van, holott épen ott volna reájuk szükség, a hol nincsenek orvosok. Igen jelesek Németországnak a vizek partjain berendezett mentőállomásai. A német tengerparton 30 helyen van igen jól felszerelt nagyobb mentőállomás. Ezenkivül szétszórtan úgy a tengerparton, mint a belső vizek partjain, tehát a folyók és tavak mellett még 1983 helyen találunk mentőfelszerelést. Gyárakban és bányákban 776 helyen gondoskodtak az első segítség nyujtásáról. A mult évben Németországban 153,774 esetet jelentettek be mint olyant, a melynél az első segítséget megadták. E müködés közben 1654 kézi hordágy, 800 kerekes hordágy és 400 betegszállító kocsi állott rendelkezésre.

Mindezen tanulságos adatokból kitünik, hogy Németországban nagyobb gondot fordítanak az első segítségnyujtásra, mint nálunk, a mi abból is kiderül, hogy ott a statistikai adatok szerint 1700 egyén, köztük 1500 orvos foglalkozik az első segítségnyujtás tanításával, a minek közvetlen eredménye az, hogy úgy a hatóságok figyelme, mint a közönség érdeklődése melegebben fordul a mentésügy felé, valamint a betegek szállítása is könnyebben eszközölhető. *K. A.* dr.

Új könyvek: *H. Graack:* Kurpfuscherei und Kurpfuschereiverbot. Jena, G. Fischer. 2 m. — *A. Bum:* Physiologie und Technik der Massage. Stuttgart, F. Enke. 1.20 m. — *H. Determann:* Physikalische Therapie der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — *F. Frankenhäuser:* Die physiologischen Grundlagen und die Technik der Elektrotherapie. Stuttgart, F. Enke. 2.80 m. — *W. Winternitz:* Physiologische Grundlagen der Hydro- und Thermotherapie. Stuttgart, F. Enke. 2 m. — *Sprengel:* Appendicitis. Stuttgart, F. Enke. 26 m. — *Schumm:* Die Untersuchung der Fäces auf Blut. Jena, G. Fischer. 1.50 m. — *Bezold:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 9 m. — *Löwenfeld:* Sexualleben und Nervenleiden. 4. Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 7 m. — *Rüttimeyer:* Über die geographische Verbreitung und die Diagnose des Ulcus ventriculi rotundum. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3.60 m. — *Vorberg:* Dementia paralytica und Syphilis. Wien, F. Denticke. 1.20 m. — *E. Behring:* Moderne phthisiogenetische und phtisiotherapeutische Probleme in historischer Beleuchtung, Berlin, A. Hirschwald. 5. m. — *Billroth* und *Winiwarter:* Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 51 Vorlesungen. Berlin, G. Reimer. — *A. Bickel:* Wie studiert man Medizin? Stuttgart, Violet. 2.50 m. — *O. Laurent:* Anatomie clinique et technique opératoire. Bruxelles, E. Bruylant. — *F. Legueu:* Le rein mobile. Paris, Bailliére et fils. 1.50 fr. — *F. Widal* et *A. Javal:* La cure de déchloruration. Paris, Bailliére et fils. — *Noel Dean Bardswell:* The consumptive working man. What can sanatoria do for him. London, Scientific press. 10 s. 6 d.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az emésztés idején beálló hyperleukocytosist vizsgálta *Nicolas* és *Cot* egészséges kutyákon és olyanokon, a melyeknek lépét előzetesen eltávolították. Kisérleteik eredményét a következő pontokban foglalhatjuk össze: 1. Éhező kutyákon rendesen nem változik meg a leukocyták száma azokban az órákban, a melyekben a kisérleti állat rendes körülmények között emészteni szokott. 2. Emésztés közben különösen némely kutyán feltünő volt a hyperleukocytosis. 3. E hyperleukocytosis foka változik ahhoz képest, hogy mit evett a kutya. Nyers marhahús után például nagyobbfokú volt a leukocytosis, mint zsír, tej, különösen pedig főtt marhahús élvezete után. 4. Három hónappal azelőtt lépétől megfosztott kutyán a viszonyok ebben a tekintetben ugyanolyak voltak, mint az egészségesen. (Arch. de. méd exp. etc. 1905.) *Marikovszky*

A fehérvérsejtek magaviseletéről asthmaroham közben ir *Heinecke* és *Deutschmann* a Münch. med. W. 1906. évi 17. számában. Ők egy asthmás betegen azt tapasztalták, hogy rohama közben a köpetben jelentkező számos acidophilsejttel egyidejüleg feltünően megfogyatkozott a vérben az eosinophilsejtek száma, a melyek csak a következő 24 óra alatt szaporodtak fel megint. E tapasztalatból *Heinecke* és *Deutschmann* azt következteti, hogy a köpetben jelentkező sejtek az áramló vérből származnak, mert csak így magyarázható meg az eosinophilsejtek számának oly rohamos csökkenése, a melyet a csontvelő csak később, fokozatosan tud pótolni. *Marikovszky.*

Belorvostan.

A gyomorrák diagnosisáról a következőkben foglalja össze tapasztalatait *L. Kuttner*, Ewald tanár kórházi osztályának főorvosa. A gyomorrák gyanujára már egymagában az is okot szolgáltat, ha idősebb embert, a kinek 50—60 évig kifogástalan gyomra volt, súlyos és minden kezelés ellenére egyre roszabbodó gyomorbaj lep meg, mely a nagyfokú étvágytalanságon kivül leginkább gyomorfájdalmakban, hányásban, ritkán mindjárt kezdettől fogva gyomorvérzésekben nyilvánul. A betegség rendesen hirtelen kezdődik; ritkább eset, hogy lappangva fejlődik ki. Jellemző a húsételekre irányuló undorodás, de néha az étvágy mindvégig, úgyszólván az utolsó napokig megmarad.

Támogatja a kórjelzést, ha a beteg családjában gyomorrák már előfordult, továbbá ha rajta egy egyszerü gyomorhurutból meg nem magyarázható lesoványodás és elesettség észlelhető; támogató mozzanatok továbbá a bőrviszketeg, a bőrön angiomák és pigmentfoltok megjelenése s a bal kulcscsontalatti mirigyek duzzadtsága, a mely tünetek azonban számos esetben hiányzanak. Jellemző a rothadó szagú, rendkivül büzös felböfögés. A gyomorfájdalmak hiányozhatnak. A hányás leginkább csak azokban az esetekben kifejezett, mikor a rák a gyomor szájadékai körül székel. A kávéaljszerü hányadék igen gyanús, bár nem biztos tünet, hasonlóképen vérnek jelenléte a hányadékban. Hasmenést a szerző az eseteknek csak kis töredékében észlelt, s nem 35·5—50%-ban, mint Müller és Tripier. A diagnosis legfontosabb alapját a gyomor elválasztásbeli és mozgásbeli zavarai adják. A gyomornedv sósavtartalma a betegség alatt mindinkább csökken, úgy a szabad H Cl, mint a kötött, de ez korántsem biztos tünet, mert egyfelől más bajokban is előfordulhat (régi gyomorhurut, gastritis atrophica, gyomor-neurosis, tüdőbajok, stb.), másfelől néha mindvégig megtaláljuk a rendes sósavmennyiséget a gyomornedvben, különösen a gyomorfekélyből kiinduló rákoknál. Nagyobb jelentőségü a kórjelzés szempontjából a szabad tejsav állandó jelenléte, de a kórjelzést egymagában ez se döntheti el, mivel bizonyos fokig erre nézve is áll az, a mit a H Cl-ra nézve mondottunk. A gyomorerjesztők viselkedése leginkább a rák székhelyének a megállapítására használható fel: ha a pepsin és az oltó egyaránt csökkent a gyomornedvben, a fundus rákjára gyanakodhatunk, ha csak a pepsin csökkent vagy hiányzik, az oltó ellenben megvan, a pylorus-tájék rákját vehetjük fel. (Glässner 1902.) Fontos ennek az ismerete különösen az operatio szempontjából. Az Erdmann és Wintertől 1903-ban (Münchener mediz. Wochenschft.) leirt tryptophanreactiót (a gyomortartalomnak ibolyavörös színeződését chlor vagy brom hozzáadására) a szerző nem tartja döntő értékünek; Glässner is csak egy esetben észlelte ezt a reactiót 12 rákesete közül. A gyomor motilitása a ráknál csaknem mindig szenved; kivétel ez alól leginkább a fundus-rákoknál fordul elő. A motilitás vizsgálatára a beteget előtte való este jól megvacsoráltatjuk s a vizsgálatot reggel végezzük, a beteg éhgyomrú állapotában. Igen nagy jelentőségü a diagnosis meg-

állapítására, ha az üres gyomorban vért és genyet, vagy csak egyedül genyet mutathatunk ki; legállandóbb ez a tünet a kis görbületen székelő könnyen kifekélyesedő rákoknál, a melyek achlorhydriával s a gyomornak csak igen csekély motilitásbeli hiányával járnak. A vérzések sohasem hiányzanak, de néha olyan gyengék, hogy a vér a kihányt vagy kimosott gyomortartalomban csak chemiai vagy mikroskopi úton mutatható ki. A vérzés különösen azon esetekben bir kórjelző értékkel, mikor achlorhydria van jelen, a mikor tehát a gyomorfekély kizárható. A bélsárnak vértartalomra való vizsgálatára a betegnek 2—3 napig tartózkodnia kell húsételektől; a bélsár vértartalma nem oly fontos diagnostikai jel, mint a gyomortartalomé, mert a vérzés máshonnan is eredhet, mint a gyomorból. A positiv leletnél fontosabb a negativ lelet s a szerző hozzácsatlakozik Boas és Hartmann azon kijelentéséhez, hogy ha kétes esetekben állandóan nincs vér a bélürülékben, az gyomorrák ellen szól. Typusos, mikroskoppal beigazolt rákszövetrészletek a gyomortartalomban a kórjelzést biztossá teszik, csakhogy ilyen részletek a ráknak már csak igen előhaladott, inoperabilis fokozatain szoktak leválni. Cohnheim-nek és másoknak azt az állítását, hogy gyomorráknál sohase hiányzanak amoebák és infusoriumok a nyálkahártya felszinén, a szerző nem erősítheti meg. Hosszú, fonálszerű, végeikkel gyakran szegletben összeilleszkedő bacillusok (Boas és Oppler) leginkább akkor találhatók, ha bő tejsavképződés van; különösen számosak a H Cl-hiánynyal és gyomorpangással járó alakoknál. Sarcinák ellenkezőleg épen az ulcusból fejlődött rákformáknál találhatók, azoknál tehát, a melyeknél rendesen még szabad H Cl mutatható ki. A vizelet vizsgálata kevés útbaigazítást nyujt; a szerző, eltérően Fr. Müller-től, fehérjét ritkán talált a vizeletben, ellenben gyakran talált benne nagy mennyiségű indicant és Rosenbach-féle festőanyagot. Hasonlóképen nincsen semmi állandósága és jellemzetessége a vérleletnek sem. Az eddig elmondottakból kitünik, hogy a rák korai stadiumainak egészen biztos kórjelzése majdnem lehetetlen, a mennyiben a biztosnak mondott tünetek sok eset vizsgálata alapján valamennyien kétes értékünek bizonyultak. Később a diagnosist kétségtelenné teszi a daganat kitapinthatósága s rákrészecskéknek jelenléte a hányadékban. A korai tünetek közül legfontosabb még a gyomormüködésnek nagyfokú zavara. A kórjelzést a tünetek összeségéből kell megállapítani. Ha a baj lappangva fejlődik ki, hol javul, hol rosszabbodik, csak helyi tüneteket okoz jelentékenyebb általános táplálkozás-zavarok nélkül s a sósav hiánya is csak mulandó: egyszerű hurutra kell a diagnosist tennünk; ellenben hirtelenebb kifejlődés, egyre súlyosodó tünetek, állandó H Cl-hiány, nagy elesettség rákra utalnak. Legnehezebb a rák megkülönböztetése a gyomornyálkahártyának sorvadással járó súlyos hurutjaitól (Ewald „anadeniá"-jától), melyek rövid idő alatt szintén erős cachexiára vezethetnek. Az ilyen atrophiás hurutoktól a rákot — ha a daganat nem tapintható ki — a következők szemmeltartásával különböztethetjük meg. 1. A gyomortartalomnak s a bélürüléknek vérre való megvizsgálása által. Ha állandóan hiányzik ezekben a vér, ez rák ellen szól. 2. Az üres gyomor vizsgálata által. Ha benne genyet találunk, vérrel keverve, vagy a nélkül, a rák diagnosisa igen valószinüvé lesz annál is inkább, mivel a más eredésü genyedések könnyen felismerhetők. 3. Rákrészletek kimutatása által az üres gyomorban, a hányadékban vagy a felszivattyúzott próbareggeliben. 4. Az üres gyomornak amoebákra és infusoriumokra való vizsgálata által. 5. Az üres gyomor folyadékában fehérjének a kimutatása által Salomon módszere szerint. Ez a fehérje a rákdaganat savós kiizzadásából ered. Jelenléte — kivált ha nagyobb mennyiségű — csaknem biztos jele a gyomorráknak. A szerző Salomon ajánlása nyomán úgy jár el, hogy miután a beteggel ebédre csak fehérje nélküli, folyékony táplálékot vétetett, este 9-kor kiöblíti a gyomrát. Ezt az öblítést másnap reggel többször megismétli (400 cm^3 physiol. konyhasóoldattal), s az utolsó öblítő folyadékot megvizsgálja az Essbach-reagenssel vagy a Kjeldahl-féle próbával fehérjére, illetőleg N-re. 6. A baloldali mellhártya állapotának a megvizsgálása által. A szerző gyakran találta, hogy a kis görbület rákja baloldali pleuritissel jár. Nehezen különböztethető meg néha a rák a régi gyomorfekélyektől is s viszont könnyen egyszerű gyomorfekélyt diagnostizálhatunk ott, a hol a fekély már rákosan elfajult. Az ilyen carcinomás ulcus sokáig jóindulatú fekély tüneteivel járhat, a H Cl mennyisége változatlan, vagy még növekedett lehet. Egyszerű gyomorfekélyek kitapintható daganatokat is okozhatnak pylorusspasmus, izomtúltengés, callosus megvastagodás vagy a perforált fekélynek szomszéd szervekkel való összenövése által, a mi téves kórjelzésre vezethet. A gyomorfekélynek rákos elfajulása néha igen nehezen állapítható meg. Gluzinski módszere (mely a gyomortartalomnak többször napjában H Cl-re való vizsgálatában áll) a szerző tapasztalataiban nem vált be. Ha metastasisok mutathatók ki a kulcsontfeletti mirigyekben, a májban, vagy nőkön a petefészkekben, a rák diagnosisa biztos, de ez a jel gyakran hiányzik, még a legvégső fokozatokon is. Néha még a hasüreg megnyitása után se lehet az ulcus vagy carcinoma-alternativát eldönteni, sőt a szerzőnek, ép úgy mint Ewald-nak, voltak esetei, a hol a hasüreg gmenyitása után kis részleteket resekáltak a daganatból s még a mikroskopos vizsgálat mellett is tévedtek, a mennyiben a diagnosist fekélyre tették, holott a további lefolyás azt mutatta, hogy a daganat rák volt. A gastroskopiai vizsgálat egyelőre még oly technikai nehézségekkel jár, hogy a kórjelzés szempontjából nem értékesíthető. Kelling állítását, hogy a gyomor és bél rákjában szenvedők vérseruma bizonyos jellegzetes praecipitin-reactiokat ad, Fuld a szerző vezetése alatt végzett vizsgálataiban nem erősíthette meg. Többet várhatunk a jövőben a Röntgen-vizsgálat tökéletesítésétől. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 25. és 26. szám.)

Mikrobás cyanosis elnevezéssel érdekes esetet ismertet *Gibson* és *Carstairs C. Douglas*. A 36 éves nőbeteg már évek óta szenvedett fejfájásban és általános gyengeségben, a melyhez szédülés- és ájulásrohamok csatlakoztak. Legfeltünőbb volt a cyanosis, a melynek oka gyanánt — egyebek hiányában — eleinte anilinmérgezés okozta vérszétesést vettek fel. A beteg ugyanis fejfájása ellen nagyon sok anilin-származékot vett volt már be. A további vizsgálódások azután kimutatták, hogy a beteg vérében b. coli, illetve a coli-csoportba tartozó valamelyes bakterium van tiszta tenyészetben, és hogy ez a bakterium magában a vérben nitriteket termel, a melyek a haemoglobin egy részét methaemoglobinná alakítják át. A methaemoglobinban pedig, a mint ismeretes, az oxygen nagyon erős összeköttetésben van a haemoglobinnal, csak nagyon nehezen válik el tőle s azért a test sejtjei nem kaphatnak a vérből elég oxygent, a minek folytán cyanosis jelentkezik. A leirt esetben az elsődleges baj alkalmasint a bélben székelt, a honnan állandóan belejutottak a vérbe az említett bakteriumok. (The lancet, 1906. julius 14.)

Sebészet.

Bőrtransplantationál a sebkezelést *Weischer* (Hamm) következőképen módosította. Az átültetett bőrlebenyekre gazedarabkát és vattát helyez, a kötést physiologikus konyhasóoldattal megnedvesíti és pólyával rögzíti. A beteg alá vízáthatlan terítőt helyez. Ezután a kötést 2—3 óránként meleg konyhasóoldattal újból megnedvesíti. 2×24 óra mulva a kötést váltja és a transplantált börterületet 3%-os bórvaselines kenőcscsel kezeli tovább. Eredményei: az esetek $^3/_4$ részében valamennyi lebeny megtapadt, $^1/_4$ részében pedig a lebenyeknek 80—90%-a. (Zentralblatt für Chirurgie 1906. 25. sz.) *Gergő.*

A hólyagdaganatok sebészi kezeléséről értekezik *Treplin* Kümmell osztályáról. A jóindulatú papillosus daganatok elég gyakoriak, de jóval nagyobb számúak a rákos természetű papillomák, melyek vagy mindjárt mint rákok keletkeznek, vagy pedig a jóindulatú daganatokból alakulnak át rákká. *Kümmell* 6 operált esetben észlelte a jóindulatú daganat átmenetelét a rosszindulatú formába. Az utolsó 20 évben 45 hólyagdaganatot észleltek, melyekből 32 bolyhos daganat jellegével birt. Ezek közül 12 jóindulatú bolyhos tumor volt, 19 esetben rák volt jelen; a 12 jóindulatú daganat közül 3 esetben rákos jellegű recidiva jelentkezett. 11 nem bolyhos daganat közül a legtöbb rákos volt, még pedig 4 alveolaris szerkezettel, 3 laphámrák, a többi carc. simplex vagy alveolare volt. 1 esetben sarkomát, 1-szer a hólyagfalból kiindulva cystát észleltek. Hogy valamely bolyhos daganat jó- vagy rosszindulatú-e, azt cystoskoppal nem lehet eldönteni, ezért ha a recidivákat el akarjuk kerülni, ne elégedjünk meg a daga-

nat eltávolításával, hanem resekáljuk vele együtt a hólyagfal megfelelő részletét is. Ezért műtéti eljárásul a sectio altát választszuk s csak igen kicsiny bolyhos daganat esetén dolgozzunk az operatiós cystoskoppal.

A jóindulatú daganatok miatt végzett műtétek közül minden esetben gyógyulást értek el, csak egy esetben állott be halál szívgyengeség folytán. A műtét óta egyes esetekben már 19 év telt el. A sectio alta után úgy a nyálkahártyát, mint a hólyagfalat varrattal egyesítik, húgysipolyt csak ritkán észleltek s ezek is rövid idő mulva záródtak. 2 esetben recidiva jelentkezett. A 30 hólyagrákos közül recidivamentes 6, kiknél a műtét óta 16, 15, 8, 6½, 5 év telt el, a mi 20% végleges gyógyulásnak felel meg. Ezen esetek közt már előrehaladt rákos folyamatok is vannak, olyanok, a melyek a hólyagfal ⅓-ának resectioját tették szükségessé. Minél közelebb van a daganat a trigonumhoz és az ureterekhez, annál kedvezőtlenebb a gyógyulásra való kilátás. A műtét utáni első 8 nap meghalt 10; 6 hó után 3, 4 hó után 4, 5 hó után 2, 2 hó után 3 halt meg. Tekintve, hogy 20%-ban végleges gyógyulást értek el, minden rosszindulatú hólyagdaganat esetében jogosult a műtéti beavatkozás. (Deutsche med. Wochenschr. 1906. 19. sz.) *Steiner Pál* dr.

A catgut sterilizálására mindig új és új módszereket ajánlanak. *Claudius* a nyers catgutot 8 napra olyan oldatba teszi, melynek 100 részében 1 gm. jod és 1 gm jodkali foglaltatik. Ezen módon csirátlanított catgut jól megfelel czéljának, egyetlen hátránya, hogy 2—3 hét mulva szakadékonnyá lesz. Ennek elkerülésére *Moschwitz* és *Herhold* azt ajánlja, hogy az így kezelt catgutot steril edényben szárítsuk és így őrizzük meg; e praeparatum jobb mint a sublimatcatgut. Hosszasabb eljárással sterilizálja a catgutot *Tanton*. A nyers catgutot üveghengerekre csavarja fel és 15—20 napra zsirtalanítás czéljából aetherbe teszi. Azután ugyanennyi időre 2%-os jodacetonoldatba helyezi s utána 90%-os alkoholban őrzi meg. *Föderl* a nyers catgutot porczellánhengerre csavarja, e hengerek kis fémtumbába jönnek, melyet absolut alkohollal megtölt s jól elzár. Az egész tumbát tartalmával együtt ½ órára meleg vízfürdőbe helyezi s így a catgutot az alkoholgőzök csirátlanítják. A tumbát közvetlenül a műtét előtt kell kinyitni; az így nyert catgut teljesen megfelel czéljának. Az alkoholt használja a csirátlanításra *Karewski* is, a ki üvegphiolákba helyezi a pamutgombolyaghoz hasonlóan felcsavart catgutot, a phiolát in toto absolut alkoholban 103° C.-ig hevíti 1 órán át, azután a phiolát alul beforrasztja és vacuumban absolut alkohollal, melyhez 1—3% glycerint tett, megtölti, azután fent is beforrasztja s hogy a netán a levegőből aspirált csirákat is elpusztítsa, újból 1 órán át 103°-ra hevíti. Így csirátlan catgutot nyer, a mely kellő erősségű s rugalmasságú s annál jobb, minél később kerül alkalmazásba. *Hallions* és *Garrions* szerint a catgut bakteriologiai vizsgálatánál gyakran hiba csúszhatik be. Így ha sterilizált catgutot steril bouillonba helyezünk 37°-os autoclavban, lehetséges, hogy semmi sem tenyészik ki, s ha azután egy másik steril bouillonba teszszük ugyanazon catgutdarabot hasonló körülmények közt, bakteriumtenyészetet kapunk. Ezt úgy magyarázzák, hogy a gyári catgut rendesen sublimatba volt áztatva s csak ha a sublimatos réteg leoldódik az első bouillonos hengerben, fejlődhetnek ki a bakteriumok. *Steiner Pál* dr.

Gyermekorvostan.

Asphyxia neonatorum 20 súlyos esetében 0·0007 gm. strychnin. sulf. és 0·0005 gm. atropin. sulf. combinatioját alkalmazta subcutan *W. Himmelsbach*, s ezt a beavatkozást szükség esetén ¼ óra múlva megismételte. Az eredmények kitünőek voltak (Calif. state journ. of med. IV. 2, Febr. 1906.) *Deutsch Ernő.*

Epidemiás megalerythema néhány esetét közli *Moussous*. Az *Escherich* és *Stricker* által ismertetett, a fertőző erythemák és a kiütéses lázas megbetegedések közt álló urticariaszerű bántalmat egy család három tagján észlelte. A bőrelváltozások a törzstől eltekintve az egész köztakarót ellepték, a betegek csekély lázas mozgalmakon kivül semminemű eltérést nem mutattak. A megbetegedések 8—10 napos közökben követték egymást. (Arch. de méd. des enf. 1906. február, pg. 95.) *Deutsch Ernő.*

A metadiphtheriás mellhártyagyuladásokról értekeznek *Deguy* és *Detot*. A pleuritis ritkán szövődik a diphtheriához; *Beweil* 1122 eset közül 5-ször, *Leenhardt* 4 esetben észlelte. Ha a bonczolásleleteket is számításba veszszük, gyakrabban fogunk pleuritist találni, így *Marfan* 85 esetére 13 mellhártyagyuladás esik. A mellhártya fertőzése broncho-pulmonális, mediastinális vagy lymphatikus úton megy végbe. Néha tracheotomia vagy intubatio után peri- vagy retropharyngeális tályog fejlődik s sülyedés útján a mediastinum és mellhártya fertőződik. (Revue mens. des mal. de l'enf. 1906. február, XXIV., pg. 49.)

Deutsch Ernő.

Idegkórtan.

Idegbaj-e a hysteria? Ezt a kérdést veti fel *P. Kronthal* (Berlin), a ki már több ilyenféle sajátságos munkát közölt.

K. azon gondolkozik, hogy miképen jutottak az orvosok arra a nézetre, hogy a hysteria idegbaj, a mikor az idegrendszerben nem található elváltozás, és azt hiszi, hogy az idegrendszer bünbak, a melyre ráfognak mindent, ha nem található semmi. A hysteriát K. szerint azért is nézik idegbajnak, mert azt hiszik, hogy kóros reactio csak az idegrendszer megbetegedéséből folyhatik, pedig a növénynek nincs is idegrendszere. Idegbajnak nézték a hysteriát eddig azért is, mert úgynevezett psychés tünetekkel jár. De a psyche sem egyéb, mint a szervezet reactioja ingerekre és így erre is csak az előbbi ellenvetés áll. A hysteria már azért sem idegbaj, mert a tünetek sem egy idegterületre, sem egy központnak megfelelő területre nincsenek lokalizálva. A hysteria tehát nem idegbaj.

Mi tehát a hysteria? K. ezt így határozza meg: a hysteria könnyen változó reactioja az egyént alkotó sejteknek . . . .

De elég ebből ennyi. A curiosum részleteit az eredeti czikkben lehet elolvasni. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1906. 22. szám.)

Kollarits Jenő dr.

A cerebrospinális folyadék a Landry-bénulásban *Sicard* és *Bauer* vizsgálatának tárgya volt. Ez a folyadék tiszta volt, melegítve sok fehérje csapódott ki belőle és sok sejtelemet tartalmazott; körülbelül 40 polynucleáris sejt jutott 60 mononucleárisra. A bakteriumvizsgálat még a centrifugált folyadék üledékében is negativ volt. Minthogy ezen jelenségek egy második hasonló esetben ezzel megegyeztek és a bonczolás felhágó meningomyelitist állapított meg, úgy látszik, hogy ezzel a vizsgálattal meg lehet különböztetni a polyneuritises és myelitises Landry-bénulást egymástól. Az említett lelet ezen és mások közleményeiből levont tanúságok szerint rossz prognosist nyujt. (Revue neurol. 1906. 8. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

A santonin tabeses fájdalmak ellen jóhatású, mint azt *F. Bricage* értekezésében olvassuk. 1901-ben Negro turini docens állította először, hogy a santonin a tabeses fájdalmakat csökkenti; ezt a szert egy régi tabeses betegen próbálta először, a kinek fájdalmai nem szüntek semmi fájdalomcsillapító szerre és a ki három órai időközben háromszor beadott 0·05 gm. santoninra jelentékenyen javult. Ezután 11 tabeses beteg közül nyolcznál vált be a szer kitünő módon, kettőnél csak keveset használt, egy esetben pedig kellemetlenségeket okozott. Bricage 27 betegen tett kisérletet, egészben véve jó eredménynyel, bár jelentékenynek mondható hatás az eseteknek csak körülbelül felében állott elő. Nevezetes ezzel szemben, hogy a közönséges neuralgiákban hatás egyáltalában nem volt észlelhető. A napi adat 0·30—0·45 gm. volt; ezt az adatot hosszú időn át lehet sokszor minden kellemetlenség nélkül ismételni, azonban sokkal kevesebbel kell kezdeni, és fokozatosan szabad csak emelkedni, mert előfordulhat, hogy 0·10—0·20 gm. is már kellemetlenséget okoz. 0·05—0·1 gm. napi adat csak átmeneti eredményü, 0·15—0·3 gm. már nemcsak gyorsan hat, hanem hosszabb időre meg is szabadítja a beteget fájdalmaitól, sőt ezek a szer abbanhagyásakor sem térnek vissza. Az egyes adat 0·02—0·03 gm. pilulában. Az első mérgezési tünet, a mely előállhat, a xanthopsia. Ennek jelentkezésekor a szert azonnal abban kell hagyni. A santonin a tabeses gégekrisist is szünteti. (Thèse de Lyon. 1906.) *Kollarits Jenő* dr.

Húgyszervi betegségek.

A vesemedencze mérését *G. Luys* a kórjelzés megállapítása és a műtét helyes megválasztása szempontjából igen fontosnak tartja. A sebészet mindenesetre hálával tartozik Kelly (Baltimore) tanárnak, a ki reáterelte ezen diagnostikai eljárásra a figyelmet, mert igen előnyös, ha már a műtét előtt ismerjük a veseparenchyma pusztulásának s a vesemedenczebeli geny- vagy vizeletpangásnak a fokát. Az eljárás abban áll, hogy a vizelet lecsapolása után ureter-katheteren át mérczézett fecskendővel annyi bóroldatot lövelünk be, a míg az erre figyelmeztetett beteg heves fájdalmas érzést nem jelez. Egészséges emberen ez már 2—5 cm³ befecskendésére következik be; a vesemedencze capacitását a belövelt folyadék mennyiségéből tudjuk meg. A pontos mérésnek főleg a kórjelzés szempontjából van haszna. Igy ha kiderül, hogy nagyobbodott vesével van dolgunk, a lelet megdönti azt a kétséget, hogy vajjon álképlet avagy vízkór okozza-e a tömegszaporulatot. Vesekő, hydronephrosis és nem tuberkulotikus pyonephrosis esetében a vesemedencze nagyságából már a műtét megkezdése előtt biztosan tudjuk, hogy nephrectomiát avagy nephrotomiát kell-e végeznünk és így pl. pyonephrosisnál nem fogunk előzetesen a genyürre rámetszeni, hanem óvatosan egészben veszszük ki a vesét, a mivel kitérünk a hasür fertőzésének veszélye elől. (Annal. des mal. des org. génito-urin. 1906. 7. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A kankó therapiájába *F. Balzer* és *A. Tansard* egy új eljárást vezet be. Ez azon vegyi reactión alapszik, a mely akkor keletkezik, ha az argentum nitricumot fémzinkkel hozzuk össze. Ilyenkor ugyanis zinknitrat keletkezik, a fémezüst pedig az érintkező pontokon fekete csapadék alakjában rakódik le. Ha a húgycsőnyálkahártyán idézzük elő ezen folyamatot, akkor a zinkkel összehozott arg. nitric.-ból 1. ezüstalbumen és chlorezüst (ha az urethrában vizelet van), 2. fémezüst, 3. kevés chlorzink és 4. zinknitrat keletkezik, a mely utóbbi a legfontosabb tényező, mert ezzel czélozzák a szerzők a nyálkahártya cauterizálását. Az edzés technikája igen egyszerű: a Guyon-féle katheteren 1 : 100—1 : 50 arg. nitric.-oldatból szükség szerint 10—20 cseppet visznek az urethrába és ezt közvetlenül ez után a külön e czélra készített Béniqué-zinkszondával 1—2 perczig kitágítják. Ekkor a fennebb vázolt vegyi folyamat azonnal megindul, a mire két jelenség tesz figyelmessé: a fájdalmasság, a mely nagyon is változik a szerint, hogy mennyire érzékeny a beteg és mennyire lobos a nyálkahártya, mily százalékos oldatot fecskendeztünk a húgycsőbe és mily sokáig hagyjuk benn a szondát. Ennél fontosabb azonban az orific. extern.-on kinyomuló vaselincsepp fekete színeződése, a melynek minőségéből az edzés fokát közvetlenül megitélhetjük. Két percznél tovább ne hagyjuk benn a szondát és 2% oldatot csak kivételes esetben használjunk. Ezen eljárás főelőnye az, hogy a szonda nyomása alatt az edző oldat in statu nascendi hatol a mucosába, s a fémeszköz a mellett, hogy tágít, még a mirigyutakba is szorítja a folyadékot, vagyis a húgycső nyálkahártyáját ezzel teljesen impraegnálja. Ha kellő vigyázattal járunk el, a reactio nem lesz túlnagy; a szerzők az edzést követő napon rendszeresen megtükrözték a betegeket, de sem akkor a legcsekélyebb égési pörköt, sem pedig az egészségesen elbocsátottakon négy hó mulva a szűkület kezdetleges jeleit nem találták. Ezen eljárás egyaránt helyén lesz úgy az elülső, mint a hátulsó kankónál, akár találunk még gonococcust, akár nem, de legjobban beválik akkor, ha erélyesen akarjuk megakadályozni, hogy a mikrobák a húgycső mirigyeibe vándoroljanak. A zinkszondát a használat után azonnal jodkalioldattal kell szárazra törülni. (Annal. des malad. des org. génito-urin. 1906. 9. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tüdő-hypostasis megelőzésére fekvőbeteg öreg embereknél nagyon jó szolgálatokat tesznek a légzésgyakorlatok. Ez ugyan meglehetősen közismert dolog, a gyakorlatban azonban mégis többnyire megfeledkeznek róla, úgy hogy *Schmidt* nem végzett egészen felesleges munkát, a mikor egy czikkében felhivja rá a figyelmet. Ha a beteg erőbeli állapota még kielégítő, activ légzésgyakorlatokat végeztetünk, egyszerüen úgy, hogy a karoknak oldalt emelésével mélyen belégeztetünk. Nagyobb mértékben elgyengült betegekkel passive végzünk gyakorlatokat úgy, hogy a mesterséges légzés egyik módjának mintájára a beteg karjait feje fölé viszszük (belégzés) s azután a karoknak visszavitele végén a mellkast összeszorítjuk (kilégzés). Az ilyen gyakorlatokat naponként 3—4-szer kell végezni, mindannyiszor 10—15 perczig, az étkezés előtt. (Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1906. 2. sz.)

Az aethylmethylxanthint nagyon jó eredménynyel használta *Birk* cardialis hydrops eseteiben. ½ grammos adagokat használtatott többször naponként. Ajánlja e szert mindazon esetekben, a melyekben a szív útján ható diureticumok már felmondták a szolgálatot, diuretinra pedig a vesék már nem reagálnak. (Inaug. Dissert., Halle.)

Haemostan elnevezéssel egy bécsi gyógyszertár (Apotheke zur Austria) czukrozott tablettákat hoz forgalomba, a melyek extr. hydrastist, extr. gossypiit, extr. hamamelidist, chininum muriaticumot és pulv. rad. hydrastist tartalmaznak. E tabletták különböző okból eredő vérzések ellen állitólag jó eredménynyel használhatók. 3—3 darab veendő be belőlük 3-szor naponként az étkezések után; a vérzés megszünte után még hosszabb ideig használandók a tabletták (2—2 darab 3-szor naponként). Előnyük, hogy könnyen vehetők be, hosszú időn át adhatók s az étvágyat is javítják. A haemostan állítólag 40% kal olcsóbb, mint a hasonló hatású többi készítmény.

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1906. 3. füzet. *Jendrássik Ernő:* További adatok a járás élettanához. A futásról és ugrásról. *Mansfeld Géza* és *Kopf Lajos:* A chloralhydrat- és alkoholmérgezés chemiai lefolyása koplaló és jól táplált állatokon. *Rhorer László* és *Torday Árpád:* A gyomorresorptioról. *Fleischmann László:* Miképen befolyásolják különböző táptalajok a tuberculosis-bacillus virulentiáját? *Kentzler Gyula:* Véroltások után előállott gerinczvelő-elváltozások kisérleti állatoknál. *Pólya Jenő Sándor:* Kisérletek a bélvarratok egyszerűsitésére. *Engel Károly:* Klinikai vizsgálatok a vérsavó fénytöréséről.

Klinikai füzetek, 1906. 5. füzet. *Schwarz József:* Miért abstinentia és nem temperantia? 6. füzet. *Tuszkai Ödön:* Physikális kezelésmódok női bajokban.

Gyógyászat, 1906. 22. szám. *Pándy Kálmán:* Lueses Brown-Séquard-féle bénulás. *Unterberg Hugó:* A húgycsőszűkületek kezeléséről. 23. szám. *Tóth Gyula:* Az eczema gyógykezelése sugárzó hővel. *Unterberg Hugó:* A húgycsőszűkületek kezeléséről. *Mandel Ignácz:* Az iszákosok paranoid elmebajairól. 24. szám. *Felletár Emil:* Extractum filicis maris aethereum okozta, teljes megvakulással járt súlyos mérgezés. *Unterberg Hugó:* A húgycsőszűkületek kezeléséről. 25. szám. *Alexander Béla:* Plastikus x-sugaras képek. *Felletár Emil:* Filix masmérgezés. 26. szám. *Falta Marczell:* A trachomások ködös látása. *Alexander Béla:* Plastikus x-sugaras képek. 27. szám. *Alexander Béla:* Plastikus x-sugaras képek. *Unterberg Hugó:* A húgycsőszűkületek kezeléséről.

Orvosok lapja, 1906. 22. szám. *Hudovernig Károly:* Mikor indokolt a tabes dorsalisnak és a paralysis progressivának antilueses gyógykezelése? *Farkas Miksa:* Adatok a gyomor- és bélbetegségek gyógyszeres kezeléséhez. *Bauer Kálmán:* A lecithinről és néhány lecithintartalmú készitményről. 23. szám. *Löbl Vilmos:* Mellékvese-készitmények a gyakorló orvos kezében. 24. szám. *Tuszkai Ödön:* Újabb gyógyirányok a nőorvostanban. *Löbl Vilmos:* Mellékvese-készitmények a gyakorló orvos kezében. 25. szám. *Tuszkai Ödön:* Újabb gyógyirányok a nőorvostanban. 26. szám. *Barabás József:* A syphilis gyógyitása mercurocrême-mel. 27. szám. *Rozsnyai Bertalan:* Érdekes elmekórtani eset a törvényszéki orvosi gyakorlatból.

Budapeti orvosi ujság 1906. 22. és 23. szám. *Torday Ferencz:* Adatok a köldök physiologiájához. *Marsovszky Pál:* Akromegalia esete. 23. szám. *Pólya Jenő Sándor:* Két vékonybélkacs kizáródása egy sérvtömlőben. „Szülészet és nőgyógyászat“ melléklet 2. szám. *Rotter Henrik:* 1. Relativ indicatióból végzett császármetszés. 2. Fibromyoma uteri centralis necrosissal. 3. Fiatal megrepedt extrauterinterhesség esete. 24. szám. *Torday Ferencz:* Adatok a köldök physiologiájához. 25. szám. *Weisz Ede:* Adatok a bőr hőmérsékletéhez. „Szemészeti lapok“ melléklet 2. szám. *Vidéky Rikárd:* Keresztezett trigeminus- és végtaganaesthesia keratitis neuroparalyticával komplikálva. *Markbreiter Irén:* 1. Adatok a papillán előforduló kötőszöveti meniscusok aetiologiájának ismeretéhez. 2. A könytömlő chronikus gyuladásáról és exstirpatiójáról. 26. szám. *Szontagh Félix:* A csecsemő táplálásáról szóló tan néhány kérdéséről. „Gyermekorvos“ melléklet 2. szám. *Bán Ilona:* Acut bélelzáródással szövődött gümőkóros hashártyalob gyógyult esete. *Weisz Ármin:* A kryptorchismus operativ gyógyitása. 27. szám. *Preisich Kornél:* A scrophulosisról. „Urologia“ melléklet 3. szám. *Herczel Manó:* Az urologiai sebészet köréből. *Rihmer Béla:* Adat a vesetuberculosis spontan gyógyulása kérdéséhez. *Lichtenberg Sándor:* Az átmetszett vagy csonkolt ureter újraegyesitése magnesium-prothesissel. *Feleki Hugó:* A húgycsőszűkület korai felismerésének fontosságáról.

Vegyes hirek.

Kinevezés. Az igazságügyminister *Dávid János* dr. Kézdivásárhelyi tiszti főorvost a kézdivásárhelyi törvényszékhez és törvényszéki fogházhoz orvossá nevezte ki.

A közegészségi tanács új tagjai. A belügyminister *Tauffer Emil* dr.-t, a magyar királyi tengerészeti hatóság orvosát és *Szabó Sándor* dr.-t, székesfővárosi tiszti főorvosi helyettest az országos közegészségi tanács rendkivüli tagjaivá nevezte ki hat évi időtartamra.

Választás. *Lechner Antal* dr.-t Somogy-Nágocson körorvossá, *Tóth Árvai Márk* dr.-t pedig, Kunbaján községi orvossá választották.

A IV. országos elmeorvosi értekezletet október hó 28.-án és 29.-én tartják meg Budapesten. Előadások augusztus 15.-éig jelentendők be Dr. Hudovernig Károlynál (Budapest, IV., Váci-utcza 83).

Semmelweis-utcza. A budapesti kir. Orvosegyesület igazgató tanácsa *Győry Tibor* dr. inditványára f. év márczius havában folyamodványt nyujtott be a székesfőváros közmunkatanácsához, hogy nagy hazánkfia, Semmelweis Ignácz nevére nevezné el a főváros valamelyik forgalmas utczáját. A közmunkatanács azt az utczát nevezte el róla, melyben Semmelweis klinikája állott: az Ujvilág-utczát. A szeptemberi Semmelweis-ünnepségekig a nagy férfiú tabáni szülőháza (Apród-utcza 3.) is el lesz látva emléktáblával.

A hét éven felüli gyermekek tartásköltségei a belügyministernek 58,917/1906. sz. rendelete szerint csak azon esetben előlegeztetnek az országos betegápolási alapból, ha a költségek a gyermeknek az állami gyermekmenhely kötelékében történt gondozása idejében merültek fel. Minden egyéb esetben külföldi vagy hazai hatóságok is követeléseiket közvetlenül az illetőségi községgel szemben érvényesítsék.

Magyar fürdők látogatottsága. *Iglófüred* (julius 16.) 356; *Lipik* (julius 18.) 2189; *Pöstyén* (julius 7.) 4025; *Tátrafüred* (julius 17.) 1860; *Tátraszéplak* (julius 8.) 497.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület május hóban 731 egyént részesitett első segélyben; ezenkivül 726 szállitást végzett, 134 esetben mint mozgóőrség működött és 46 esetben vaklárma miatt vonult ki. A május havi működési főösszeg tehát 1637.

A Szabolcs vármegyei nyiregyházai „Erzsébet" nyilvános közkórházban 1905-ben összesen 3300 beteget (1853 férfi és 1447 nő) ápoltak. A halálozás százaléka 4·1 volt. Egy betegre 20·04 ápolási nap esett. Műtétet 529 esetben végeztek.

Zemplén vármegye sátoraljaujhelyi „Erzsébet" közkórházának mult évi működését ismerteti *Chudovszky Móricz* dr., a kórház igazgatója. A kor igényeinek teljesen megfelelő, 206 ágyra berendezett új kórház mult év május hó 1.-én nyilt meg. E csonka esztendőben összesen 1305 beteg (751 férfi és 554 nő) nyert a kórházban ápolást, ezek között 235 elmebeteg volt. A halálozási százalék 8·4 volt, a mely aránylag magas halálozási arányszám annak tudandó be, hogy a kórházban elmebetegeket is ápolnak, a kik közül az emlitett időszakban 30 halt meg. Nagyobb műtétet 410 esetben végeztek. A jelentés kiterjeszkedik a kórházban követett gyógyitáselvek rövid ismertetésére, valamint az érdekesebb esetek kórtörténetének rövid leirására is.

Meghalt. *A. Witzel*, a fogorvoslás tanára a bonni egyetemen, 59 éves korában.

Megjelent. *Dr. Emil von Grósz:* Über die ärztliche Ausbildung. Tübingen, F. Pietzcker. Német kiadása azon megnyitó előadásnak, a melyet lapunk jubiláris számában közöltünk volt. — *Vámossy Zoltán:* A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1906. évi évkönyve. A 243 lapra terjedő kötet a megszokott gondos összeállitásban tartalmazza egyrészt a balneologiai egyesület mult évi működését, másrészt pedig a XVI. magyar balneologiai congressus tárgyalásait.

Kisebb hirek külföldről. *O. Piffl* dr.-t a prágai német egyetemen a fülorvostan rendkivüli tanárává nevezték ki. — A most záródó félévvel a következő tanárok válnak ki a bécsi egyetem tanári karából: *Benedikt, Pollitzer, Stoffela* és *Winternitz*. — Chiari tanár utódjává a prágai német egyetem kórbonczolástani tanszékére primo et aequo loco *R. Kretz* bécsi rendkivüli és *Kaufmann* baseli rendes tanárt, secundo loco pedig *Dürck* müncheni tanárt terjesztették fel. — *Tarnowski*, a nemrégiben elhunyt orosz orvostanár jószágát egy beteg orvosok számára emelendő sanatorium czéljaira hagyományozta. — *Rosenthal* erlangeni tanár e hó 16.-án ünnepelte 70. születésnapját. — *Neumann* dr., a hygiene és bakteriologia docense a heidelbergi egyetemen a rendkivüli tanári czimet kapta. — *Rindfleisch* tanár, a hires kórbúvár Würzburgban, nyugalomba vonul.

Az új Virchow-kórház orvosi személyzetét a napokban választotta meg Berlin város tanácsa; a belorvosi osztály vezetője *Kuttner*, a sebészetié *Borchardt*, a gynaekologiaié *Koblanck*, az orr-, gége- és fülorvosié *Hartmann*, a szemorvosié *Fehr*, a bőrbeteg- és syphilis-osztályé *Buschke* és *Wechselmann*, a hydrotherapiaié *Laqueur*, a fertőzőé *Jochmann*, a Röntgen-osztályé *Levy-Dorn* lett; kórbonczoló *Hansemann*. A Virchow-kórház egyike a világ legnagyobb kórházainak; 57 épületből és 3400 helyiségből áll és 2000 betegre van berendezve; a kórház létesitésének költségei 18.868,000 márkára rúgtak.

A német egyetemek orvosi fakultásainak látogatottsága a most befejeződő nyári félévben a következő volt: München 1099, Berlin 970, Freiburg 523, Leipzig 447, Würzburg 413, Heidelberg 362, Kiel 278, Bonn 256, Breslau 231, Jena 219, Strassburg 217, Königsberg 208, Tübingen 204, Greifswald 184, Halle 175, Göttingen 173, Erlangen 172, Giessen 149, Rostock 107, Münster 43.

Szunyogcsípés ellen *Harnack* tanár rendkivül jó hatásúnak találta a Bengué-féle balzsamot, a mely mentholból, methylsalicylatból és lanolinból áll s a mely tubusokban készen kapható. A balzsammal a megcsipett helyet erősen be kell dörzsölni és a bedörzsölést esetleg rövid időközökben megismételni.

A pinczérek szalvétáját, melyet ezek tudvalevően mint jelvényt állandóan magukkal tartanak, nagyon erős kritika tárgyává teszi a hygiene szempontjából H. Kron a Deutsche medezinische Wochenschr. ez évi 27. számában. Bámulatos, hogy milyen sokfélére használja a pinczér ezt a kendőt: a tányérokat törli ki vele, az asztalterítőt simitja vele végig, a pohár szélén túlhabzó sör feleslegét fogja fel vele; az evőeszközök tisztítására kitünő, mindig kéznél levő eszköz az a bizonyos szalvéta, s e mellett arra is jó, hogy a pinczér vele időnként gyöngyöző homlokát, vagy ha közben egy korty sört hajt fel, a száját letörölje. Kron a „pinczérszalvéta" kiküszöbölését követeli.

A náthát *P. White* (Edinburgh) kis monographiájában (Catarrhal Fevers, London, 1906.) határozottan bakteriumok által okozott ragadós betegségnek minősiti. A meghülés szerepét a nátha keletkezésében nagyon is túlbecsülik; nagyobb jelentősége van e tekintetben a zsúfolt helyiségekben, pl. szinházban való tartózkodásnak. Az északsarki expeditiók alkalmával eddig mindig azt az észleletet tették, hogy a benn ük résztvevők a nagy hidegek és szelek ellenére is teljesen mentesek maradtak a náthától, mig csakhamar náthát kaptak ismét, a mint megint az emberek közé kerültek. Ismeretes, hogy a tengerpart tiszta levegőjében az ember a legerősebb szelet is kiállja, a nélkül, hogy meghülne és náthát kapna. A nátha oka White szerint a Cantley-féle bacillus: b. coryzae segmentosus, mely a náthás orrváladékban 56 eset közül 50-szer ki volt mutatható; igaz, hogy a bacillus kulturáival nem sikerült a szerzőnek majmon náthát létrehozni. A nátha kezelésére nézve White a szokásos therapiát ajánlja: phenacetint, belladonnát, Dover-port a heveny stadiumban, chinint és salicylt később.

Bromlecithin Richter. Bergell és Braunstein nagyszabású klinikai és laboratoriumi vizsgálatai óta mind kiterjedtebben használják a bromlecithint **anaemia, neurasthenia, chlorosis** súlyos eseteiben is. A vörös vérsejtek számának gyors szaporitása által az elgyengült szervezetet erősiti. A lecithin bromizált állapotban jut a szervezetbe. A bromlecithin a vastherapia kitünő pótszere. A bromlecithinnek ize jó, miért is szivesen szedik. A bromlecithinben 30% brom van. Minden tabletta 5 cgm. bromlecithint tartalmaz. Egy eredeti dobozban 100 lepényke van.

A gyermekhalandóság elleni küzdésben nagyon fontos, hogy nyáron a csecsemőknek a friss tehéntej helyett egy könnyen emészthető és mindig egyforma táplálékot nyujtsunk. Ezen követelményeknek különösen megfelel a rég bevált Nestlé-gyermektápliszt, melyet egyszerűen vízben főve, egy tökéletes gyermektápszert kapunk.

„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.**

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).

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

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

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.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató ülés 1906. április 25.-én) 721. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VII. rendes ülés, 1906. április 26.-án) 721. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (XIII. szakülés 1906. május 12.-én) 722. l. — A budapesti kir Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (IV. rendes ülés 1906. április 24.-én) 722 l.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató ülés 1906. április 25.-én.)

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

Mi az oka a heveny eczemának.

Csillag Jakab: 119 oly eczema-esetet vizsgált meg Róna tanár kórházi osztályán, melyek a heveny eczema első eruptiojával jelentkeztek. Közülök 84 esetben biztosan, 14 esetben valószinűséggel ki volt deríthető az ok, 21 esetben nem volt kideríthető.

A 84 esetben a heveny eczemát előidéző ok kivétel nélkül vegyi anyag volt, mely kivülről jutott a köztakaróra. A 14 esetben, melyben az előidéző ok csak valószinűséggel volt megállapitható, szintén kivülről a köztakaróra jutott vegyi ártalmakat lehetett felvenni. És miután a 21 esetben, melyekben semmiféle okot kideriteni nem lehetett, a klinikai kép, a lefolyás stb. ugyanolyan volt, mint a többi 98 esetben, semmi alapja sincs annak, hogy más természetű, különösen a szervezet felől jövő ártalmat tételezzen fel közvetlen előidéző momentumként, mint a melyet az összes esetek $^5/_6$ részében kimutatott, azaz a külvilágból a köztakaróra jutott vegyi anyagot.

De ezen anyagok legnagyobb része még tömény állapotban és a köztakaróval való tartós érintkezéskor sem okoz az emberek legnagyobb részén typikus heveny eczemát, hanem csak olyanokon, kiknek köztakarója csökkent ellenállású a vegyi anyagokkal szemben (általános és speciális hypersensibilitas, idiosynkrasia) és így az előadó tapasztalatai és kisérletei szerint két tényező — a hypersensibilitas és valamely vegyi agens — együttműködése a köztakarón szüli a typusos heveny eczemát kivétel nélkül minden esetben.

Hess-féle ptosis-műtét esete.

Fejér Gyula: A felső szemhéj ptosisa többféle módon jöhet létre. Leggyakoribb az oculomotorius által beidegzett levator palpebrae superioris hűdése következtében létrejött ptosis, ritkább a sympathicus által beidegzett musculus palpebralis sup. hűdése által okozott ptosis sympathica, de legritkább a veleszületett ptosis. Nem akarok jelenleg a ptosis aetiologiájára és pathologiájára bővebben kiterjeszkedni, csak a veleszületett ptosisról akarom emliteni, hogy egymagában ritkán fordul elő, rendszerint kétoldali, nagyon sokszor öröklődik és a szemmozgató izmok egyéb defectusával szövődik. A veleszületett ptosis okául a szerzők egy része a levator izomrostjainak hiányos fejlődését találta, mások az izmok kettéválását, összenövését, szabálytalan insertioját, kötőszöveti elfajulását vagy teljes hiányát állapitották meg. Az irodalomban vannak olyan esetek, a melyekben az idegrostok hiányos fejlődése vagy teljes hiánya okozta a ptosist vagy egyéb mozgási zavart.

A ptosis kórtanának eme rövid tárgyalása után át akarok térni ama műtéti módokra, a melyekkel a ptosist meg lehet szüntetni vagy javitani; magától értetődik, hogy szerzett ptosis esetében először gyógyszeres kezelést kell megkisérleni. Minden ptosis-műtétnek főczélja az, hogy a szemhéj emelő izmát valami módon összeköttetésbe hozzuk a homlokizommal, az utóbbi által pótoljuk vagy erősitsük hiányzó működését. Pagenstecher fonalas műtéte, Panas lebenyszerű plastikája, Eversbusch-nak a szemhéjemelő izmot előhelyező műtéte és Hess-nek lapszerinti összenövesztése, mind azon követelménynek akar megfelelni, hogy a szemhéj részben megrövidüljön, részben a musculus frontalissal heges összeköttetésbe jusson.

Ezek után van szerencsém ezen 18 éves leányt bemutatni, kin a jobb oldalon ptosis congenita miatt márczius hó 16.-án a Hess-féle műtétet végeztem. A leánynál a szemben, ennek izmaiban vagy idegrendszerében elváltozást vagy hiányt nem találtam. A Hess-féle műtét lényege az, hogy a szemhéj bőrét a szőmöldökivtől egészen a pillákig lepraeparáljuk és a szemhéjnak így lepraeparált elülső lemezét, azaz bőrét odavarrjuk három fonállal az alávájt szemöldökseb alá. Azért választottam ezen módszert, mert ennél a lapszerinti összenövés és összeköttetés, valamint a szemhéj bőrének megrövidülése a szemhéj egész hosszában történik, s ettől vártam a legfőbb eredményt. A seb per primam gyógyult, a szemhéj csakugyan felemelődött, mert míg azelőtt a corneának $^2/_3$ része volt fedve, jelenleg csak $^1/_3$ része fedett és a két szemrés között alig van különbség. A szemrés legnagyobb szélessége mindkét oldalon a középen 8 mm. A szemhéj körében látható azon három fonál heges útja, melyeknek az volt a czéljuk, hogy a szemhéj és a frontális között heges összeköttetést készitsenek. A beteg az eredménynyel cosmetikai szempontból nagyon meg van elégedve.

Mohr Mihály: A ptosis-operatiók, mint általában a szemorvosi plastikák, nehezek, mert a czélszerűségi feladaton kivül a kozmetikai követelménynek is meg kell felelniök. A bemutatott esetben a functionális eredmény kifogástalan, mert a szemrés olyan tág, mint az ép oldalon, de kozmetikai szempontból hiányos az eredmény, mert a felső szemhéj redője, mely felfelé való nézéskor képződik, az operált oldalon eltünt.

Szóló vagy 6 esetet operált Panas szerint, de ennek a műtétnek kozmetikai hátránya van. Congenitális ptosist egy 15 éves leánynál olyformán operált, hogy a Pagenstecher-féle operálás szerint egy fonalat vezetett a szemöldök közepétől függélyesen le a szemhéjszélig a belső oldalon a bőr alatt, ott megfordította kifelé, párhuzamosan a szemhéjszéllel, majd a külső zug közelében felvezette a bőr alatt a szemöldöknél az első beszúrási hely mellé, ott draincső fölött csomózta és így felhúzta a szemhéjat. A fonál 3 hétig maradt benn, mert genyedés a mai aseptikus eljárás mellett nem indul meg, de a fonál kivétele után a szemrés tág maradt, a szemhéjredő meg volt és a két szemrés között csak akkor volt különbség, ha a beteg lefelé nézett, mert a ptosisos felső szemhéj nem ment annyira le, mint az ép és így ez a szemrés volt tágabb.

Fejér Gyula. A bemutatott esetben a kozmetikai eredményt hátrányosan befolyásolja az is, hogy a beteg szemöldöke gyengén fejlett és így nem fedi szőr a heget. Régebben egy esetében a szemhéj bőrének kimetszésével operált ptosist, de ennek csak ideiglenes volt az eredménye, mert a bőr megnyult és a ptosis újból beállott.

Mohr Mihály. Bőrkimetszéssel nem lehet a ptosist megjavitani, mert a bőr nem emeli a szemhéjat és így nem is várható, hogy ezzel valamit segiteni lehetne.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VII. rendes ülés, 1906. április 26.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Arnold.**

Rihmer Béla: A vesetuberculosis korai diagnosisa.

(Lapunkban egész terjedelmében megjelent.)

Elmeszesedett vesecaverna Röntgen-képe. Adat a vesegümőkór spontan gyógyulásának kérdéséhez.

Rihmer Béla: A vesegümőkór, ha egyszer kifejlődött, magától igen ritkán gyógyul és mint Delbet kimutatta, a gyógyulás a vesének mint organumnak tönkremenésével jár. A bemutatott esetben 7 évre visszamenő jobboldali vesekötünetek voltak jelen, később csupán gyakori vizelés, jelenleg napi 100-on felüli képezi a panaszt. A vizelet tiszta, geny, fehérje nincs benne, a hólyag capacitása 30—40 gm. A beteg tuberculinra általános és a hólyagtájon jelentkező helyi reactiót mutat. Oltás. Ez négy hétig negativ. Röntgen a jobb tposisos vesében követ jelez. Műtétkor kiderül, hogy nincs tulajdonképeni kő jelen, hanem egy praeformált üreben levő meszes mállékony tömeg zárja el az ureter kezdetét. A kisujj végét befogadó medencze heges; kis, nem vérző vese (sectiós metszés történt). A vesét kiirtjuk. Műtét után 5 hétre a még élve hagyott malacz gümős lett. A cavernák falából kimetszett részek szövettani vizsgálata góczokban elrendezett epithelialis sejtekből álló sarjszövetet mutat, centrális elsajtosodással. A jelzett esetben tehát, egy chronikus sajtos-cavernás vesegümőkór esetében, az ureter elzáródása után részben elmeszesedés, részben elhegedés utján spontan gyógyulás állott be, de ezzel egyidejűleg a vese az organismusra nézve hasznavehetetlenné lett. A vizeletben levő tuberculosisbacteriumok alighanem a hólyag falában lévő, még nem teljesen elhegedt és a tuberculinra is reagáló góczokból származnak.

Illyés Géza: A vesesebészet legnagyobb diadala a vesetuberculosis korai felismerése a functionális vizsgálati módszerekkel. Ha a zavaros vizelet és a geny nem ad kellő felvilágositást, a cystoskopos vizsgálat dönti el a kérdést: ilyenkor belövelt ureterkörnyék, sarjak és ulceratiók láthatók. A vesék megbetegedéseiről a kétoldali ureterkatheterismus ad felvilágositást. Az ureterkathetert 6—8 órán fekve hagyva elég vizsgálati anyagot nyerünk a vesék működésének megállapitására (phloridzin-próba, higitási módszer, fagyáspontcsökkenés), s ha a különböző próbák folytán a vese betegnek találtatott, fennáll a nephrektomia javaslata.

Nehézséget okoz a gonorrhoea és a vesetuberculosis szövődése, mikor a gonorrheás cystitis eredménytelen kezelése a tuberculosus cystitis diagnosisához vezet; phthisikus egyénnél nem nehéz a cystitis tuberculosa diagnosisa.

Kövesi: Belorvostani szempontból fontos tünetnek tartja a haematuriát. Sokszor nephritis chron. haemorrhagicát okoz egy arrodált veseszemölcs. Az ilyen solitaer gümőnél jó az operativ kilátás, de vajjon a szervezetben nincs-e egyéb tuberculosus gócz?

A tuberculinreactio ép ezért csak nagy körültekintéssel értékesithető.

Ujabban a vizeletben talált leucocytákra hivták fel a figyelmet, a mely kérdés tanulmányozandó volna.

Az ureterkatheterismust csak pontos vizeletvizsgálatnak tartja, mely az operativ beavatkozás indicatiójának felállitásakor a vesék állapotáról pontos felvilágositást nyújt.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(XIII. szakülés. 1906. május 12.-én.)

Elnök: **Hoor Károly.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Kenyeres Balázs**: **„Beszámoló a törvényszéki orvostani intézetben végzett Röntgen-vizsgálatokról“** czimű előadás-sorozatát folytatva a halál jeléről értekezik.

Az „Independence Médicale“ 1897-ben közölte, hogy De Bouryode a „Société de Biologie“-ben három Röntgen-képet mutatott be, a melyek közül kettőt élő egyén, egyet pedig holttest mellkasáról vettek fel. A képeken szembetünő volt a halál biztos jele: az élő egyénekről készített felvételeken a mellkasi zsigerek elmosódottak voltak, a holttestről készült képen éles határral tüntek fel.

Ottolenghi abból indulva ki, hogy a különbség csak a tüdők viselkedésének különbözőségén alapulhat, kisérleteket végzett olyan módon, hogy kivágott és átvilágitott tüdődarabkákat 24 óráig melegitőszekrényben tartott, s azután róluk újból készitett felvételeket. Kimutatta, hogy az első kép elmosódott, a második élesen határolt volt. Ebből a halál bekövetkezését meg lehet állapitani.

Az előadó kisérleteivel kimutatta, hogy ez valóban igy van, de kifejti, hogy a különbség csak igen jelentéktelen, tévedések könnyen előfordulhatnak, s különben is a kimetszett tüdő a rothadáskor egészen máskép viselkedik, mint a mellkasban maradt. Számos Röntgen-felvétellel bizonyitja, hogy hosszú időn keresztül, a mikor az újszülöttek holtteste már előrehaladt rothadásnak indult, a képek semmiféle különbséget nem mutatnak.

A De Bouryode által emlitett jele a halálnak abban áll, hogy az élő egyénről készitett felvételen a mellkasi szervek: a szív és rekesz határa elmosódott, a holttestről felvett képen azonban éles. Számos felvétel bizonyitja ezt. Oka ennek az, hogy az átvilágitás közben a szív széle a lüktetés folytán, a rekesz széle a légzés folytán változtatja helyét, és igy a Röntgen-kép tulajdonképen azt mutatja, hogy van-e légzés és szivverés. Minthogy pedig ezt más vizsgáló módszerekkel épügy meg lehet határozni, az egész felfedezésnek gyakorlati jelentősége a halál megállapitásában nincsen.

2. **Markbreit Irén** idült lob miatt kiirtott könytömlőket kórszövettanilag vizsgált és a legtöbb esetben súlyos elváltozásokat talált. E miatt szerinte dacryocystitis esetében a szondázás sokszor teljesen czéltalan és a legtöbb esetben a kiirtás javalt.

Az exstirpatio mellett azonban nem csak kórszövettani leletei alapján foglal állást, hanem socialis szempontból és a baj aetiologiájára való tekintettel is.

Észleleteit összehasonlitja *Tartuferi* azon leleteivel, melyeket hullákon a ductus vizsgálatakor talált.

Végül az exstirpatio modern kiviteléről szól több érdekes adat megjelölésével.

Hozzászól: *Hoor*.

(XIV. szakülés. 1906. május 19.-én.)

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

Veszprémi Dezső beszámol azon kisérleteiről, a melyeket vegyes fertőzés esetéből származó bakteriumokkal végzett. A kérdéses eset metastasisos tályogjaiban bac. fusiformist, spirochaetát és valamely fonal-bakteriumot talált, a melyeket mesterséges táptalajon is sikerült tenyésztenie, s a melyekkel nagyobb számmal oltott házinyulakat. A beoltott állatok egy részében ugyanezen bakteriumokat tartalmazó tályogok keletkeztek, más részében pedig üszkös gyuladás fejlődött.

(XV. szakülés. 1906. május 26.-án.)

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

1. **Elfer Aladár**: **Mitralis stenosis és baloldali recurrens-hüdés.** Mintegy három évvel ezelőtt egy hasonló esetet mutatott be. Jelen esetében sem aneurysma, sem az aortából kiinduló vagy vele összefüggő más daganat nincs, a mely a recurrensnek a hüdését nyomás útján előidézhetné; tabes vagy bulbaer paralysis szintén nem mutatható ki, s azért jogosultnak látta a recurrenshüdést a bal vénás szájadék szűkületével összefüggésbe hozni.

Hogy mily könnyü ilyen esetekben a tévedés, egy másik hasonló eset boncolási eredményével bizonyitja. Az illető dekompenzált szivbajjal került a klinikára s rekedt volt. Ennél is insufficientia bicuspidalist, stenosis ostii venos. sin.-t és bal recurrenshüdést talált s hajlandó volt ezeket összefüggésbe hozni. Azonban a boncoláskor kiderült, hogy a jobb szív erősen megnagyobbodott és túltengett s a ductus Botalli nyitva maradt, továbbá aorta angusta volt jelen.

2. **Demeter György** az **exostosis cartilaginearól** szól egy eset kapcsán. A betegről készitett Röntgen-felvételeket is bemutatja. A 22 éves embernél a bántalom gyermekkorában jelentkezett. A kinövések először a jobb vállán és bal könyökén jelentkeztek, majd pedig a csontváz több helyén egymás után a test fejlődésével kapcsolatosan. A jobb váll közepe táján almanagyságú, dudoros felületű, csontkemény daganat érezhető, a mely a felkarral együtt mozog; hasonló természetű és nagyságú van a bal kar elülső harmadának külső oldalán. A jobb csukló táján az orsó- és singcsont között mogyorónagyságú dudor, a medenczetányéron kis almanagyságú, a jobb czomb alsó harmadán a belső oldalon baraczknagyságú, a külső oldalon valamivel kisebb dudor, úgyszintén a lábszár felső harmadában, valamint a szárkapocs fején egy-egy mogyorónyi dudor. A bal czomb harmadában szintén. A kinövéseket jól feltünteti a stereoskopos fénykép-felvétel.

A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(IV. rendes ülés 1906. április 24.-én.)

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

Adenoma papilliferum.

Ónodi A.: Sz. I., 54 éves férfi. Egy év óta állitólag genyszerű folyása van orrának jobb feléből, egyéb panaszai nincsenek. A vizsglatá a jobb középső orrjáratot kitöltő, könnyen mozgó, szürkés, puha, bolyhos daganatot mutat. Egy mandolányi és egy diónyi részletnek, valamint kisebb részeknek a középső orrjárat tetejéből való eltávolitása után a szonda egy tág, 1 cm. magas rostasejtbe jut, melynek fala érdes. A bolyhos daganatnak egyes bolyhai 1 cm. hosszúságot és $1^1/_2$ mm. vastagságot értek el. A górcsői vizsgálat adenoma papilliferumot mutatott. A bolyhokon helyenként a mirigyhám többrétegzettsége és a hámsejtek alaki és nagysági eltérése rosszindulatú jelleg mellett szól. A ritkábban előforduló daganat a középső orrjárat vagy a jelzett rostasejt nyilási területének mirigyeiből indult ki.

Polyák Lajos: Az eset adenoma malignum (adenocarcinoma) és kiújulás várható.

Baumgarten Ede: Látott hasonló esetet, mely jóindulatúnak bizonyult.

Ónodi Adolf: Kezdettől fogva rosszindulatúnak tartotta a daganatot, a mire a szövettani lelet is utal helyenként.

Lymphangioma hypertrophicum palati duri.

Ónodi A.: Z. L., 35 éves nőn állitólag nyolcz év óta a kemény szájpad hátulsó felében, a középvonaltól bal felé sima, tömött, mogyorónyi daganat van jelen, mely eddig semminemű kellemetlenséget nem okozott, miért is a beteg csak nehezen engedte meg a próbaexcisiót. A górcsői vizsgálat ezen a helyen a ritka megjelenésű lymphangioma hypertrophicum daganatát derítette ki.

Rhinitis pseudomembranacea esete.

Navratil Dezső: Tizennégy éves leányka kereste fel azzal a panaszszal, hogy orra hét hete nem szelel. Az anamnesisben nyolcz év előtt scarlatina. Rhinoskopia anteriorral mindkét kagylón fehéres lepedék látható, mely sürű genynek imponált először, de letörülhető nem volt. Az előadó csipeszszel eltávolitotta e lepedéket, melynek tapadási helyén erősebb vérzés támadt. (Rhin. post: alsó kagylók hátulsó vége kissé duzzadt.) Tonogen alkalmazása mellett mindkét alsó kagylóról e lepedéket eltávolitotta. (Lepedéket bemutatja.) Kitünt ekkor, hogy ezek fibrines álhártyák voltak. Próbaoltás ismételten diphtheriára minden eredmény nélkül. Tonogenes tamponoknak az orrba való helyezése egy hétig. Semmi javulás. Lecurettezte a kagylók nyálkahártyáját. (Bemutatja a lecurettezett nyálkahártyadarabokat.) A beteg meggyógyult, orra jól szelel, két hó óta recidivamentes.

Pseudoorrgaratpolyp négy esetének készitménye.

Navratil Dezső: *1. eset. 58 éves férfi*, kinél az orrban baloldalt több polyp látható. Rhinoscopia anteriorral a nasopharynxban körülbelül tyúktojásnyi polyp. Az orrban levő polypokat kacscsal, a nasopharynxban levő nagy polypot a szájon át tompa dupla kanállal távolitotta el. *A nagy polyp a vomeren ült.* Ebből egy darab a kitépésnél letörött. Helye a vomeren rhinoskopia posteriorral jól volt látható. Rostasejtgenyedés baloldalt. Kikaparás, gyógyulás. Baloldalt iköböl, homloköböl és állöböl genytől ment.

2. eset. 19 éves collega. Baloldali orreldugulással s állandó hányásingerrel jelentkezett. Rhinoskopia anteriorral orr szabad. Orrjárat igen szük. Rhin. post.-ral a nasopharynxba lógó ujjnyi vastag, 5 cm. hosszú exulcerált tumor látható. Nasopharynx igen szük. Nyakon kétoldalt kitapintható mirigyek. Evés után erős hányásinger, sokszor hány, igen lesoványodott. Mindezek rosszindulatú tumor mellett szólottak. Tonogen alkalmazása mellett sem látni elölről a tumort. Killian-tükörrel vizsgálva kitünik, hogy a középső kagyló hátulsó végén kis kocsányon lóg a tumor s nem más, mint egy *kifekélyesedett nyálkahártyapolyp*. Orron át kacscsal való eltávolitás. A betegnél mellékreggenyedésre gyanús geny az orrban nem volt. Az átvilágitás mindkét oldalt egyforma. Próbaöblitéstől a beteg igen legyengült volta miatt elállunk. Mütét után a beteg meghizott, a hányásingerek elmultak, jól van. Az orrban geny nincs.

3. eset. 11 éves fiú. Mióa emlékszik, orra baloldalt mindig el volt dugulva. Rhinoskopia anterior: az orrot polypok töltik ki. Rhinoskopia post.-ral a nasopharynxban tyúktojásnyi polyp. Eltávolitás in toto az orron át hideg kacscsal. Az orrban baloldalt geny nincs. Próbaöblitésektől elállunk, mivel a beteg nagyon rosszul tartott már a mütét alatt is.

4. eset. 26 éves férfi. Nyolcz éve nem szelel az orra baloldalt. Rhinoskopia anteriorral az orrban polypok. Rhin. post.-ral a nasopharynxban tyúktojásnyi polyp. Eltávolitása a polypoknak az orrból

kacscsal, a nasopharynxból az orron át erős fogóval. Eltávolitás alatt a nasopharynxban ülő polyp megpukkad s belőle 4 cm³-nyi colloidszerű váladék ürül. A polyp az elülső rostasejtek nyilásán lógott vékony kocsányon. Rostasejtgenyedés, kikaparás, gyógyulás. A többi üreg kiöblitése. Átvilágitással igen jól volt látható a baloldali rostasejteknek megfelelő feltünő sötét árnyék.

Ónodi Adolf: A retronasális polypus vagy choanális, vagy pseudogaratpolypus, mely az orrüregből vagy a vomerből indul ki. Egy 10 cm.-es polypust, mely fuldoklást okozott, a vizsgálat alatt távolitott el. Az irodalomban hasonló eset van, melyben a szájüreget is kitöltötte a polyp, de spontan leszakadt.

Donogány Zakariás: Az ilyen daganat néha hányást okoz, de a hányás nem függ a daganat nagyságától, sem elhelyeződésétől, hanem attól, hogy mikép türi a beteg a polypust.

Baumgarten Egmont: Minél nagyobb a choanális polypus, annál könnyebben irtható ki. A műtétet rendesen orrgaratkacscsal végzi.

Polyák Lajos: Szintén a choanális polypus elnevezést tartja helyesebbnek, ép úgy, mint Killian. Killian szerint ezek rendszerint a Highmor-üregből indulnak ki, az accessorius nyíláson át. Az első praeparatum azt látszik mutatni, hogy ethmoidális eredetű is lehet, de mértékadó, hogy az előadó maga látta, honnan vette ki. A bemutatott fogó, mely mellett látni nem lehet, nem felel meg a modern sebészet követelményeinek.

Navratil Dezső megjegyzi, hogy elfogadja a Killian által ajánlott elnevezést.

Súlyos egyoldali iköbölgenyedésnek endonasalisan operált s gyógyult esete.

Navratil Dezső: A 22 éves férfiút három hó előtt egy szemorvos-collega küldte a bemutatóhoz A betegnek látása normális volt, de igen erős fejfájásai voltak a baloldali homloköböl s a nyakszirt táján. E fejfájások egy hete állanak fenn s azóta fokozódnak. A beteg orrát átvizsgálva, sem rhinoskopia anteriorral, sem posteriorral az orrban geny nem látható. Kevés savós váladékot fuj ki a beteg az orra bal feléből időről időre. A középső kagyló nagy s duzzadt. Gyanú lévén mellüregbántalomra, az előadó a beteget átvilágitotta diaphanoskoppal, de ez biztos útbaigazitást nem adott. Bier-féle pólya felrakása a nyakra pro die 3 × 2 órán keresztül három napon át. Eredmény nincs, a fájdalmak fokozódnak. Negyed-ötödnapon cocainos tonogen-tampon az orrba. Állapot a régi. A hatodik napon a látás kezd rosszabbodni, a szemmozgás erősen korlátozott, a fejfájások igen erősek. Lázas állapot. Sinus maxillaris átöblitése, középső kagyló levésése in toto. Hetednapra a beteg kissé erőhöz jutott, de fájdalmai fennállanak. Előadó tovább keresi a genyet; elülső rostasejtek, homloköböl átöblitése. A beteg igen elesett, gyenge, folyton elájul, a miért a genykeresést abbanhagyjuk. Nyolczadik nap a beteg kissé erőhöz jutott, bár igen erős fejfájások mellett magas lázak állanak fenn. Erős rázóhideg; az orrban sehol geny nincs. Hátsó rostasejtek átnézése. Iköböl nyilása nem látható, nem szondázható. Horoggal megnyitva az iköböl elülső falát, onnan nagy nyomás alatt körülbelül 3 cm³-nyi sűrű sárga geny ürül pulzálva. A beteg jobban lesz. Az iköböl elülső falának eltávolitása külön e czélra szerkesztett kanállal, vésővel, kis horgokkal. Kitünik, hogy a geny felülről ürül s igen nagy nyomás alatt volt. Az elülső falon ejtett nyilást Hayek-féle stanzával oválissá téve, ugyanezen eszközzel a sinus nyálkahártyáját in toto eltávolitják. A beteg a műtét után pár napig lázas; a lázak elmulnak, a látás normálissá válik, a szemmozgások szabadok lesznek. Műtét után négyhetenként a sinus sphenoidalison elől ejtett nyilás körül képződött sarjakat Hayek szerint szondára forrasztott lapisgyöngygyel érintik igen jó eredménynyel. A beteg meggyógyul, jól van. Iköbölváladék minimális. Az iköbölben hagyott viz még ma is pulzál.

Az iköböl nyálkahártyájának szövettani képe a következő: A hám több helyen lemacerálódott, némely helyen gömbsejtes infiltratio foglal helyet; a nyálkahártya alatti kötőszövet felrostozódott, benne vérzések láthatók. A sokáig alkoholban levő praeparatumot (Hayek czikke által figyelmessé téve, Archiv f. Lar. u. Rhin. Bd. XVIII. H. 2) bakteriumokra festve, eredmény. Az előadó bemutatja eszközeit a sphenoidalisöböl megnyitásához. Ajánlja a puro adagolását, a mely épen igen elesett, gyenge betegnél kitünően bevált. (Folyt köv.)

PÁLYÁZATOK.

Az Erzsébet királyné-sanatorium **I. segédorvosi állása**, az azt a legutóbbi 3 évben betöltött kollégának a békésgyulai tüdőbeteg-gyógyintézet igazgatófőorvosává történt kineveztetése által megüresedik s f. év október hó 1.-én betöltendő lesz. Az állás javadalmazása 1600 korona készpénzfizetés, mely a szolgálat 2. évében a személyi pótlékkal 1800 koronára, a szolgálat 3. évében pedig 2000 koronára emelkedik és teljes ellátás. A kellően felszerelt kérvények **1906. évi szeptember hó 1.-ig** küldendők be a Budapesti Szegénysorsu Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete főtitkári hivatalához (Budapest, VI., Andrássy-ut 46., I. em. 10.) Tauszk Ferencz dr., egyetemi magántanár, kir. tanácsos czimére.

Az Erzsébet királyné-sanatorium igazgatósága.

Békésvármegye közkórházának elmebeteg-osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Ez állás javadalmazása 1600 korona készpénzfizetés utólagos havi részletekben, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Dr. Fábry Sándor Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám **folyó évi augusztus hó 1.-ig** küldjék be.

Gyula, 1906. évi julius hó 17.-én.

2—1 *Igazgató.*

13482/1906. kig. sz

A nyitravármegyei **érsekujvári közkórházban** betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. belügyminiszter 125,000/1902. sz. körrendelete 2. pontja alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon nőtelen orvostudorokat (esetleg szigorló orvosokat), kik ezen 1200 korona fizetéssel, egy szobából álló lakással, fütéssel, világitással és természetben kiszolgáltatott élelmezéssel javadalmazott, a kórházban való benlakás kötelezettségével járó állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában leirt módon **folyó évi julius hó 30.-áig** hozzám nyujtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és ezt megszakitotta vagy abbanhagyta, köteles ezen időleges szünetelésének illetőleg kilépésének okát okirattal, igazolni. Megjegyeztetik, hogy a kinevezés orvosokra két évi időtartamra szól szigorló orvos kineveztetése pedig csak ideiglenes.

Nyitra, 1906. julius 12.-én. *Az alispán.*

4082/1906. sz.

Alsólendva községben szervezett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazása 800 korona fizetés, 400 korona lakbér. A községi orvos a községi szegényeket ingyen, a vagyonosokat pedig a dijazás iránt a községgel előzetesen kötött egyezség szerint tartozik orvosolni. Megfelelőleg felszerelt pályázati kérvenyek **f. évi augusztus 9-ig** hozzám küldendők. A választást az alsólendvai községi képviselőtestület f. évi augusztus 11.-én d. e. 11 órakor a községházánál tartandó gyülésében eszközli.

Alsólendva, 1906. julius 15.-én.

Székely Emil, főszolgabiró.

12327/906. sz.

A főispán úrnak folyó évi julius hó 1.-én 284. szám alatt kelt és a V. Ü. Sz. 2. §-án alapuló megbizásából a **trencsénvármegyei közkórháznál** lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra**, melynek javadalmazását 1200 korona évi fizetés, a közkórházban egy butorozott szobából álló természetbeni lakás, fütés és világitás, valamint a közkórházban való élelmezés, esetleg a közkórház fentartójának engedélye mellett 492 korona évi élelmezési járulék képezi, ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állásban a kinevezendő orvos két évig, ezetleg külön kieszközlendő engedély mellett három évig maradhat.

Pályázni kivánók az 1883. évi I. t.-czikk 9. §-ában előirt minősitésüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati folyamodványaikat a vármegye főispánjához czimezve **f. évi augusztus hó 31. napjáig** nálam nyujtsák be.

Később beadott kérvények tekintetbe nem vétetnek.

Trencsén, 1906. évi julius hó 14.-én. Alispán szabadságon:

2—1 *A főjegyző.*

18/906. sz.

Kinevezés folytán üresedésbe jött **gyönki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, s felhivom mindazon orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §. előirt képesitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi julius hó 26-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezendőket tekintetbe nem fogom venni A körhöz Gyönk, Miszla, Udvari, Varsád, Szakadáth, Szárazd és Keszőhidegkút községek tartoznak. **Javadalom 1000 korona fizetés**, 400 korona úti átalány, mely járandóságokat a székhelyet képező Gyönk község pénztára fizeti ki. Az orvos tartozik a kört a fuvaráltalány ellenében két hetenként egyszer beutazni, hatósági rendeletre hivatalból ingyen a körhöz tartozó bármely községbe is kiszállani.

Látogatási dijait a kötendő szerződés fogja szabályozni. Müteteknél és szüléseti eseteknél a felek közti megegyezés a mérvadó. Köteles a körorvos a szegényeket ingyen gyógykezelni. Gyönk községben a halottkémlés is a körorvos kötelessége, szemledija egyenként 60 fillérben van megállapitva A választás határnapját később fogom megállapitani.

A megválasztott körorvos tartozik állását 8 nap alatt elfoglalni.

Gyönk, 1906. évi julius hó 5. én.

Báró Jeszenszky György, főszolgabiró.

9157/1906. K. I sz.

Beregvármegye 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 fütés váltságdijában 1000 korona, legkésőbb 1907. év május 1.-jétől a kórház telkén külön épületben elhelyezett négy szobából és tágas mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, fütés és világitás.

A kinevezés egy évre ideiglenesen 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. augusztus hó 25.-éig nyujtsák be.**

Beregszász, 1906. julius hó 16.-án.

2—1 *Gulácsy István*, alispán.

1504/906. sz.

Hevesmegye hevesi járásában alakitott úgynevezett tarnaszentmiklósi **XI. körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi augusztus hó 1.-ig** annyival is inkább adják be, mert a később érkezett kérvényeket figyelembe nem veszem.

A körhöz tartozik Átány, Kömlő, Kisköre, Pély, Tarnaszentmiklós, Hevesvezekény. A körorvos lakhelye Heves. Évi javadalmazás összege 1860 korona. A körorvos kötelességeit a fennálló törvény és szabályrendeletek határozzák meg.

A választást f. évi augusztus hó 3.-án délelőtt 9 órakor Heves községházánál fogom megtartani.

Heves, 1906. évi julius hó 8.-án.

3—2 *Korponay István*, főszolgabiró.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Korytniczai ásványvíz,

kiválóan elismert gyógyvíz

gyomor-, bél- és aranyeres bántalmak ellen, máj- és lépdaganatoknál, sárgaság, székrekedés, epekövek és húgysavas diathesis ellen.

Kapható: fürdőigazgatóság által Korytniczán, **Édeskuty L.**, Budapesten, **Makoviczky Péter**, Liptó-Rózsahegyen, valamint az összes gyógyszertárakban.

Saison-megnyitás május 15-én.

Ujonnan épült, a legmodernebb igényeknek megfelelően berendezett vízgyógyintézet.

Reformált pensiorendszerünket különös figyelembe ajánljuk. Az étkezés étlap szerint, bármely órában minden fürdővendégnek külön szolgáltatik ki. **(Interurban-Telefon.)**

Pensio-árak: május 15-től julius 1-ig, szept. 1 től okt. 1-ig, egy személy 6 kor., két személy 11 kor., három személy 15 kor.; julius 1-től augusztus végéig egy személy 8 kor., két személy 15 kor., három személy 20 kor. Ezen árakban a gyógyhely- és zeneilleték is benfoglaltatik. Bővebb felvilágosítást nyujt **dr. Ormay József,** kir. tanácsos fürdőorvos, valamint a **fürdőigazgatóság Korytniczán.**

HYGIAMA

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

Literaturam etc. mittit

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

Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

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

Literaturam etc. mittit

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

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 készítményt.

Készíti és kapható: **Raditz Ignácz**
„Fehérkereszt" gyógyszertára
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

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. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

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.

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 ivóvízvezetékkel kitünő édesvízzel.**

50. évfolyam. 30. szám. *Budapest, 1906. julius 29.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. 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.

Marikovszky György: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. Immunisatiós és serotherapeutikus kisérletek morphiummal szemben. 724. lap.

Kanitz Henrik: (Közlemény a kolozsvári egyetemi bőr- és bujakórtani klinikáról. Igazgató: Marschalkó Tamás dr., ny. r. tanár.) Pemphigus foliaceus egy esetéről. 730. lap.

Rihmer Béla: A vesetuberculosisról. 732. lap.

Tárcza. Bálint Rezső: Egyptom és Sudan. 734.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Donogány Zakariás* és *Lipscher Sándor:* Magyar orr- és gégegyógyászati bibliographia és repertorium 1903-ig. — *W. Brügelmann:* Die Behandlung von Kranken durch Suggestion und die wahre wissenschaftliche Bedeutung derselben — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Leuriaux* és *Geets:* A Schaudinn-féle treponema pallidum (spirochaeta pallida) tenyésztése. — *Belorvostan. Fr. Müller:* A szív galopprhythmusa. — *Kast:* Felfelé haladó áramlás a bárzsingban. — *Burwinkel:* Az arteriosclerosis tanának mai állása. — *Sebészet. Riese:* Az ondóhólyagokon végzett műtétek húgyivarszervi gümőkór eseteiben. — *Finney:* Postoperativ ileus. — *M. I. Chevers:* A ductus thyreoglossus nyitvamaradásából származó nyaki fistula. — *I. O. Malcolm:* Multiloculáris pankreascysta kiirtása után jelentkező ileus. — *Hahn:* További megjegyzések a vakbélműtétek technikájához. — *Bier:* Kis hasfali metszések. — *Gyermekorvostan. Heubner:* A lues congenitának sublimat intramuscularis befecskendésével való kezelése. — *Comby:* Roux-féle serummal kezelt és gyógyult diphtheria utáni bénulás. — *Bőrkórtan. E. Saafeld:* A bőrbetegségeknek élesztővel való kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. J. Allan:* A creosotal használata croupos tüdőgyuladásban. — *B. Romo:* A helmitol alkalmazása. — *Viett:* Az omorol hatása a gyermekek diphtheritisében. 736—739. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 739. lap.

Vegyes hirek. Közegészségügy a képviselőházban. — Megerősítés. — Megbizás. — Kinevezés a m. kir. államvasutak főorvosává. — Kinevezés Pest vármegye főorvosává. — Kinevezés. — Orvosi állások szervezése Szabadkán. — Jubileum. — A stomatologusok országos egyesülete. — Tiszti orvosi vizsgák Budapesten. — Tiszti orvosi vizsgára előkészitő cursus Kolozsvárt. — Lakásváltozás. — Hazai fürdők látogatottsága. — Kisebb hirek külföldről. — Hibaigazitás. — A túlságos húsevés káros befolyása. 740. lap. Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 741. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 741. l. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. 742. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. 743. l.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thigenol" és C. Reichert, Wien, optikai műhelyeinek prospektusai.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

Immunisatiós és serotherapeutikus kisérletek morphiummal szemben.

Közli: *Marikovszky György* dr., I. tanársegéd.

A vérsavóval való gyógyítás elveinek ismertté válásakor természetesen a morphiummal szemben is megkisértették az eljárást.

Általánosan ismeretes, hogy a morphiumot meg lehet szokni, hiszen az irodalomban vannak említve esetek, a mikor egyes morphinisták egyszerre 3, sőt állitólag 5 gramm morphiumot is eltürtek. E morphiummegszokás oka gyanánt *Faust*[1] szerint vagy azt lehetne felvenni, hogy a szervezet mindinkább képessé lesz arra, hogy a mérget elbontván ártalmatlanná tegye, vagy pedig fokozatosan eltompul a szervezet idegrendszere a méreggel szemben. Az ő véleménye szerint a megszokás csakis a szervezet elbontó képességére vezethető vissza. *Faust* ugyanis idevágó állatkisérletei alapján azt találta, hogy heveny morphiummérgezés következtében elpusztult kutyák bélsarában a nyujtott morphiumnak mintegy 70%-a kimutatható, a morphiumhoz szoktatott kutyáknál ezzel ellentétben sokkal nagyobb adag nyujtása után is csak nyomok találhatók a bélsárban. Az utóbbi esetben a méreg szerinte a szervezetben el lesz bontva, még pedig oly tényezők által, melyek rendes körülmények között vagy egyáltalában nincsenek jelen, vagy pedig csak olyan kis fokban, hogy csak a szoktatás képesiti őket idővel e feladat teljesítésére. Álláspontját *Faust* még azzal is igyekszik támogatni, hogy sóskasavval végzett kisérleteinek eredményét is közli. A sóskasav ugyanis oly méreg, melyhez a szervezet nem tud hozzászokni. Akár heveny, akár idült mérgezésről legyen már most itt szó, az egész beadott méregmennyiség változatlanul fog kiürülni.

Gioffredi[1] kutyákon kisérletezve, azt állitja 1899-ben, hogy azoknál morphiummal szemben egy az immunitáshoz hasonló állapotot lehet elérni. Szerinte morphiummal huzamosabb ideig kezelt kutyák vérsavója morphiummérgezés ellen praeventive és gyógyitólag hat. Ha immunizált kutyák vérsavójával fiatal macskákat praeventive kezelt, azok a legkisebb halálos adagnak két és félszeresét baj nélkül birták el. Az ilyen serum hatását *Gioffredi* szerint nem szabad oxydimorphin jelenlétére visszavezetni, minthogy ezzel magával kisérletezve, hatása a morphiummal szemben csak igen kis fokban mutatkozott antagonistikusnak. Azt is bebizonyította *Gioffredi*, hogy ha a morphiumot az immunizált állatból származó serummal keverjük, a morphium sem vegyileg, sem hatás tekintetében nem változik meg.

Hirschlaff[2] nyulakat immunizált morphiummal szemben. Megkisértette az eljárást kutyákon is, de ezek a morphiumtól hányást és hasmenést kaptak (a mi a *Faust* és a magam tapasztalatai szerint később elmarad), lovon, macskán, marhán pedig izgalmi tünetek jelentkeztek. A nyúl a bőr alá adott morphiummal szemben csak kevéssé érzékeny, a kezelés kezdetén csak múló depressio jelentkezik, később az sem, csak múló mydriasis.

[1] *Faust:* Über die Ursachen der Gewöhnung an Morphium. Arch. f. exp. Path. u. Pharm 1902.

[1] *Gioffredi:* L'immunité artificielle par les alkaloides. Arch. ital. de biol. 1897. és Recherches sur l'immunisation pour la morphine. Arch. ital. de biol. 1899.

[2] *Hirschlaff:* Ein Heilserum zur Bekämpfung der Morphiumvergiftung und ähnlicher Intoxicationen. Berl. klin. W. 1902.

Hirschlaff 3 héttől 5 hónapig kezelte nyulait megszakítás nélkül, naponta eleinte 0·015, később 0·03 grammal emelve a nyujtott adagot. A legkisebb adag, a melylyel a kezelés megkezdődött, 0·015, a legnagyobb, befejező adag, 0·51—1·20 gm. volt. Egy-egy állat összesen 4·59—63·61 gramm morphiumot kapott. A nyulakat a kezelés nem viselte meg, sőt súlyuk gyarapodott. Gyógyító kisérleteihez már most *Hirschlaff* kétféle serumot használt: 1. olyan állatét, mely a vérvétel napjáig folyton kapott morphiumot, 2. olyanét, melyet a vérvételt megelőzőleg körülbelül 4 hétig abstinentiában tartott. (Megjegyzendő, hogy ez utóbbiakon nem jelentkeztek abstinentiális tünetek).

Az immunizált nyulaktól nyert serum hatását *Hirschlaff* eleinte házinyulakon próbálta ki, de mert ezeknél a minimális letalis adag igen ingadozó (*szerinte* körülbelül 24 cgm. kilogrammonként), egerekre tért át, melyek morphiumra mindig a következő tünetekkel reagáltak: kezdeti izgalom, szapora légzés, clonikus görcsök, majd depressio, lassú légzés, asphyxia. Az egész folyamat 20 percz— 12 óra alatt zajlik le. *Hirschlaff* kisérleteinek első sorozatát az képezte, hogy megállapította azon legkisebb adagot, mely az egeret már megölheti, és azt a mennyiséget, mely biztosan halált hozó az egérre. E kisérletek eredménye az volt, hogy a legkisebb halálos adag morphium 11 grammnál könnyebb egérre nézve 0·0045, 11 grammnál nehezebb egérre 0·007 gramm. 0·01 grammnyi morphiumot (0·0005—0·0007 gramm pro gramm egér) *Hirschlaff* minden egérre nézve dosis certe efficaxnak tekint. Kisérleteinek második sorozatában *Hirschlaff* 13 egér bőre alá 1—1 cm³ normális nyúlvérsavót fecskendett, és azt tapasztalta, hogy e normális nyúlvérsavó semmiképen sem befolyásolta a morphiummérgezés lefolyását. A kisérletek harmadik sorozata abból állott, hogy 15 egérbe egy nappal a mérgezés előtt immunizált nyúlból származó vérsavóból 0·5—1·0 cm³-t fecskendett; másnap ezek közül hat egér 0·007—0·008, hat egér 0·013—0·015, három pedig 0·018—0·019 gramm morphiumot kapott, s valamennyi életben maradt. Legjobbnak tapasztalatai szerint nem a maximálisan immunizált, hanem azon nyúlnak vérsavója bizonyult, mely 0·72 grammal lett immunizálva. A nagyobb adaggal immunizáltnak vérsavója nem hat erősebben. A négyhetes abstinentia nem csökkentette a vérsavó értékét. Mindezek alapján *Hirschlaff* azt tartja, hogy morphiummal immunizált nyúl vérsavója megvédi az egeret a legkisebb halálos adagnak 3—4-szerese ellen, nagyobb adag azonban megöli az állatot.

Morgenroth[1] egy közleményében azt irja, hogy *Hirschlaff* állításai tévedésen alapulnak, minthogy 1 cgm. morphium nem pusztítja el biztosan az egeret, mint azt *Hirschlaff* hiszi. *Morgenroth* ugyanis azt találta, hogy 15 grammos egérre nézve 0·014 gramm a biztosan halálos adag, ha pedig az egerekbe előzőleg 0·8 - 1·0 cm³ normális nyúlvérsavót fecskendett, akkor a biztosan halálos adag 0·0165 cgm. fölé emelkedett, a mit pedig *Hirschlaff* már az antitoxikus hatás javára könyvelt el. Ez adatok megállapítása után *Morgenroth* nyulakat és egy kecskét próbált morphiummal szemben immunizálni. Két nyúlnak ugyanis, a befecskendést 0·02 grammon kezdve, 40 napon át mindig több és több morphiumot adott, a napi adagot eleinte 1, később 3 cgm.-mal emelve. Az egyik nyúlnál ilyenformán 0·90, a másiknál 0·76 grammig jutott el pro dosi, a mikor azután vérét vette az állatoknak. A kecskénél 0·45 grammal kezdte a kezelést és pros dosi 7·2 grammig ment fel, a mikor azután az állat öt napon át naponta kapta ezt az adagot. Vért 3 napi abstinentia után vettek a kecskéből. *Gottlieb* Heidelbergben kutyákat tartott morphiummal, s *Morgenroth* ezen kutyák egyikének serumát is felhasználta kisérleteihez. Bár *Morgenroth* e különböző eredetü serumokkal igen nagyszámú kisérletet végzett, egyetlen egyszer sem tapasztalta, hogy az állitólagos antimorphinserum alkalmazása után adva morphiumot, a mérgezés tünetei nem jelentkeztek, vagy csak késtek volna is. Ezek alapján *Morgenroth* azt mondja, hogy a *Hirschlaff* eredményei csak látszólagosak, mert az az adag, melyet ő halálosnak tartott, a valóságban nem volt az, a mihez még azt is hozzá kell vennünk, hogy szerinte a normális, tehát nem immunizált nyulakból származó serummal kezelt egereknél különben is magasabb a biztosan halálos adag morphium, mint a hogy azt *Hirschlaff* hiszi.

Mindezek alapján *Morgenroth* ezután is nyilt kérdésnek tekinti, vajjon a morphium megszokásánál antitoxin képződik-e, vagy pedig, mint azt *Faust* hiszi, a méreg megy tönkre.

Morgenroth kisérletei alapján *Ehrlich*[1] a morphiumra nézve is újból hangsúlyozza azt a régebbi tételét, hogy: „minden vegyileg jól definiálható anyag nélkülözi azt a képességet, hogy antitoxint képezzen".

Egyrészt a kérdés nagy hordereje, másfelől *Ehrlich*-nek kissé apodiktikusan hangzó kijelentése arra ösztönöztek, hogy magam is megkisértsem, vajjon csakugyan nem lehetne-e itt is tenni valamit. Mindenesetre gondolkodóba ejt például az, a mit a strychninnel szemben végzett immunizáló kisérleteinek leirásában *Meier*[2] mond, hogy mi joggal beszélünk immunitásról akkor, mikor valamely állat a különben halálos adag bakteriumtermelte mérget viseli el baj nélkül, s miért csak megszokásról akkor, a mikor valamely állat előzetes kezelés után pl. valamely különben feltétlenül halálos adag alkaloidát bir el, holott a két fogalom voltaképen azonos. Hogy az ezen értelemben vett megszokás lassabban megy végbe, mint az immunizálódás, azt Meier úgy magyarázza, hogy a hatékony atomkomplexum pl. a strychninnél erősebben van megkötve, s ennélfogva nehezebben bontható el, mint a hogy fehérjenemü testet el lehet bontani.

Kisérleteimet szinte termeszetesen azzal kezdtem, hogy meg akartam állapitani egy olyan morphium-adagot, mely az egeret biztosan megöli. Mint említettem, *Hirschlaff* szerint 0·01, *Morgenroth* szerint pedig 0·014 gramm morphium biztosan megöli az egeret. Joggal tehettem tehát fel, hogy 0·02 gramm morphium annál inkább feltétlenül halálos lesz, s ennek a mennyiségnek meglesz talán az az előnye is, hogy könnyebben mérhető le mint a cgrammok töredékei, s azonfelül kerekszám lévén, mindenféle számítás is könnyebben lesz vele eszközölhető. Inkább a forma betartása, mintsem a kontroll kedvéért mármost egy 17·5 gramm nehéz egér bőre alá 2 cgm. morphiumot fecskendeztem, s az egér nagy csodalkozásomra nemcsak hogy nem pusztult el, de még csak görcsök sem jelentkeztek nála. Szőrzete kissé felborzolódott, légzése kissé megszaporodott, de alig egy órával a befecskendés után már vígan evett, s minden baj nélkül túlélte a mérgezési kisérletet. Tehát sem *Hirschlaff*-nak, sem *Morgenroth*-nak nincs igaza. Ez az egyetlen kisérlet is megdönti azt az állitást, hogy akár 0·01, akár 0·014 gramm morphium *biztosan* megöli az egeret.

Ugyanaz nap három egér bőre alá normális nyúlvérsavót fecskendeztem. A befecskendés nyomában mindhárom egér fekszik, reszket, szaporán légzik, s csak 7—8 órával a savó befecskendése után kezdenek magukhoz térni. Mikor teljesen magukhoz tértek, e három egérnek, s egy olyannak, mely előzőleg nem kapott vérsavót, 3—3 cgm. morphiumot fecskendeztem a bőre alá. E befecskendés után 1—6 órával valamennyi egér elpusztult ugyan, de kettő az előzőleg serummal kezeltek közül hamarább, mint azon egér, a melyik serumot nem, hanem csak morphiumot kapott. Nem lehet tehát azt állítani, hogy a normális nyúlvérsavó praeventiv befecskendése jótékonyan hatna a morphiummérgezés ellenében, hiszen különben az előzőleg vérsavóval kezelt három egérnek legalább is tovább kellett volna élnie mint annak, a melyik csak morphiumot kapott. Ebben a tekintetben tehát kisérleteim alapján oszthatom a *Hirschlaff* nézetét. Azok a kifejezett tünetek azonban, melyekkel az egerek a vérsavó befecskendésére reagáltak, gondolkodóba ejtettek. Gondolkodóba ejtett az is, hogy ha én egy, mondjuk 12 grammos egér bőre alá csak 1 cm³ vérsavót fecskendek (nem is számítva a morphium-oldat volumenét), az körülbelül ugyanaz, mintha egy 60 kilós ember bőre alá 5 liter folyadékot fecskendek. Mindenesetre olyan mennyiség, mely már volumenénél fogva sem lehet közömbös. Ezeket latba vetve, további kisérleteimben nagyobb állatokat: tengerimalaczokat használtam.

Általánosan ismeretes, hogy a tengerimalacz jól bírja a morphiumot, számbeli adatok azonban nem állottak rendelkezésemre,

[1] *Morgenroth:* Zur Frage des Antimorphinserums. Berl. klin. W. 1903.

[1] *Ehrlich:* Toxin und Antitoxin. Münch. med. W. 1903.

[2] *Meier:* Immunisierungsversuche gegen Strychnin. Berl. klin. W. 1905.

s azért azzal kellett voltaképeni kisérleteim sorozatát megkezdenem, hogy megállapítottam a tengerimalaczra biztosan halálos morphium mennyiségét. E végből összesen 28 malaczon végeztem sorozatos kisérletet. A sorozatos kisérlet eredménye az, hogy a malacz 100 grammjára legkisebb halálos adagnak 5·33 cgm. bizonyult, 100 gramm testsúlyra pedig 7 cgm. morphium feltétlenül megölte az állatot, még pedig kerekszámban 3—5 óra alatt. Tekintettel az ez irányban végzett kisérleteim elég tekintélyes számára, a serotherapeutikus kisérletek eredményeinek mérlegelésénél azt hiszem joggal indulhattam ki abból a feltevésből, hogy 100 gramm malaczot 7, vagy 1000 gramm malaczot 70 cgm. morphium biztosan megöl.

Kisérleteim második sorozatát az immunizáló kisérletek képezték, melyeket nyulakon és kutyákon végeztem.

Nyulakon eleinte a szokott módon jártam el, vagyis a kisérleti állatokba esetről esetre több és több morphiumot fecskendeztem. A rendes eljárástól annyiban tértem el, hogy nem mindennap fecskendeztem be a nyulakba morphiumot, hanem mindig 2—2 napi pihenés után, még pedig azért, mert tapasztalataim szerint körülbelül annyi ideig tartott, mig a nyúl az előzőleg kapott morphium okozta tüneteket kiheverte. A cumulativ hatást pedig kerülnöm kellett. Előfordult ugyanis több izben, hogy valamely nyúl egy bizonyos adag morphiumot minden nagyobb reactio nélkül megbirt, s másnap ugyanazon adagtól aránylag rövid idő alatt elpusztult.

Bár az adagok növelésekor a legnagyobb óvatossággal jártam el, s bár másfelől nehány nyúlnál megkisértettem az adagnak gyorsabb tempóban való növelését is, az eredménynyel egyáltalában nem voltam megelégedve. Valamennyi nyúl elpusztult, még pedig kifejezett intoxicatio tünetei között, még mielőtt valami jelentékenyebb eredményt tudtam volna náluk elérni. Az így elhullott nyulak boncz lelete nagyjában a következő volt:

A tüdőkben számos apoplectiform gócz. Máj, vesék, nyálkahártyák igen vérbővek, nemkülönben a coecalis nyálkahártya is. A gyomron és a vastagbélen számos vérzéses gócz. Valamennyi meningealis vérében igen nagy vérbőség, az agy és a nyúltagy ereiben számos suffusio. Némely nyúlnál parenchymás nephritis.

Nem akarok az immunizáló kisérletek részleteire kitérni, s csak azokat az eredményeket fogom megemlíteni, a melyeket nyulakon az egyszerű hozzászoktatással sikerült elérnem. Ha csak azokat az eredményeket veszem számba, illetőleg azokat az adatokat és adagokat, a mikor a befecskendést az állat még túlélte, kisérleteimből a következő átlagot lehet kiszámítani.

Az így kezelt nyulak kezelésének tartama átlag 43·28 nap volt. Ez időtartam alatt a nyulak átlag 400 grammot veszítettek testsúlyukból. Elosztva az összes súlyveszteséget a kezelési napok számával, egy napra eső átlagos súlyveszteség 11·75 gramm volt. Összesen átlag ezek a nyulak egyenként 238 cgm. morphiumot kaptak, a miből egy kezelési napra 6·02 cgm esik. Pro dosi minima ezek a nyulak 4·67, pro dosi maxima 36·85 cgm. morphiumot kaptak átlag. 1000 gramm testsúlyra átszámítva, a minimális adag 2·85 cgm., a maximális 32·02 cgm. volt átlagban.

Ha ezen adatokhoz hozzászámítjuk azon adatokat illetőleg adagokat is, a melyek nyujtása után a nyulak elhullottak, ugy a következő eredményekre jutunk:

Kezelés tartama átlag 47·14 nap. Összes súlyveszteség átlag 407·14 gm. Egy napra egy nyúlra eső súlyveszteség átlag 10·13 gm. Egy-egy nyúl átlag összesen 276·28 cgm. morphiumot kapott, a miből egy napra átlag 6·44 cgm. morphium jut. Pro dosi minima 4·57, pro dosi maxima 40·57 cgm. morphiumot kaptak a nyulak átlag. 1000 gm. testsúlyra átszámítva, a minimálisan nyujtott mennyiség átlag 2·88, a maximálisan nyujtott 35·51 cgm. volt.

Ezekből a számadatokból már most az tünik ki, hogy

1. A morphiummal való kezelés erősen megviseli a kisérleti nyulakat, a mit élénken illustrál a jelentékeny súlyveszteség. Ebben a tekintetben tehát nem lehetek egy nézeten *Hirschlaff*-fal, ki, mint említettem, azt irja, hogy a kezelés nem árt az állatoknak.

2. A tartós, és hozzáteszem óvatos kezelés mellett is ezzel a módszerrel legfeljebb azt értem el, hogy 1000 gm. nyúl átlag legfeljebb 32·02 cgm. morphiumot birt el, 1000 gm. testsulyra átlag maximum 35·51 cgm.-ot nyujtva, már elpusztultak a nyulak. *A. Joffroy* és *A. Serveaux*[1] szerint 1000 gm. nyúlra, ha a mérget intravenosusan alkalmazzuk, 0·30 gm., ha intramuscularisan alkalmazzuk 0·36 gm. a legkisebb halálos adag. A bőr alá fecskendett morphium halálos adagját valahol e két adat közt kell keresnünk. Bár e szerzők adatait a magam tapasztalatai szerint túlmagasaknak tartom, a mire később még vissza fogok térni, kétségtelen, hogy nem várhatok valami sok sikert az olyan nyúl savójától, mely nyúlnak 1000 gm.-ja csak 32·02 cgm. morphiumot (mindig átlagos számot véve) birt el.

Hogy e rendes immunizáló módszer lassúsága mellett mily keveset ér, másfelől hogy a *Joffroy* és *Serveaux* adatait *a legkisebb halálos adagra nézve* joggal tartom túlmagasaknak, annak illustrálására felemlítem, hogy volt olyan nyulam, a melyik, mikor 3 havi kezelés után 1000 gm. testsúlyra számítva 9·69 cgm. morphiumot kapott, 4 óra mulva megdöglött. Egy másik nyúl 45 napi kezelés után 1000 gm. testsúlyra 11·85 cgm. morphiumtól döglött meg néhány óra alatt.

Belátva, hogy ebben az irányban haladva előreláthatólag nem sokra fogok jutni, más módszer után néztem.

Calmette, mikor a kigyók mérge ellen való serumot készitette, tudvalevőleg többféle módon tudott eredményt elérni. Egyik módszere az volt, hogy az immunizálandó állat bőre alá mindjárt a teljes halálos, sőt az azt meghaladó adag kigyómérget fecskendezte, de ehhez fokozatosan csökkenő adagban a mérget destruáló anyagot kevert.

Megkisértettem tehát ezt a módszert. A nyúlba az első naptól kezdve a halálos, sőt azt meghaladó adag morphiumot fecskendeztem be, s a morphium mennyiségét esetről esetre növeltem (a mi jobbnak bizonyult), vagy pedig változatlanul meghagytam, oldatához azonban mindkét esetben fokozatosan csökkenő adagban kalium hypermanganicum-oldatot adtam. A keveréket (vegyületet ?) rögtön elkészítése után alkalmaztam.

Lehetséges, sőt valószinű, hogy a kalium hypermanganicum a morphium egy részét elroncsolta, s minthogy mindig kevesebbet kevertem belőle a morphium-oldathoz, voltaképen az állat mindig több és több morphiumot kapott, s az eljárás ilyenformán ugyanaz, mint a régebbi, egyszerű. Akárhogy is áll a dolog, az eredmények igazolták ezen eljárás használhatóságát, amennyiben aránylag sokkal rövidebb ideig tartó kezelés után a nyúl a kezelés utolsó napján már minden kalium hypermanganicum hozzáadása nélkül akkora adag morphiumot birt el, a mekkorára a rendes eljárással sokkal hosszabb idő alatt sem voltam képes felmenni.

Felmerült az a gondolat is, vajjon nem az ismételt kalium hypermanganicum befecskendés emelte-e az állat tolerantiáját morphiummal szemben. Ez irányban végzett ellenőrző kisérleteim negativ eredménynyel jártak. Azok az állatok, a melyekbe csak a szokott mennyiségü kalium hypermanganicum-oldatot fecskendeztem be, minden morphium nélkül, a szokott tartamú és számú kezelés után épen olyan mennyiségü morphiumtól pusztultak el mint az előzőleg egyáltalában nem kezelt állatok.

Morphiummal és kalium hypermanganicummal végzett immunisatiós kisérleteimet két csoport nyúlon végeztem. Hogy az első csoporton végzett kisérleteim eredményét bemutassam, a következő átlagos számadatokat akarom megemlíteni:

Ha azon adatokból, illetőleg azon adagokból számítunk ki átlagot, a mely adagokat az én módszerem szerint kezelt nyulak még kibirtak, akkor az derül ki, hogy: 1. A kezelés tartama átlag 16·54 nap. 2. Az összes súlyveszteség átlag 82·72 gm. 3. Egy napra eső súlyveszteség 5·51 gm. 4. Az összessen nyujtott morphium mennyisége egy egy nyúlnál átlag 339·81 cgm., a miből egy napra 21·87 cgm. morphium esik. 5. Pro dosi ezek a nyulak minimum 51·00, maximum 68·36 cgm. morphiumot kaptak átlag. 6.1000 gm. testsúlyra a minimális adag *átlag* 35·606, a maximális *átlag* 49·19 cgm. volt. Megjegyzem, hogy az így kezelt nyulak némelyike nemcsak hogy nem fogyott, de sőt meghizott.

Ha azokat az adatokat is figyelembe veszszük, a mikor az utolsó adag után a nyúl esetleg elhullott, vagy pedig vér nyerése czéljából elvéreztetett, akkor ezek a számadatok így alakulnak:

[1] *A. Joffroy* et *A. Serveaux:* L'équivalent toxique de la morphine (Arch. de méd. expèr. 1898, T. X.).

1. A kezelés tartama átlag 19·81 nap. 2. Az összes súlyveszteség átlag 109·09 gm. 3. Egy nyúlnál egy napra eső súlyveszteség átlag 6·51 gm. 4. Az összesen nyujtott morphium mennyisége egy-egy nyúlnál átlag 396·63 cgm., a miből egy napra 20·47 cgm. morphium esik. 5. Pro dosi ezek a nyulak minimum 51, maximum 74·18 cgm. morphiumot kaptak átlag. 6. 1000 gm. testsúlyra átszámítva a minimális adag átlag 35·606, a maximális 53·24 cgm. volt.

Összehasonlítva már most egyrészt az egyszerüen csak morphiummal, másrészt a morphiummal és kalium hypermanganicummal kezelt nyulakon elért eredményeket, a következőkre akarom a figyelmet felhívni.

1. A kalium hypermanganicumos kezelés alatt állott nyulak összes súlyvesztesége kisebb mint a régebbi módszer szerint kezelteké. Átlagban mindössze $^1/_4$—$^1/_5$-rész akkora. Azt mondhatná azonban valaki, hogy hiszen a kezelés sokkal rövidebb ideig tartott, s ez már eleve valószinüvé teszi, hogy a nyulak kevésbé fognak megfogyni. Ha azonban elosztom az összes súlyveszteséget a keselési napok számával, akkor az derül ki, hogy az én módszerem szerint az egy napra eső súlyveszteség is csak körülbelül félakkora, mint a régebbi módszernél. Épen ennek a körülménynek az illustrálására számítottam ki és közöltem fennebb az egy napra eső súlyveszteség átlagos adatait.

2. Ha összevetjük a kezelés tartamát és az elért eredményt, okvetlenül szembe fog szökni, hogy sokkal rövidebb idő alatt sokkal nagyobb eredményt lehet elérni a javított immunizáló módszerrel. A közölt adatokból ez azt hiszem egészen kétségtelen. Minthogy azonban a fenti számadatok átlagosak, e 2. pontban foglalt állításom igazolására felemlítem azt a részletet, hogy az egyszerüen kezelt nyulak közül *egyetlen egynél* tudtam annyira felmenni, hogy az 1000 gm. testsúlyra 60 cgm. morphiumot elbirt, de ezt az eredményt is csak 47 napig tartó kezelés árán voltam képes elérni. A kalium hypermanganicumos kezeléssel viszont már ez első csoportban is *több* olyan nyulam volt, a melyik már 19 napi kezelés után 1000 gm. testsúlyra 65·60 cgm. morphiumot elbirt. (Ismétlem, hogy az utolsó napon ezek az állatok is tiszta, tehát nem kalium hypermanganicummal kevert morphiumot kaptak).

3. A közölt számadatokból kitünik, hogy a kezelés idejének egy napjára eső morphium mennyisége a kalium hypermanganicumos kezelésnél jóval nagyobb, mint az egyszerünél. Erre a pontra nem kivánok túlságosan nagy súlyt fektetni, mert hiszen felmerülhet az az ellenvetés, hogy az itt feltüntetett morphiummennyiség nagy részét kalium hypermanganicummal keverve kapták a nyulak, fel lehet tehát tenni, hogy az itt kitüntetett morphium-mennyiségnek csak egy része volt változatlan.

4. Ha el is fogadom a 3. pontban foglalt ellenvetést, az kétségtelen, hogy a rendes kezeléssel — átlagot számítva — 43·28 nap alatt nem tudtam többre menni, mint 1000 gm. testsúlyra számítva pro dosi 32·02 cgm. (47·14 napi kezelés után a nyúl kilója 35·51 cgm. morphiumra elhullott); ezzel szemben a kalium hypermanganicumos kezeléssel elértem azt, hogy a nyúl kilogrammja átlagban 19·81 napi kezelés után 53·24 cgm. tiszta morphiumot birt el pro dosi, s így e kezeléssel úgy hiszem sokkal inkább megközelítettem a legértékesebb serumot, mint az egyszerüvel.

Általánosan elfogadottnak tekinthető az a tétel, hogy olyan állatok, melyek bizonyos méreggel szemben természettől immunisak, vagy mondjuk toleransak, nem alkalmasak arra, hogy mesterségesen immunizáltatván, a belőlük nyert savó az illető méreggel szemben értékes legyen. Bár a nyulakat kisérleteim alapján nem tartom annyira toleransaknak morphiummal szemben, helyesebben a morphium ismételt nyujtásával szemben, mint azt általánosan hiszik, kutyák immunizálását is megkisértettem. Kutyák immunizálásakor azonban csak a régi módszert követtem, vagyis azoknak tisztán morphium folyton nagyobbodó adagjait fecskendeztem bör alá. Nem tudtam ugyanis, hogy mekkorra adag morphiumot fecskendezhetek be kutyáknál először kalium hypermanganicummal keverve. Ennek megállapítására több kutyát fel kellett volna áldoznom, minthogy pedig ezek nehezebben szerezhetők be mint a nyúlak, a kalium hypermanganicummal javított immunizáló módszert morphiummal szemben kutyáknál egyelőre nem kisértettem meg.

Joffroy és *Serveaux* adatai szerint intravenosusan adva 22, intramuscularisan adva pedig 26 cgm. morphium az a legkisebb adag, a mely egy kiló kutyát megöl. Subcután befecskendésnél a minimálisan halálos adagot valahol 22 és 26 cgm. között kell ez adatok szerint keresnünk. Vagyis az említett szerzők adatai szerint egy kiló kutyára nézve a legkisebb halálos adag morphium, ha azt subcutan adjuk, 24 cgm. volna. Tapasztalataim szerint ez az adag is túlmagas. Egy kutyánál ugyanis a kezelést 2 cgm. morphiummal kezdtem, miből 1 kiló kutyára 0·23 cgm. jutott, s ezt az adagot *Joffroy* és *Serveaux* adataiban bizva nagyon merészen, harmadnaponként 2, mihamar pedig harmadnaponként 4 cgm.-mal emeltem. A kutya összesen 91 napig állott kezelés alatt. E 91 nap alatt összesen 1060 cgm. morphiumot kapott, a miből egy kezelési napra 11·91 cgm. esik. Ez látszólag elég szép eredmény, csakhogy 1. a kutya a befecskendésre az utolsó napig reagált hányással, hasmenéssel, salivatioval, dyspnoëval; 2. összesen 8400 gm.-nyi súlyából e 91 nap alatt 1350 gm.-ot veszített; 3. a kezelés 91. napján egyszerre 84 cgm. morphiumot kapott ugyan, de ebből, minthogy akkor a kutya már csak 7050 gm. nehéz volt, egy kiló kutyára csak 11·91 cgm. morphium jutott, s öt órával a befecskendés után mégis elhullott, még pedig heveny mérgezés tünetei között. A bonczolat szintén intoxicatiót mutatott ki. Ha tehát egy kiló kutya 91 napi kezelés után 11·91 cgm. morphiumtól elhull, azt hiszem joggal tehetem fel, hogy a *Joffroy* és *Serveaux* által közlött minimális letális dosis túlmagas.

Egy másik, a kezelés kezdetén 8050 gm. nehéz kutyám, a melyiket ugyanúgy kezeltem mint az elsőt, 67 napig volt kezelés alatt. E 67 nap alatt összesen 976 cgm. morphiumot kapott harmadnaponként, az utolsó napon azonban mindössze 13·91 cgm. morphium jutott a kutya egy kilójára. Ekkor pedig az állat, mely mint említettem, a kezelés elején 8050 gm. nehéz volt, 2450 gm.-ot, vagyis eredeti súlyának mintegy 30%-át már elveszítette, úgy hogy a kezelést egyelőre abbahagytam. Két havi pihentetés után az állat 7450 gm.-ra hizott, s ekkor újra elkezdtem nála a morphium adagolását. Első nap az állat 40 cgm. morphiumot kapott (a miből egy kilóra 5·36 cgm. jutott), s ez adagot harmadnaponként 10, majd 20 cgm.-mal növelve, odajutottam, hogy az állat körülbelül egy hónap mulva már 160 cgm. morphiumot kapott egyszerre, a miből akkor a kutya kilójára 21·68 cgm. esett. Minthogy ez a kutya ekkor már összesen mintegy hat hónapja állott kezelés alatt, ez idő alatt összesen 23·66 gm. morphiumot fogyasztott el, s az utolsó időben állandóan 160 cgm. morphiumot kapott pro dosi, azt hiszem joggal tekinthettem morphinistának, s további sorsáról chronikus morphinismussal szemben végzett therapeutikus kisérleteim leirásánál fogok beszámolni.

Egy harmadik kutyánál igen gyors tempoban kisértettem meg az immunizálást. Az állat első nap 40 cgm. morphiumot kapott, s az adagot előbb 10, majd 20 cgm.-mal emelve, a kezelés 38. napján már 160 cgm.-ot fecskendeztem bőre alá, mire a kutya 3 óra alatt elpusztult. Az állat ekkorára 6350 gm.-nyi testsúlyából 1450 gm.-ot veszített, s összesen 910 cgm. morphiumot kapott.

Negyedik kutyámnál sokkal óvatosabban jártam el, a menynyiben a harmadnaponként nyujtott adagot sokkal lassabban emeltem. Az immunizálást — azt hiszem joggal használom e szót a „szoktatás“ helyett — e kutyánál három turnusban végeztem.

A kezelést az első turnusban 2 cgm. morphiummal kezdtem, a miből egy kiló kutyára 0·22 cgm. méreg jutott. E dosist három nap mulva megismételtem. Ugyanígy jártam el később is a 2, legfeljebb 3 cgm.-mal emelt adagokkal. Ily nagyon lassú, nagyon óvatos kezelés mellett 263 napi kezelés után csak annyira tudtam felmenni, hogy a kutya pro dosi 44, egy kiló testsúlyra számítva 5·17 cgm. morphiumot birt el. A súlyveszteség ily kezelés után jelentéktelen volt, bár az állat összesen 670 cgm. morphiumot fogyasztott el. A nevezetes ennél az első turnusnál az volt, a mit, mint fentebb idéztem, már Faust is említ, hogy 205 napi kezelés után a befecskendést többé nem követte reactio.

Ez időben intézetünk átköltözése s más körülmények miatt a kutya kezelését félbe kellett szakítanom, s csak mintegy hét hónap mulva folytathattam. Az újra kezdett kezelést megint 2 cgm. morphiummal kezdtem, s az első turnusra csak annyiban voltam tekintettel, hogy az adagot most már úgy gondoltam joggal emeltem gyorsabban, vagyis eleinte 2, a nyolczadik befecskendéstől kezdve azonban már 4—4 cgm.-mal. A következés igazolta azt a feltevésemet, hogy valami nyoma maradt az első turnusbeli kezelésnek, mert bár ez újabb turnusban voltakép ugyanúgy, ugyanoly gyorsan emeltem az adagokat, mint az első két kutyánál, ennél mégis igen szép eredményt voltam képes elérni. Mert noha a kutya az újabb turnus 194 napja alatt 2000 gm.-ot veszített testsúlyából, de a turnus végén pro dosi 216, egy kiló testsúlyra átszámítva 24 cgm. morphiumot minden reactio nélkül viselt el.

Részben mert ez az adag *Joffroy* és *Serveaux* adagait is eléri, részben mert a kutya e második turnusban összesen már 5715 cgm. morphiumot kapott, legfőképen meg azért, mert attól tartottam, hogy az adag további növelését az állat nem birja ki, s hosszadalmas fáradozásom haszna teljesen elvész, az újabb 194 napi kezelés után az állat egyik carotisából néhány serotherapeutikus kisérletre alkalmas mennyiségű vért bocsátottam ki, s az állatot most, míg teljesen magához nem jön, pihentettem. A harmadik turnust ennél a kutyánál, mikor az a vérvétel után már magához jött, 40 cgm. morphiummal kezdtem el, a miből egy kiló kutyára 5·08 cgm. jutott, s egy hónap alatt annyira jutottam, hogy az állat, bár közben fogyott, s bár testén a folytonos fekvéstől decubitusok fejlödtek, pro dosi 160 cgm., egy kilóra számítva 23·70 cgm. morphiumot elbirt. Mivel ez a kutya a három turnusban, melyek végre is elég hamar követték egymást, összesen 435 napig állott morphiumos kezelés alatt, s ez idö alatt összesen 78·75 gm. morphiumot fogyasztott el (az utolsó időben pro dost állandóan 160 cgm.-ot), azt hiszem ezt a kutyát is joggal tekinthetem morphinistának, s ennek további sorsáról is alább, chronikus morphinismussal szemben végzett therapeutikus kisérleteim leirásánál fogok beszámolni.

E kérdéssel foglalkozó régebbi kisérleteim harmadik sorozatát a therapeutikus kisérletek képezték heveny morphiummérgezéssel szemben.

Mielőtt ezek eredményét leirnám, még egyszer említeni kívánom, hogy tapasztalataim szerint 100 gm. tengerimalaczot 7 cgm. morphium legfeljebb öt óra alatt feltétlenül megöl. A malaczok legnagyobb része ugyan három óra alatt megdöglik, de mert nem akarom minden áron azt kisütni, hogy serumom értékes, megemlítem azt is, hogy az egyik malacz csak négy óra 57 perczczel a befecskendés után döglött meg, tehát kerekszámban öt óra mulva. Ezért mondom, hogy a malacz 100 gm.-ját 3—5 óra alatt öli meg 7 cgm. morphium.

Ezek után felsorolom a végzett serotherapeutikus kisérleteket, megemlítve, hogy azokkal egyidejüleg mindig kontrollkisérleteket is végeztem, nehogy az esetleges erdményt arra lehessen magyarázni, hogy az alkalmazott morphium-oldat volt a rendesnél rosszabb.

1. számú malacz. Súlya 550 gm. Délután 4 óra 20 perczkor kap 55 cgm. morphiumot 1 cm³ oly nyúlvérsavóval keverve, mely a 171. számú nyúlból származott. Ez a nyúl a kalium hypermanganicummal javított módszer szerint lett kezelve, 21 nap alatt 260 cgm. morphiumot kapott, s az utolsó napon egy kiló testsúlyra számítva 40 cgm. tiszta morphiumot birt el, tehát nem volt erősen immunizáltnak tekinthető. Bár e malacz 100 gm. testsúlyra 10 cgm. morphiumot kapott, mikor este 9 órakor az intézetből eltávoztam, vagyis 4 óra 40 perczczel a befecskendés után még élt. Tekintettel arra, hogy a kontrollmalacz, mely savó nélkül csak 10 cgm. morphiumot kapott testsúlyának 100 gm.-jára, 2 óra 20 percz alatt megdöglött, azt hiszem világos, hogy az 1 cm³ savó meghosszabbította a malacz életét, még ha fel is veszszük, hogy az állat esti távozásom után azonnal elpusztult. Ez a feltevés azonban annál kevésbé valószinü, mert e malacz, bár reggelre dögölve találtatott, de teste még annyira meleg volt, hogy egy ideig azt reméltem, hogy mesterséges lélegzéssel magához téríthetem.

2. számú malacz. Súlya 430 gm. Kap 50 cgm. morphiumot, keverve 4 cm³ nyúlvérsavóval. A savó a fentebb említett 171. számú nyúlból származott, de az 1. számú malaczon végzett kisérlet óta, vagyis öt napig jégen állott, tehát már nem volt egészen friss. Bár a malacz 100 gm. testsúlyra 11·62 cgm. morphiumot kapott, csak 4 óra és 35 perczczel a befecskendés után döglött meg, vagyis 2 óra és 25 perczczel túlélte a kontrollállatot, mely 2 óra 15 percz alatt hullott el ugyanannyi morphiumtól.

3. számú malacz. Súlya 550 gm. Kap 50 cgm. morphiumot, keverve az említett 171. számú nyúl vérsavójának 2 cm³-ével, mely e kisérlethez szintén öt napi állás után lett felhasználva. A kontrollállat három óra alatt, a kisérleti 6 óra 10 percz alatt pusztult el.

A 4., 5., 6 és 7. számú malaczon végzett serotherapeutikus kisérleteket egy napon végeztem. A 4 kontrollállat közül három óra alatt, egy 4 óra 57 percz alatt hullott el. Az alkalmazott savó a 195. és a 197. számú nyulakból származott. Mindkettő a kalium hypermanganicummal javított módszer szerint lett immunizálva. A 195. számú nyúl a kezelés 19. napján egy kiló testsúlyra 57·14 cgm., a kezelés 22. napján 59·25 cgm. tiszta morphiumot birt el. A 197. számú nyúl a kezelés 19. napján 1 kiló testsúlyra számítva 58·39, a kezelés 22. napján 63·33 cgm. tiszta morphiumot birt el. A 23. napon mindkettőnek vérét vettem, s a kettőjük vérétől képződött savót keverve alkalmaztam. A kisérletek eredménye a következő volt:

4. számú malacz. Súlya 700 gm. Kap 50 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·14 cgm. jut. A morphium után közvetlenül 10 cm³-t kap a 195. és 197. számú nyulakból származott savók keverékéből. Az állat nyolcz órával éli túl a mérgezést. Tekintettel a kontrollállatok elhullásának idejére, ez is eredmény. Hozzá kell vennünk azonban azt a lehetőséget is, hogy a nyujtott savó mennyisége talán nagy volt. Ismeretes ugyanis, hogy egy bizonyos mennyiségen felül adott savó nemhogy használna, de sőt ártalmas.

5. számú malacz. Súlya 520 gm. Kap 37 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·38 cgm. jut. és közvetlenül utána 8 cm³-t az előbbi malacznál is alkalmazott savó-keverékből. Nyolcz nappal a befecskendés után az állat elvetélt, kilencz nappal a mérgezés után pedig elhullott, a mit azonban, megint tekintetbe véve a kontrollállatok elpusztulása idejét, úgy hiszem már nem lehet a morphiummérgezéssel magyarázni, annál kevésbé, mert a bonczolat sem mutatta intoxicatio jeleit.

6. számú malacz. Súlya 470 gm. Kap 33 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·02 cgm. jut, utána közvetlenül 6 cm³ a fennebb említett savó-keverékből. Az állat három hónappal a kisérlet után is élt, a mikor azután más czélra lett felhasználva.

7. számú malacz. Súlya 550 gm. Kap 40 cgm. morphiumot, közvetlenül utána pedig 2 cm³-t az említett savóból. Bár a malacz 100 gm.-nyi testsúlyára 7·27 cgm. morphium jutott, három hónappal a mérgezés után még élt, a mikor azután más czélra lett felhasználva.

A 195. és 197. számú nyulakból származott savó keverékével, három napi állás után, bár a savó akkorára megzavarodott, még a következő két kisérletet végeztem.

8. számú malacz. Súlya 570 gm. Kap 40 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·01 cgm. jut. Egy *fél órával a befecskendés után* a malacz 5 cm³-t kapott az említett, három napig állott savó keverékéből. A kontrollállat három óra alatt, a kisérleti 5 óra 20 perczczel a morphinbefecskendezés után pusztult el.

9. számú malacz. Súlya 500 gm. Kap 36 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·20 cgm. jutott, majd egy *fél órával később* 5 cm³-t az említett savóból. A kontrollállat három óra alatt, a kisérleti 5 óra 8 perczczel a morphium befecskendése után pusztult el.

A 8. és 9. számú malaczok életét tehát a már nem kifogástalan vérsavó meghosszabbította 2 órával. Igaz, hogy e két óra nem nagy idö, de jelentősnek tekinthető akkor, ha figyelembe veszszük, hogy a savót csak egy fél órával a morphium után fecskendeztem be.

A 10., 11., 12. és 13. számú malaczokon végzett serotherapeutikus kisérleteket azon kutya serumával végeztem, mely, mint említettem, kezelése utolsó napján pro dosi 216, egy kiló testsúlyra 24 cgm. morphiumot birt el, összesen pedig a második turnusban 5715 cgm. morphiumot kapott. A három kontrollállat közül az egyik 3 óra, a másik 3 óra 20 percz, a harmadik 2 óra 58 percz alatt hullott el. Az eredmények a következők:

10. számú malacz. Súlya 420 gm. Kap 32 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·61 cgm. esik, a morphiumbefecskendés *után 13 perczczel* pedig 10 cm³ kutyavérsavót. Exitus 5 óra 23 percz mulva. Minthogy a kutyavérsavóval kezelt négy malacz közül ez döglött meg a legrövidebb idő alatt, úgy látszik újra beigazolást nyer az a fennebb említett állítás, hogy 10 cm³ savó sok egy malacznak. Bár a malacz közel egy negyed órával a feltétlenül halálos adag után kapta a serumot, mégis több mint két órával élte túl azt a kontrollmalaczot is, a melyik a három közül legkésőbb hullott el.

11. számú malacz. Súlya 380 gm. Kap 32 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 8·42 cgm. jut. A morphiumbefecskendés *után 12 perczczel* az állat 8 cm³ kutyavérsavót kapott, s csak 21 óra és 34 percz mulva hullott el. Ez az állat tehát a kontrollállatok közül azt is túlélte 18 órával és 14 perczczel, a melyik a három közül legkésőbb hullt el.

12. számú malacz. Súlya 370 gm. Kap 32 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 8·64 cgm. morphium esik. A morphiumbefecskendés után 4 perczczel az állat 6 cm³ kutyavérsavót kap, s 15 óra 12 perczczel éli túl a legtovább élt kontrollmalaczot.

13. számú malacz. Súlya 360 gm. Kap 28 cgm. morphiumot, a miből 100 gm. testsúlyra 7·77 cgm. jut. 1 perczczel a morphium után az állat 2 cm³ kutyavérsavót kap és 3 óra 1 perczczel éli túl a legtovább élt kontrollnyulat.

Mind e kisérletekben elért eredményeket a következő pontokba foglalhatom össze:

1. Az egérre feltétlenül halálos adag morphium magasabb úgy a *Morgenroth*, mint a *Hirschlaff* által megállapítottnál.

2. A tengerimalacz alkalmasabb a savó therapeutikus értékének mérlegelésére, mint az egér. 100 gm. malaczra számítva 7 cgm.-ot meghaladó morphium-dosis feltétlenül halálos.

3. Ha nyulakat egyszerüen a morphiumnak folyton fokozódó adagjaival kezelünk, az eljárás igen hosszadalmas és szerfelett kétes értékü. A kalium hypermanganicummal javított kezeléssel sokkal rövidebb idő alatt sokkal jobb eredményt lehet elérni.

4. Az utóbbi módon immunizált nyulak vérsavójával a különben feltétlenül halálos adaggal mérgezett malaczok életét meg lehet hosszabbítani, sőt ha a méregadag nem haladta meg nagyon a biztosan halálosat, s ha a serumot közvetlenül a morphium után adjuk, az állatok életben is maradnak.

5. Bizonyos fokig immunizált kutya vérsavójával szintén meg lehet a biztosan halálos adaggal mérgezett malaczok életét hosszabítani.

Az eddig nyúlakon végzett kisérletek eredményei arra biztattak, hogy megkisértsem a serumnak nagyobb mennyiségben való előállítását is, a kalium hypermanganicumos módszerrel immunizálván nyulakat. E végre 102 nyúl immunizálását kisértettem meg három csoportban. Az első csoport 32 tagból állott, s ezek közül 19—22 nap alatt kilenczet sikerült annyira vinnem, hogy átlag 71·09 cgm. morphiumot birva el 1000 gm. testsúlyra, vérüket vehettem. A második csoport 30 tagjából 16 nap alatt 18 nyúl jutott annyira, hogy 1000 gm. testsúlyra átlag 75·06 centigramm tiszta morphiumot birván el, vérüket vehettem. A harmadik csoport 40 tagja közül 11 jutott 16 nap alatt annyira, hogy 1000 gm. testsúlyra átlag 83·38 cgm. morphiumot birtak el, a mikor vérüket vettem.

A 102 nyúl közül tehát 38-nál sikerült annyira jutnom 16—22 nap alatt, hogy átlagban egy kiló testsúlyra 76·53 cgm. tiszta morphiumot birtak el. Igaz, hogy ilyenformán az immunizálás mindössze a nyulak 37·25%-ánál sikerült, de tekintettel kell lenni arra is, hogy még e 102 nyúlnál is voltaképen azt óhajtottam megtudni, hogy a részletek dolgában hogy lesz legczélszerübb eljárni. Az eredmény az volt, hogy a 102 nyúl második csoportjánál követett eljárásnál (melynek részletezésébe feleslegesnek tartom belebocsátkozni) maradt a legtöbb nyúl életben (60%), míg a legmagasabb fokú immunitást viszont a harmadik csoportnál értem el, a hol megint aránylag a legkevesebb nyúl maradt életben.

A nyulaknak immunisatio közben való súlyváltozásáról itt nem számolhatok be átlagos számmal, minthogy egy részük fogyott ugyan, másik részük azonban hizott.

Az eképen immunizált nyulak vérsavójának értékét most chronikus morphinismussal szemben akartam vizsgálni, s e végre először azt a két kutyát használtam fel, a melyet, mint fentebb említettem, joggal tekinthettem morphinistának. Mielőtt az ezeknél elért eredményeket leirnám, ismételnem kell, hogy mindkét kutya állandóan fogyott a morphium adagolása közben, sőt mintegy négy héten keresztül akkor is, a mikor a morphiumot hirtelen egyszerüen kihagytam, s csak azután szedték magukat lassan annyira a mennyire össze. A hányás és a salivatio a morphinismus késői szakában mindkét kutyánál kimaradt.

Mikor a morphium megvonását a két kutyánál serumadagolással egyidejüleg fokozatosan, de igen gyors tempoban szüntettem meg, következő eredményeket értem el.

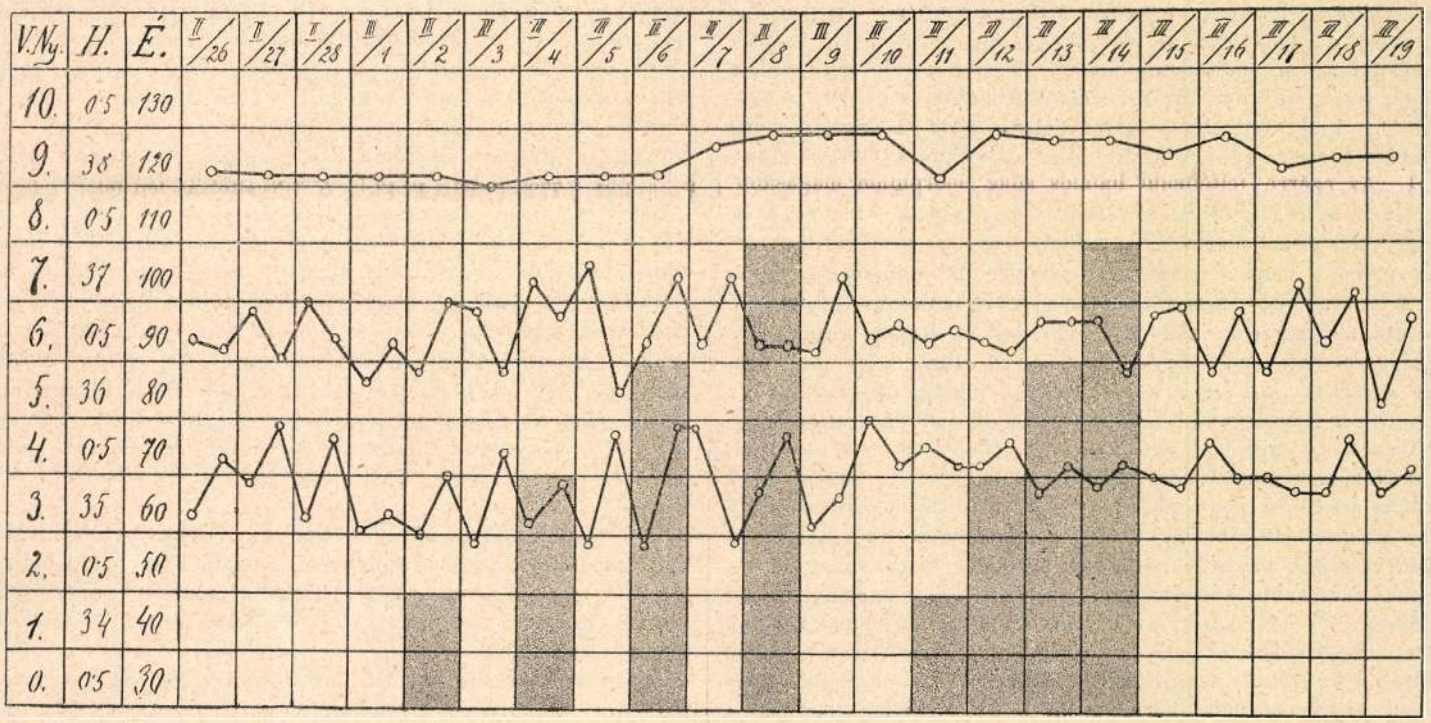
A kutya száma	Kelet	A kutya súlya grammokban	A nyujtott morphium cgm.-okban	1 kilo kutyára jutó morph. cgm.	A nyujtott serum cm³-ekben	Megjegyzések
1.	I/11.	7370	160	21·70	—	
	I/17.	7250	128	17·65	1	
	I/19.	—	—	—	3	
	I/21.	7720	96	12·43	5	Nyálfolyás lép fel.
	I/23.	—	—	—	5	
	I/25.	7890	64	8·11	5	Nyálfolyás.
	I/27.	8070	—	—	5	
	I/29.	8080	32	3·96	5	Többé nincs nyálfolyás.
	I/31.	9000	—	—	5	
	II/3.	9020	—	—	—	
	II/19.	9050	—	—	—	
	II/25.	10500	—	—	—	
	VI/22.	—	—	—	—	Átadtam más kisérlet czéljaira.
2.	I/11.	6750	160	23·70	—	
	I/17.	5620	128	22·77	1	
	I/19.	—	—	—	3	
	I/21.	6900	96	13·91	5	Felfekvések javulnak. Nyálfolyás.
	I/23.	—	—	—	5	
	I/25.	7420	64	8·62	5	Nyálfolyás.
	I/27.	7520	—	—	5	
	I/29.	7530	32	4·24	5	Felvekvés gyógyult. Nyálfolyás nincs.
	I/31.	7570	—	—	5	
	II/3.	8620	—	—	—	
	II/19.	9400	—	—	—	
	II/25.	13500	—	—	—	
	VI/22.	—	—	—	—	Átadtam más kisérlet czéljaira.

Míg a morphium rendszeres adagolásának időszakában mindkét kutya állandóan szomorú, félénk, bizalmatlan, piszkos volt, már nehány napi serumos kezelés után szőrük visszanyerte rendes fényét, mindkét állat élénk s ragaszkodó lett. A súlygyarapodás főleg a második, erősebben morphinista kutyánál volt feltünő. Ez év juniusának 22. napján mindkét kutyát átengedtem egy kollegámnak laparotomia czéljaira. Az első kutya teljesen egészségesnek mutatkozott, a másodiknál (mely mintegy két héttel a laparotomia előtt megint szomorkodni kezdett) a laparotomia, majd a bonczolat chronikus indurativ pancreatitist mutatott ki. Hogy ez a pancreatitis a hosszas morphiumkezelés vagy serumadagolás rovására irandó-e, vagy pedig csak accidentálisnak tekintendő-e, azt nem tudom.

Mikoriban a serumnak oly igen jó hatását láttam kutyáknál, meg akartam kisérteni alkalmazását morphinista embereken is. Sajnálatomra mindössze két betegen kisérthettem meg a szer alkalmazását, s ezeknél az a kellemetlen melléktünetek miatt nem vált be. Az egyiknél öt nap alatt akartuk a morphiumot fokozatosan teljesen megvonni, párhuzamosan a morphiummegvonással növelve a serumadagot. Ez öt nap alatt a betegen semmi kellemetlen melléktünet sem volt észlelhető. A hatodikon, a mikor a beteg már csak serumot kapott, a pulsusszám leszállt 44-re, a hőmérsék pedig *emelkedett*, úgy hogy a betegnek, bár kisebb mennyiségben, de megint adtak morphiumot.

A másik beteggel Prágában kisérleteztek, s erről ezért mindössze annyit sikerült megtudnom, hogy a kisérletet félbe kellett hagyni, mert a betegnél főképen feltünő *hősülyedés* lépett fel, s minthogy az illető valamely előrehaladott szívbajban szenvedett, nem merték a további serumkezelést megkoczkáztatni.

Mindezek után nem áltatom magamat azzal a hittel, hogy talán valami nagyobb horderejü dolgot sikerült felfedeznem. Bizonyos azonban, hogy e kisérletek legalább arra nézve ejthetnek gondolkodóba, vajjon fennállhat-e továbbra is *Ehrlich*-nek fentebb idézett, s más oldalról is döngetett tétele. Nem akarom azt sem állítani, hogy kisérleteimnek lesz valamikor valami gyakorlati haszna, de az is kétségtelen, hogy két betegnél végzett kisérlet nem elegendő arra, hogy teljesen napirendre térjünk a kérdés felett, annál kevésbé, mert a következő ábra azt bizonyítja, hogy egészséges ember érlökésszámára, vérnyomására és hőmérsékére alig van a serum valami befolyással.



Ehhez az ábrához a következő megjegyzéseket fűzhetem. VNy vérnyomást jelent a *Gaertner*-féle zsebtonometerrel mérve. E vérnyomásmérést naponta délelőtt 11 órakor magam végeztem. Az ábra három görbéje közül a legfelső mutatja a vérnyomás naponkénti ingadozását. A középső görbe a hőmérséknek (H), a legalsó az érlökésszámnak (É) ingadozást mutatja. Ugy a hőmérsék, mint az érlökések számának megfigyelését egy kollegám volt szíves naponta kétszer elvégezni, a ki, hogy a nyert adatok teljesen tárgyilagosak legyenek, nem tudta, hogy mikor kapott az illető egyén serumot s mikor nem. Az ábra szürke oszlopai azt mutatják, hogy mikor és mennyi serumot kapott az illető, a mennyiben egy-egy szürke négyzet 0·5—0·5 cm³ serumnak felel meg. A serumot a megfigyelt mindig délelőtt 9 órakor kapta.

Ebből a görbéből az tünik ki, hogy a serum legfeljebb talán a vérnyomást növelte valami kevéssel, de ez is oly lényegtelen, hogy az egész ingadozás nem tesz ki egy egész Gaertner-féle fokot.

(Közlemény a kolozsvári egyetemi bőr- és bujakórtani klinikáról. Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyetemi tanár.)

Pemphigus foliaceus egy esetéről.

Közli: *Kanitz Henrik* dr., klinikai tanársegéd.

(Vége.)

A magunk részéről a *Leredde* által levont következtetéseket a szóban forgó folyamatok pathogenesisének magyarázatára elfogadhatóknak nem tartjuk. Feleslegesnek tartom annak külön hangsúlyozását, hogy mily megokolatlan és semmitmondó az osteomalaciával, „rhumatisme chronique deformant"-val, „atrophie en masse du squelete des mains et dest pieds"-vel, arthralgiákkal és arthropathiákkal való együttes előfordulásra *Leredde* részéről történő hivatkozás. Ép oly kevéssé szorul bővebb bizonyításra azon állításunk, hogy ama kóros fehérvérsejteknek gyér számban való jelenléte a vérben, melyeknek myelogen eredetét *Leredde* valószinünek tartja, szintén nem bizonyítja a csontvelő megbetegedésének döntő szerepét a pemphigus foliaceus és a másik két bántalom pathologiájában. Magára az eosinophiliára vonatkozólag nincsenek saját tapasztalataink. De akkor, a mikor megbizható észlelők kétségbevonják az eosinophiliának törvényszerű előfordulását a pemphigusok említett alakjainál, akkor, a midőn még homályban vagyunk e sejtformák keletkezéséről, a mennyiben nem tudjuk, vajjon a csontvelőből *(Ehrlich)*, vagy autochton módon fix kötőszöveti sejtekből (*Neusser*, *Gollasch* és *Lukasiewicz*, *Müller*, *Pappenheim*), vagy pedig lymphocytákból (*Weidenreich*) származnak-e, és akkor a midőn e vérelváltozás klinikai jelentősége felől is nagyon eltérők még a nézetek, merész hypothesisnek tartjuk *Leredde* nézetét, a ki az eseteiben észlelt eosinophilia alapján *a csontvelő megvizsgálásának teljes mellőzésével* ez utóbbiba helyezi a szóban forgó dermatosisok kiinduló pontját.

A mi a *Leredde*-féle elméletben új, az tehát nem helyes, a mi pedig helyes, t. i. az a feltevés, hogy a pemphigus elnevezés alatt összefoglalt kórfolyamatok toxikus illetőleg infectiosus megbetegedések, az meg nem új. Mert a toxikus illetőleg infectiosus elmélet a pemphigusok aetiologiájának és pathogenesisének magyarázatára már régóta fennáll, és hogy sokáig nem tudott érvényesülni, az csak annak tulajdonítandó, hogy a bőrkórtanban még a közelmultban is a neuropathologiás irányzat volt az uralkodó, mely igen sok bőrbetegség keletkezésében az idegrendszernek tulajdonított kórokozó vagy legalább is közvetítő szerepet és a mely a pemphigust is az idegrendszer működési zavaraira

illetőleg boncztani elváltozásokkal járó megbetegedésére vezette vissza. Ennek az irányzatnak ma már kevés hive van. Az idegrendszernek változékony és épen azért megbizhatatlan elváltozásai, melyeket pemphigusesetek bonczolása alkalmával találtak, a pemphigus megjelenési módja, a legtöbbször közvetlen és hirtelen keletkezés, a sokszor halálos kimenetel, a némelykor igen súlyos általános tünetek, a minőket rendesen csak a szervezetnek fertőzéses megbetegedéseinél szoktunk észlelni, mind a neurotikus eredet ellen szólnak.

Mindezen tünetek sokkal valószinűbbé teszik a pemphigusok toxikus illetőleg infectiosus eredetét, a mire nézve csakugyan elfogadható *Kreibich* azon nézete, hogy „az intoxicationak tágabb fogalma jobban megfelel ismereteinknek". „Mert egészen eltekintve attól, hogy a kórokozó bakteriumot nem ismerjük, hiányzik az analogia a bakteriális eredetű kórfolyamatok és a pemphigus között, mely néha évekig tart és hevenyen támadó, gyorsan gyógyuló bőrelváltozások képződésével jár." Az intoxicatio felvétele természetesen „nem zárja még ki azt, hogy a supponált toxin bakteritikus eredetű és hogy valamely fertőző góczból, esetleg a belekből felszívódva jutott a véráramba De épen úgy felvehető, hogy az anyagcserének bizonyos zavarai, valamely úgynevezett belső secretionak kiesése vagy fokozódása és a szervezet chemismusának ennek folytán beálló megváltozása játszik döntő szerepet a betegség létrehozásában".

Hatalmas bizonyíték a toxikus, illetőleg infectiosus elmélet mellett végre azon körülmény, hogy a toxikus és gyógyszeres exanthemákról, az urticariaról, erythemákról mind valószinűbbé válik, hogy mérgező anyagoknak, illetőleg mikroorganismusoknak a véráramba jutása és ezen anyagoknak helyben a bőrvérerek falára gyakorolt közvetlen behatása által okoztatnak. Természetes tehát, hogy a „pemphigusos" bőrelváltozások előidézését, melyek kórbonctanilag az említett folyamatok bőrlaesioival lényegükben megegyeznek és azokhoz klinikai megjelenésükben is nagyon hasonlítanak, ugyanoly természetű kórokozókra, tehát a vérpályák útján ható mérgező anyagokra, illetőleg bakteriumokra iparkodunk visszavezetni.

Ilyen és csakis ilyen értelemben fogadhatjuk el a toxikus, illetőleg infectiosus elméletet, a nélkül, hogy a csontvelő közvetlen és primaer megbetegedésének felvételére fel volnánk jogosítva.

Még csak azon nagyobb arányú vérvizsgálatok eredményét szeretném megemlíteni, melyeket *Schreiber* a Kaposi-klinika 20 pemphigusos betegénél végzett. A szerző által eddig még nem közölt adatokat *Spiegler* a következőkben foglalja össze (Mracek: Handbuch der Hautkrankh. II. 1905.): „Enyhe lefolyású pemphigusesetekben a polynuclearis eosinophil-elemek száma sem absolut, sem relativ szaporodást nem mutat, ellenben súlyos esetekben az állandóan jelenlevő neutrophil polynuclearis leucocytosis mellett a durván szemcsézett többmagvú sejtformák vannak megszaporodva. A vörösvérsejtek enyhébb esetekben normális viszonyokat tüntetnek fel, súlyosabb kórformáknál azonban chloroanaemia támad (színindex 1·9—0·7 között az erythrocyták mérsékelt megfogyása mellett). Charcot-féle kristályok a pemphigusosok vérében sohasem fordultak elő. Némely igen hosszú lefolyású és súlyos esetben gyér számban erythroblastok (normoblastok) és elszórtan egymagvú fehérvérsejtek neutrophil granulatiókkal (Ehrlich-féle velősejtek) találtattak a vérben."

Az eddigi haematologiai leletek tehát valamely a pemphigusra általában vagy annak bizonyos typusaira jellemző patho logiás vérelváltozás felvételére egyelőre nem jogosítanak fel bennünket.

Vérvizsgálat az élőben a mi esetünkben sajnos csak egy izben, még pedig az exitus előtti napon történt. Mindenekelőtt a bakteriologiai vérvizsgálatról akarok szólni. Tenyésztési czélból 20 cm³ a vena medianaból sterilen vett vért osztottunk el 2 nagy (200 cm³) levesbe és 8, körülbelül 40° forró agarba, melyet azonnal Petri-csészébe öntöttünk. A nagyobb vérmennyiség mellett is kémcsöveink sterilek maradtak, még 72 óra multán is. Anaërob tenyésztést nem végeztünk. A haemocytologiai vizsgálat eredményei a következők: Exitus előtt körülbelül 18 órával a pirosvérsejtek száma 4.000,000 mm³-ként, míg a fehérvérsejtek száma 800 volt mm³-ként. Miután a leukopenia ily nagyfokú volt, esetleges hibák elkerülése czéljából 1 óra mulva ismét végeztünk fehérvérsejtszámlálást és akkor 1200 átlagos fehérvérsejtszámot kaptunk mm³-ként. A számláláshoz Türk-féle kamrát használtunk, valamennyi osztályzatot megszámoltuk és 3 különböző csoportból vett középérték alapján állapitottuk meg most már a nagyfokú leukopenia határozott jelenvoltát.

Festett készítményeinket methylalkoholban és hő mellett való fixálás után részint Giemsa féle azurcosinnal részint triacidal, a fixálatlan készítményeket pedig Jenner-féle festékkel festettük. A piros vértestek némi polychromatophiliát mutatnak, kevéssé kifejezett anisocytosis, alig látható vérlemezkék. *A fehérvérsejtek nagy mértékben megfogytak, átlag 10—15 látótérben jut a vizsgáló elé 1—1 fehérvérsejt*, úgy annyira, hogy mintegy 12 nagyobb alakú fedőlemezkészítmény átnézése mellett mindössze 60 fehérvérsejtet tudtunk találni. Ezen 60 fehérvérsejt közül mindössze *csak 2*, alig kifejezett szemcséjü, *többmagvú* fehérvérsejtet láttunk, *a többiek kis, de különösen nagy egymagvú fehérvérsejtek (lymphocyták) és átmeneti sejtformák voltak*, melyeknek plasmája erősebben festődő, magja pedig kevésbé élénken veszi fel a lúgos festéket. Eosinophil és basophil granulatiojú sejteket egyáltalában nem találtunk. Ilyen kevés fehérvérsejtszám mellett tartózkodunk a fehérvérsejtformák százalékos összeállításától. Ezen vérlelet valószinüvé tette, hogy a fehérvérsejttermelő szervek nagymértékü működési hiányával állunk szemben, a minőt csak igen súlyos fertőzéseknél láthatunk.

A csontvelő (czombcsont) a következő elváltozásokat mutatta. A metszet minden részében helyenként gyérebben, másutt sürübben egyenletes nagyságú zsírgömbök meglehetősen nagy számmal vannak. A zsírgömbök között keskeny, néhol azonban meglehetősen széles sejtes területek, melyekben erős nagyitással a csontvelőnél rendesen is jelenlevő összes sejtféleségek megtalálhatók. *Az apró sötét egymagvú kereksejtek a szokottnál kisebb számban vannak jelen, ellenben nagy halvány egymagvú sejtek mindenütt sürün találhatók*, itt-ott halvány kékes, finom szemcsézettséggel. Ezen nagy egymagvú kereksejtek között, melyeknek száma a rendesnél mindenesetre nagyobbnak mondható, 2—3 látóterenként megoszlásalakok láthatók, gombolyag vagy csillag stadiummal és aequatoriális lemezekkel képviselve. Ez utóbbiakban a magorsó finom fonalai is jól felismerhetők. Egymagvú eosinophilsejtek szintén elég nagy számban találhatók minden látótérben. Óriásmagvú nagy sejtek a szokott mennyiségben, igen szeszélyes, karélyos, lebenyzett nagy sötét chromatin-tömegeket képező sejtmagvakkal, a melyek némelyike durva chromatinkacsokból áll, emlékeztetve mitotikus alakokra. Piros vértestek kisebb-nagyobb összefolyó mezőket, részint keskeny réseket töltenek ki; nagyságuk, alakjuk, festődésük egyenletes. Közöttük hosszas keresés után 1—2 magvas vörös vértestet is lehet találni.

Összehasonlítva az élő vérképet a csontvelőben talált elváltozásokkal, a kettő között némi összefüggést vélünk felismerni. *Az élő vérképben majdnem kizárólagosan a nagy egymagvú, részint átmeneti sejtformák voltak jelen és a csontvelőben is a nagy egymagvú és pedig részint kerek, részint hajlított vagy átmeneti sejtformákat mutató alakok voltak* — bár csak kis mértékben — *megszaporodva*. Kiemelendő ellenben, hogy az eosinophilsejteknek a velőben elég szép számban való jelenlétével szemben az élő vérképben nem kaptunk eosinophiliát.

Az általunk talált elváltozásokhoz sokban hasonló vér-, illetőleg csontvelőképet közölt nemrég *Pelagatti* egy általánosult pemphigus esetében. Az eset egy 60 éves férfit illet, kinél az exitus előtt 1 nappal végzett vérvizsgálat a következő eltéréseket állapította meg: pirosvérsejtek száma jelentékenyen csökkent (2.300,000), fehérvérsejtek meg vannak szaporodva (12,500). A különböző fehérvérsejt-formák a következő százalékos elosztást mutatják: Kis egymagvúak (lymphocyták) 2%, nagy egymagvúak összesen 36% (ezek közt leucocyták homogen protoplasmával 14, neutrophil myelocyták 4 és átmeneti sejtformák 18%), polynuclearis neutrophil fehérvérsejtek 61% és polynuclearis eosinophil fehérvérsejtek 1%. — A velőnedvben a fehérvérsejtek zömét, 75%-át, a homogen protoplasmájú nagy egymagvú sejtek képezték, egymagvú eosinophil sejtek 12%, lymphocyták 7%, basophil vagy neutrophil granulatiojú egymagvúak 6%. A több magvú fehérvérsejtek az összes fehérvérsejteknek legfeljebb ½%-át

tették ki. Festett csontvelőmetszeteken a fehérvérsejteknek hasonló morphologiai és eloszlási viszonyai voltak megállapíthatók. A haematologiai lelet és bizonyos klinikai tünetek alapján *Pelagatti* a pemphigust toxikus megbetegedésnek tartja és a nagyfokú mononucleosisban a szervezet védekezését látja a supponált toxinokkal szemben. Ezen toxinok szerinte első sorban a vérnek sejtes elemeire és a fehérvérsejtképző szervekre, nevezetesen a csontvelőre hatnak, úgy hogy a pemphigust a vér illetőleg a vérképző szervek primaer megbetegedésének tekinti és mint olyant a Leredde által rendszeresített „haematodermitis"-ek csoportjába sorozza. Ez utóbbival szemben azonban kiemeli, hogy nem az eosinophilia e folyamatoknál a leglényegesebb pathologiás elváltozás, hanem a nagy egymagvú fehérvérsejtformák menynyiségi és minőségi viszonyainak megváltozása, a minek további pontos észlelése — véleménye szerint — talán a csontvelő kóros eltéréseinek és a betegséget előidéző toxikus vagy infectiosus anyagok közelebbi szereplésének és természetének helyes értelmezésére fog vezetni.

A *Pelagatti* által levont következtetések véleményünk szerint egyelőre csak hypothetikus értékűek, és hogy részletesebben ismertettük őket, az csak azért történt, hogy némileg állást foglalhassunk azon nézet ellen, mely az ilyen magában álló haematologiai lelet alapján a haematopoietikus szervekben keresi a megbetegedés kiinduló pontját. Aggodalmaink, melyek a *Pelagatti* következtetéseivel szemben fennállanak, talán még fokozottabb módon érvényesülnek saját adataink jelentőségének megitélésénél, melyeket ép oly kevéssé tekintünk végleges következtetésekre feljogosító bizonyítékoknak, mint a *Pelagatti* észleleteit. Tekintetbe kell ugyanis vennünk, hogy sajnos csak egyszer és pedig közvetlenül a halál előtt végeztünk vérvizsgálatot, akkor, a midőn már amúgy is egy hosszú, valószinüleg fertőző megbetegedésnek minden szervre vonatkozó sorvasztó hatásával állottunk szemben; számításba kell vennünk a betegség utolsó szakában támadt pyaemiás szövődményeket (pleuritis, infarctus pulm., izületi elváltozások, phlegmone, máj- és léptumor, meningitis purulenta stb.); nem szabad figyelmen kivül hagynunk a már nagy mértékben gyengült szivműködés által megváltozott vérkeringési viszonyokat sem és végre tekintetbe kell vennünk a talált elváltozások értelmezésénél azon körülményt, hogy egészen hasonló vérképet nagyon sok, idült, kimerüléshez vezető megbetegedésnél is ki lehet mutatni.

Mindezeknél fogva tartózkodunk a határozott állásfoglalástól, különösen attól, hogy a haematologiai képet, úgy az élő vérben mint a csontvelőben látottat, magával a pemphigusnak előzményi okával összefüggésbe hozzuk. Nincsen azonban kizárva, hogy az utóbbi a vérképző szervek elváltozásainak előidézésében közreműködött. Érdemesnek tartottuk esetünket a közlésre épen annak a hangsúlyozása czéljából, hogy mindenesetre *kivánatos volna pemphigusoknál a fehérvérsejtek mennyiségi és minőségi viszonyainak megváltozását a kezdettől egészen a bekövetkezendő exitusig pontosan megfigyelni és ezen észleleteket a csontvelő elváltozásaival összehasonlítani. Addig azonban, a míg az élővérképben kapott elváltozások a hullában található kóros eltérésekkel, nevezetesen a csontvelőnek pontos histologiai vizsgálatok által megállapítandó elváltozásaival nem lesznek nagyobb számban összeegyeztethetők, addig fenti irányú következtetésekre jogosítva nem vagyunk* és az ezen irányban való véleményformálás a jövő vizsgálatoknak tartandó fenn.

E helyütt is hálás köszönetet mondok mélyen tisztelt főnökömnek, *Marschalkó* tanár úrnak, az eset szíves átengedéséért, valamint munkám iránti becses érdeklődéséért és tanácsaiért, nemkülönben *Veszprémi Dezső* dr. egyetemi magántanár, kórbonctani és *Elfer Aladár* dr. belklinikai tanársegéd uraknak azért, hogy az eset feldolgozásában támogatni szívesek voltak.

Irodalom. *Canon:* Über eosinophile Zellen u. Mastzellen im Blute Gesunder und Kranker. Deutsche Med. Wochenschr. 1892. 10. sz. — *Ehrlich-Lazarus:* Normale und pathologische Histologie des Blutes. Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie, 1901. VIII. k. — *Grawitz:* Klinische Pathologie des Blutes. 1896. — *Hallopeau* et *Fournier:* Sur trois cas de pemph. foliacé. Annal. de Derm. 1892. — *Heuss:* Ein Fall von Duhring'scher Krankheit. Monatshefte f. prakt. Derm. XXII. k. — *Jarich:* Die Hautkrankheiten. 1900. — *Kreibich:* Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1904. — *Leredde* et *Perrin:* Anat. path. de la dermatose de Duhring. Annal. Derm. 1895. — *Leredde:* Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la dermatose de Duhring. Soc. derm. 1896. — *Leredde:* Über einen Fall von Hallopeau'scher Dermatitis. Monatshefte f. prakt. Derm. 1898. — *Leredde:* Sur une hämatodermite d'origine toxique. Annal. de Derm. 1898. — *Leredde:* Étude sur le pemphigus foliaceus de Cazenave. Annal. de Derm. 1899. — *Neusser:* Klinisch-hämatologische Mitteilungen. Wiener klin. Wochenschr. 1892. — *Nikolski:* Le pemphigus foliacé de Cazenave. Thése de Kieff. 1896. (Ref.) — *Pelagatti:* Altérations de la moelle osseuse dans un cas de pemphigus. Revue pat. des mal. cut., syph. et vèner. 1905. 3. sz. — *Spiegler:* Pemphigus chronicus. Mracek: Handb. d. Hautkrankheiten. 1905. — *Sternberg:* Pathologie des Blutes. Lubarsch-Ostertag: Ergebn. d. allg. Path. 1905. — *Verotti:* L'eosinophilie sanguine et cutanée dans la dermatite de Duhring et dans le pemphigus vulgaire. Ref.: Revue prat. des mal. cut., syph. et vèner. 1905. 9. sz. — *Zappert:* Über das Vorkommen der eosinophilen Zellen im anämischen Blute. Zeitschr. f. klin. Med. XXIII. k.

A vesetuberculosisról.

Irta: *Rihmer Béla* dr., közkórházi rendelőorvos.

(Vége.)

A tuberculinreactiora esetleg még a kórházi gyakorlatban *időkimélés* szempontjából lehet szükség. Ily szempontból alkalmaztuk mi is, de mellette állatot is oltottunk. TR. jelzésű tuberculint használtunk, 1/2—1 mgm.-mal kezdtük az injectiokat és egy esetet leszámítva, 5 mgm.-nál tovább nem mentünk. Ilyen is, csak egy eset volt, a többiben 3, sőt 2 mgm.-ra beállott a reactio. A subcutan injectiora tehát kis adagokat használtunk és ezt is gradatim, 2 naponkint emelkedve adagoltuk. Négy esetban kaptunk positiv általános (láz) és helybeli (fájdalom, gyakoribb vizelet) reactiót. Két esetben a helyi reactio megmutatta azt is, melyik a beteg vese, az egyik oldalon az addig fájdalmatlan vese fájdalmassá lett; a későbbi vizsgálatok (ureter-katheterismus) igazolták, hogy csakugyan az a beteg oldal.[1]

Mind a négy esetben utólag az állatoltás is positiv eredményt mutatott; ha vártunk volna, nem kellett volna tuberculinreactiót végezni. Egyik esetünkben a reactio ideje alatt katheterrel vett vizeletben az eddig hiányzott Koch-bacillus megjelent.

Ha a tuberculininjectiót 8—12 óra mulva lázas mozgalom követi és a beteg veséje fájdalmas lesz, vagy hólyagja fájdalmassá vagy ingerültté lesz, mondhatjuk, hogy vese illetve hólyagtuberculosis van jelen. Ha azonban valamely rejtélyes geny- vagy vérvizelés esetében oly egyénnél, kinél másutt gümős góczot nem tudtunk kimutatni, csak lázas reactiót kapunk helyi reactio nélkül, én csak akkor merném kimondani a húgyszervi gümőkór diagnosisát, ha a reactio ideje alatt a csapolással nyert vizeletben sav- és alkoholálló bacillusok jelennek meg. Mert hiszen a lázas reactiót kiválthatja egy rejtett activ gümős gócz is, például egy peribronchiális gümős mirigy, a mely mellett egy coli-cystitis és pyelitis lehet jelen. *Renvers* még 1891-ben közölt egy ilyen esetet. Homályos eredésü egyoldali genyes vesemegbetegedés tünetei voltak jelen. 3 mgm. tuberculinra heves láz állott be, helyi reactio nélkül. A beteg később bonczolásra került, mely közönséges genyes vesét mutatott ki gümösödés nélkül.

Magam is észleltem épen egy rejtélyes eredetü egyoldalú vesevérzést, melyben a negativ állatoltás után tuberculint adtunk és csak lázas reactiót kaptunk. Ebben az esetben az összes segédeszközöket igénybe véve sem tudtunk diagnosist kapni. Röntgen negativ volt, a kétoldali vizelet functionális vizsgálata sem adott felvilágositást és a kórlefolyás sem. Három évig figyeltük meg az esetet, hol vérzett, hol nem. Ha nem vérzett, vizelete tiszta, geny- és fehérjenélküli volt. Három évig teljesen jól érezte magát, ekkor egy nyáron vidéken megbetegedett és teljesen leromolva került az ősz elején Dirner tanár úr intézetébe, a genitaliákból kiinduló, valószinüleg rosszindulatú tumorral és véres vizelettel. A vérvizelés csakhamar elállott, ekkor kevés geny volt ugyan a vizeletben, de az állatoltás ismét negativ volt. Hólyag ép, vesék nem tapint-

[1] Mindkét eset még nem descendált egyoldali vesegümőkór esete volt. Az egyik egy 60 éves nőn, kit nem operáltunk meg. A másik egy 32 éves nő esete, erről később bővebben lesz szó, ki szintén nem operáltatott. Előadásom óta még egy esetben volt alkalmam kórházi betegnél általános és a vesére vonatkozó reactiót kapni. Vesekiirtást végeztem; a műtéti autopsia igazolta a diagnosist.

hatók. A beteg nem sokára vidéken meghalt. A halál okát megállapítani nem lehetett, az bizonyos, hogy nem a propagáló húgyszervi gümökór tünetei közt pusztult el.

Összefoglalva a mondottakat, a tuberculinreactiora a gyakorlatban igen ritkán lesz szükség. Alkalmazván, csak az általános és lokális reactio beálltával döntő bizonyitékú, vagy ha az általános reactio tartama alatt a vizeletben a bacillusok megjelennek. Épen ezért én a gyakorlatban a korai esetekben előnyösebbnek tartom, ha először az állatoltáshoz fordulunk. Ilyen esetekben a 4—8 heti várakozás még nem bir jelentőséggel.

A jelzett módokat követve. 18 esetünkből 17-ben tudtuk a specifikus bakterium jelenlétét kimutatni, a mi a régi 50%-hoz képest óriási haladást jelent.

* * *

Ha a bakteriologiai kérdés tisztázva van, *keressük a gümös gócz helyét.*

A korai esetekben, mint láttuk, a beteg panaszai és a palpatio útján a localisatio sokszor nem sikerül és a *cystoskophoz* kell nyúlnunk. Ha a folyamat tisztán csak a vesékre szorítkozik, a hólyagot teljesen épnek találhatjuk. Így volt ez 6 esetünkben.

2 esetünkben a tünetek pár hóra nyúltak vissza;
1 esetben . . . . . 7 hónapra,
2 „ . . . . . 2 évre
1 „ . . . . . 5 „

Ezek közül csak az utolsó esetben volt tapintható vesemegnagyobbodás jelen. A többi 5 esetben a cystoskopia kizárás útján mutatta, hogy vesebajnak kell jelen lennie, mivel a hólyag ép, de csak egy esetben tudtuk biztosan megállapítani, hogy az egyik oldalról geny jött, a másikról látszólag tiszta vizelet. A többi esetben a vizsgálatkor az ureter-szájadékok nem nyiltak meg és annak eldöntésére, hogy melyik vese beteg, az ureterkatheterismushoz kellett fordulnunk.

A többi észlelt esetünkben már a hólyag is beteg volt, egy részében ezeknek az elváltozások csak a beteg vese uretere szájadékának közvetlen környékére, vagy azon túl, de csak az azoldali hólyagfélre szorítkoztak. Ezen esetekben

2-szer . . . . . 6 hónapra,
1-szer . . . . . 1 évre,
3-szor . . . . . 1½ évre terjedtek vissza a tünetek.

Egy 8 éve fennálló mindkétoldali vesetuberculosis esetében ép az uretertájak környéke volt gümös elváltozásoktól mentes. Hasonló viszonyokat találtam egy korai esetben is (mely azóta műtétre is került). Voltak azután olyan kezelt esetek, melyekben a secundaer cystitis képe dominált.

A gümös elváltozások az ureter körül néha csak körülirt pirban, itt-ott lepedékes kikopásokban állanak; máskor a halvány környezettől szépen elütő fekélyek láthatók. Általában a hólyaggümökórt egyedül a cystoskopos kép alapján jelezni kissé nehéz feladatnak tartom, inkább az *egyik ureter körüli localisationak*, mintsem az elváltozás képének tulajdonitható fontosság. Láttam fekélyedő cystitisnél olyan piszkos-szürke lepedékes fekélyt, mely elég élesen elemelkedett a relative ép oldalrészektől és a melyekről sem én, sem egy kiváló külföldi szakértő cystoskopos lelet alapján biztosan el nem dönthettük, hogy gümös-e? Az állatoltás döntött, negativ volt és csakugyan kikaparásra a fekély gyógyult. *Casper*-rel együtt azt tartom, hogy tisztán cystoskopos lelet alapján vigyázni kell a tuberculosus fekély vagy cystitis kimondásával. Miliaris göbcséket diagnostizálni — ezt épen Casper egy esete mutatja — könnyen tévedésre vezethet. Esetében az egyik ureter körül voltak ilyen göbcsék és a kivett vese genyes köves vese volt, a göbcsék lobos folliculusok. Megint csak azt kell mondanunk, hogy a bakteriologia tisztázza az aetiologiát és a cystoskop lokalizál. Ha a bacillus megvan, az ureter körüli lelet egyébkent ép hólyagban jelzi a beteg oldalt. *Nem következés azonban, hogy a másik egészséges.* Láttam pl. oly esetet, melyben a jobboldali ureter körül voltak gümös elváltozások, a baloldali ép volt és uretercatheterrel mindkét oldalról kaptunk genyt és bacillusokat.

Nagyon jó szemének kell lenni annak, ki az ureterből kilövelő vizeletsugárból biztosan meg tudja mondani, hogy az illető oldali vizelet tiszta és benne geny nincs (fehérjéről nem is szólva), a mikor velem megesett, hogy az ureterkatheterrel nyert 1 deciliter vizeletben nem láttam szabad szemmel zavarodást és centrifugálva elég sok genysejt volt egy látótérben.

A meatoskopia tökéletlen eljárás és tévútra vezethet. Biztonságot az nyujt, ha a veséből direct nyerünk vizeletet. E czélra lehetőleg mind a kétoldali vesét meg kell katheterizálni.

Ha csak a kóros oldalt katheterizáljuk meg és a másik oldal vizeletét a hólyagon át fogjuk fel, úgy, ha az utóbbiban geny és albumen nincs, *a posteriori* mondhatjuk, hogy a vizsgálat eredményes volt. Volt ilyen esetünk, de volt olyan is, hogy a hólyag genyes váladéka keveredett a vese ép vizeletéhez és az eset kétoldalinak mutatkozott. Nem nyugodtunk bele, megkatheterizáltuk azt az oldalt, a melynek váladékát előbb a hólyagon át gyüjtöttük össze és kiderült, hogy az egészséges. A sikeres vesekiirtás (egy év előtt) igazolta a felvételt.

Hogy mennyire exact az az eljárás, midőn két oldalt katheterizálunk meg, mutatja oly eset, hol ez nem lévén keresztülvihető, a localisatio nem sikerült, így például egy 3 éve cystitises tünetekkel laboráló nőn, kinek jobb ptosisos veséje nyomásra és spontan is érzékeny volt. A tuberculinreactio csak a hólyagon mutatkozott, a cystoskopia a jobb (fájdalmas) vese ureterszájadékát tátongónak mutatta, a balét normálisnak, az e mögötti hólyagrészben voltak azonban a gümös elváltozások. Csak a jobb (gyanus) oldalt tudtuk megkatheterezni, baloldalt az összes vastag és vékony katherek, melyeket betolni megkiséreltünk, az ureter-szájadékban megakadtak. Kénytelenek voltunk az ez oldali veseváladékot a gümös cystitises hólyagba fektetett katheteren át felfogni. Az eredmény az volt, hogy a gyanus oldalról közvetlen felfogva teljesen ép vizeletet kaptunk, a hólyagon át genyeset. A két vese functionális vizsgálata (*A*, Sa, higitás) két egyformán működő vesére vallott. Ebben az esetben tehát nem tudván az egyik ureterbe feltolni a kathetert, még az a kérdés is kétségtelen maradt, vajjon vesebeli vagy csak hólyagbeli tuberculosis van-e jelen.

Israël azt mondja, hogy 72. vesetuberculosis esetében csak egyszer kellett annak eldöntése végett, hogy melyik vese beteg, az ureterkatheterismushoz folyamodnia, a többiben a palpatioval és cystoskopiával sikerült a beteg oldalt megállapitani. Látható, hogy mi nem voltunk ilyen szerencsések. Volt eset, melyben a palpatio félrevezetett, volt eset rá, hogy a meatoskopia is egyoldalinak tüntetett fel oly esetet, mely kétoldali volt.

Mi tehát azt gondoljuk, hogy exact adatokat csak a két vese váladékának külön felfogása nyujt és pedig úgy, ha mindkét oldal vizeletét egy ülésben egyszerre ureterkatheteren át fogjuk fel.

Oly esetekben, melyekben ez egy ülésben nem sikerül, tökéletlen helyettesítője az alternativ catheterismus, midőn az egyik oldalba cathetert tolva fel, a másik oldal vizeletét a hólyagon át fogjuk fel, és kétség esetén ezt a műveletet megfordítva megismételjük. Az újabban ajánlott segregatorokra, melyek tulajdonképen egy műlegesen kettéválasztott hólyagba fektetett állandó catheterek, ugyanaz áll, a mit az egyoldali uretercatheterismusra mondtunk.

Az uretercatherismus útján nyert vizeletet ugyanazon szorgos chemiai és mikroskopos vizsgálatoknak vetjük alá, mint előzőleg a közös vizeletet.

Ha az egyik oldalon geny- és fehérjementes, jó fajsúlyú vizeletet kapunk, a másik oldalról genyeset, a diagnosissal készen is volnánk: a tuberculosis egyoldali, a másik vese megvan, és anatomice ép. Ilyen esetekben a functionális vizsgálatokat igénybe venni másodrendű fontosságú dolognak látszik.

De eseteimből úgy látom, hogy már itt is hasznát veszszük az indicatiók felállításánál. Előadásom bevezető részében részletesen kifejtettem, hogy a mi tulajdonképeni dominiumunk a chronikus egyoldali vesetuberculosis; második részében ennek korai felismesét tárgyaltam. Nem látszik-e ellentmondásnak, hogy valamely esetben, melyben a tünetek alig pár hónaposak, chronikus vesegümökórról beszélünk? Israel azt mondja, hogy bár elismeri, hogy a korán való műtevés hasznos, ő nem tudná magát elhatarozni egy vese elvételére csak azért, mert abban egy pár gümő

van („einige Tuberkeln sind"). Ő csak akkor operál, ha a tünetek, melyeket a vesegümőkór okoz, a műtétet kivánatossá teszik (fájdalom, lesoványodás, lázak, vérvesztések). Ilyen tünetek, ha kis fokban is, többé kevésbé az összes kezdődő esetekben jelen vannak, hisz ezek hozzák az orvoshoz a beteget. Ha már most az anamnesis szerint a baj nem régi, hogy tudjuk meg, hogy több van a vesében mint egy-két tuberculum? *Ugy hogy ha látjuk, hogy a beteg vese functioja a másikkal szemben már kifejezetten visszamarad.* Pl.:[1]

Ép vese:		*Kóros vese:*
66 cm³	Mennyiség	20 cm³
1·63 C⁰	*⊿*	*1·03* C⁰
1·16%	NaCl.	0·77%
0·98	N	0·76%
0	geny	+
nyomok	fehérje	+

A nephrectomia csakugyan erősen roncsolt vesét mutatott. Vagy pl.:

Ép vese:		*Kóros vese:*
45 cm³	Mennyiség	85 cm³
1016	Fajsúly	1017
1·30 C⁰	*⊿*	*0·56* C⁰
0	geny	+
nyomok	fehérje	+
+	vér	+
	S = 0·60	

A tünetek egy évre terjedtek vissza és a roncsolás a kivett vesében kifejezett volt.

A következőben egy 60 éves nőnél megejtett vizsgálat adatait adom. 4 év előtt haematuria, 2 éve cystitis. Vesesymptoma nincs, hólyag ép, tünetek mérsékeltek:

Ép vese:		*Kóros vese:*
60 cm³	Mennyiség	90 cm³
1·50 C⁰	*⊿*	*0·67* C⁰
1023.	Fajsúly	1014
0	geny	+
0·5‰	fehérje	3‰
+	vér	+

Az eset nem került műtétre, de annyiban érdekes, hogy a banális vizsgálatok és a cystoskopia nem tették volna lehetővé a diagnosis oly pontos felállítását, mint az uretercatheterismus.

A következő esetben a cystitises tünetek pár hónaposak, mindkét vese ptosisos, a hólyag cystoskopice ép, ureter-szájadékok nem játszanak.

J.		*B.*
70 cm³	Mennyiség	20 cm³ (40 cm³ retentiós vizelet elöntve.)
1016	Fajsúly	1010
0·99	*⊿*	*0·76*
+	geny	0
0·5‰	fehérje	3‰
0·18 C⁰-ra	1½ óra alatt lehigit.	0·26 C-ra

Ebben az esetben a kóros oldal vizelete és a genymentes, de albuminuriás másik oldal vizelete közt a moleculáris concentratiót (*⊿*) illetőleg kevés különbség volt, a manifesten gümős oldalié még valamivel jobb volt. Alkalmaztuk az *Illyés-Kövesi*-féle higítást és a kóros oldal valamivel jobban higított is. Ebben az esetben palpatioval a bal oldalon kis ptosisos vese volt tapintható, ennek medenczéjében pangás volt jelen, vizelete 3‰ albument tartalmazott. A functionális vizsgálat a két vese közt nem mutatott lényeges eltérést, sőt a nyilvánvalóan gümős vese értékei valamivel jobbak voltak. Nem avatkoztunk be, mert nyilvánvalóan sok parenchyma esett volna ki a kóros oldalon és az összes functiokat egy ptosisos, albuminuriás, pangásos medenczéjű vesének kellett volna atvennie.

Azt hiszem, minden olyan esetben, melyben a tünetek mérsékeltek, csak az egyik oldal megbetegedésére utalnak és nem régen állanak fenn, de a kóros oldal functioja az épével szemközt már visszamaradt, több van a vesében mint pár tuberculum és a betegség már a tüneteknél régebb idő óta lappangva fennállt. Szépen látható ez a *Kümmel* által közölt 7 korai vesegümőkór esetében, melyek mind műtétre kerültek. Azon esetekben, melyekben a functionális eltérés nem nagy, de a hólyagban a beteg vese uretere körül gümősödés jelei mutatkoznak, szintén ne halogassuk a műtétet.

Ezeket a korai műtéti indicatiokat engedik felállítani a modern vizsgálati módszerek. Egyébként igaza van *Israël*-nek, midőn azt mondja, hogy minden esetben az összes körülményeket tekintetbe véve kell a műtéti javalatot felállítani, sablon szerint indikálni nem lehet.

* * *

Annak megismerésével, hogy a veselubercolosis szabályszerint primaer húgyszervi megbetegedés, helyesebben tudjuk értelmezni a kezdő tüneteket. Az állatoltás és tuberculinreactio igénybevételével igen korán biztosan megállapíthatjuk, hogy a gyanus vizeleti baj gümős természetü-e. A hólyagtükrözés és uretercatheterismus segélyével pedig igen korán meghatározhatjuk, melyik vese beteg. Ezen eljárások által a vesegümőkór korai felismerését illetőleg óriási haladást tettünk. Remélhető, hogy ha ez a haladás az orvosi köztudatba átmegy, műtéti eredményeink az előző korához képest még kedvezőbbek lesznek.

TÁRCZA.

Egyptom és Sudan.

Irta: *Bálint Rezső* dr., klinikai tanársegéd.

(Vége.)

De nemcsak a szembaj, hanem ezer más betegség is tömegesen irt az arabok között; ezek között a legpusztítóbb a tüdőtuberculosis. Igazán sajátságos, hogy Egyptomban, a hova Európából annyi tüdőbajos ember ment gyógyulást keresni, a tuberculosis annyira el van terjedve. Szándékosan mondtam hogy ment, mert most már alig találni beteget, a ki tuberculosis miatt jött Egyptomba; az ott gyógyulást kereső és találó betegek legnagyobb része másféle, leginkább húgyszervi bántalomban szenved; erről azonban később részletesebben akarok beszélni. Mint mondottam, a bennszülöttek közt a tüdőtuberculosis elég nagy mértékben szedi áldozatait; bár az ottani orvosok állítása szerint e betegség ott rendesen nem oly vehemens lefolyású, mint nálunk, s a tüdővészesek átlagosan hosszabb ideig élnek, mint a mi tüdővészeseink, mégis a fiatal egyének munkaképességében rengeteg károkat okoz, s életüket lényegesen megrövidíti. Vannak különben egyes foglalkozási ágak, a melyekkel szinte együtt jár a tüdőtuberculosis. Hogy csak egy-kettőt említsek, ilyenek a szamárhajcsárok és a kengyelfutók.

A szamárhajcsár néha órákig fut bérbeadott szamara után, hol ügetve, hol meg galoppban. Az embernek megesik a szíve ezen a lihegő, levegő után kapkodó alakon, de ő néhány órai futást kutyába sem vesz. Azután ott vannak az úgynevezett kengyelfutók. Ezek az előkelő emberek fogatai előtt mezitelen láb futnak hosszú bottal kezükben s egyre kiabálnak a járókelőknek, hogy térjenek ki. Ezeknek az embereknek legnagyobb része tüdővészben pusztul el. De elég nagy százalékban van képviselve a tuberculosis — és pedig minden szerv tuberculosisa — a népesség összes rétegei között, sőt az ott lakó idegenek között is.

Tüdőbajosok, mint említettem, most már csak kis számban jönnek Egyptomba gyógyulást keresni. Kairoban általában kevés a beteg, de a Kairo melletti Mena Houseban és a kénesfürdőiről híres Helouanban is, a mely helyeket főleg betegek keresik fel, nagyon ritka a tuberculotikus beteg. És az alsó egyptomi klima voltaképen nem is nagyon kedvez az ily betegeknek. Kairo maga nincs messze a tengertől s a téli hónapokban nedves és hüvös, az éjjeli és nappali temperaturák közt igen nagyok a különbségek s gyakoriak a szelek. Helouanban mindezek az ártalmak kisebb mértékben vannak meg, s Helouan levegője főleg őszszel és kora tavaszszal szárazabb és egyenletesebb hőmérsékű, a gyakori szél azonban s főleg a sivatagi homokot vivő chamsin az egészséges ember orr- és garatnyálkahártyáira is ingerlőleg hat s annál

[1] A functionális vizsgálatok legnagyobb részét Kövesi és Engel dr. uraknak köszönhetem.

nagyobb mértékben bántja a tüdővészes túlérzékeny légzőszerveit. Kevesebb a szél és még egyenletesebb a hőmérsék Luxorban s főleg Assuanban, a melynek száraz melegét az odavaló orvosok tüdőbajosok számára kiváló jónak tartják; mindennek daczára tüdőbajos Luxorban alig van, Assuanban pedig mondhatnám egy-általán nincs.

Az Egyptomba járó betegek túlnyomó része vesebajos. És igazán nincs is klima, a mely a Bright-kórosnak s más húgyszervi bántalmakban szenvedőknek annyira kedvezne, mint épen az egyptomi, de különösen az assuani. Assuan középhőmérséke a téli hónapokban 25—30 C°, e mellett azonban a relativ nedvesség oly kicsiny, hogy néha — meleg napokon — 6—7%-ra sülyed s ritkán emelkedik 30—35% fölé. A levegőnek e rendkivüli szárazsága — eső egy idényben legfeljebb 1—2-szer van s csak nagyon rövid ideig tart — okozza azt, hogy a bőr perspiratioja oly fokot ér el, hogy a kiválasztandó folyadék nagy része igy távozik a szervezetből s a vesék valósággal meg vannak kimélve minden munkától. Odavaló orvosok kisérletei azt mutatják, hogy egy liter megivott folyadékból a vese nem igen választ ki többet mint 100 - 150 cm^3-t, a többi a bőrön és tüdőn át távozik. S a mellett az ember alig érzi az izzadást és a meleget. A levegő szárazsága folytán az izzadság hirtelen párolog, lehűtve a bőrt s igy elviselhetővé téve még az oly hőfokot is, a mely itthon már rendkivül nyomasztó. Órákat töltöttünk e vidékeken kirándulásaink alkalmával, s a forrón sütő nap, akár gyalog, akár szamárháton jártunk, sohasem volt kellemetlen. Egy dolog van azonban, a mire épen azért kell fokozott gondot fordítani, mert a meleg nem oly nagyon érezhető, és ez a napszúrás, a melyről később még szólani óhajtok. Vesebetegeken kivül még szívbajosok, idegbajosok s reconvalescensek keresik fel nagyobb számban e vidéket s rendesen megkönnyebbülve vagy gyógyultan hagyják el nehány hónap mulva Egyptomot, hogy évenként újból felkeressék verőfényes klimáját és pompás természeti szépségeit.

És Assuan beteg embernek is könnyen közelíthető meg. Néhány év előtt Kairoból még hajón kellett a Niluson felmenni s napokig tartott míg Assuant elérték, most igen jó, teljesen modern berendezésű, háló- és étkezőkocsikkal ellátott vonat teszi meg 18 óra alatt az utat. Az egyptomi kivándorlók legnagyobb része csak Assuanig jut el, innen tovább menve mind kevesebb idegent találunk s a közlekedési eszközök leginkább angol-egyptomi tisztviselőkkel és tisztekkel vannak tele, csak elvétve akad egy-egy európai, a ki vadászni megy a délibb vidékekre. Assuan még kitünően van berendezve a nagy igényű angol és amerikai utas ízlése szerint. A Katarakt-Hôtel és a remek fekvésü elephantinei új szálloda a világ legtökéletesebb szállodái mellé sorozhatók. A Katarakt-Hôtel a Nilusra néz, mely itt — már közel az első Kataraktához — ezer kis sziklatömb közt folyik tova s nagyszerüen tükrözi vissza az örök kék égről reáhulló verőfényt. Gyönyörü itt a naplemente; leirhatatlan szinekben pompázik a lenyugvó fénykorong, s a Nilusnak kékeszöld vize, s a pálmák és virágok élénk szintarkasága felejthetetlen benyomást hagynak az ily színvegyülékhez nem szokott európai lelkében. S mikor egy-két óra mulva a hold és csillagok lágy fénye lesz úrrá a tájék felett, ismét szinte nappali világosság árad felénk. Lephotographáltam holdfénynél a Nilust hosszú expositioval, s a fénykép élesség tekintetében alig különbözik a napfényben felvett képtől.

Assuantól nem messze láthatók az első Katarakta hatalmas sziklatömegei s a felett Philae, melynek nagyszerü müremekei az angolok vízműveinek megnyitása óta félig víz alatt állanak.

E vízművek szabályozzák az egyptomi földmivelés vízszükségleteit. Az áradási időszakban óriás medenczében gyüjtik itt a vizet, a melyet azután vízszükség esetén a termőföldek öntözésére használnak fel. A granittömbökből épült gát, mely e medenczét elzárja, 19·62 m. hosszú, 27·2 m. széles és 30·5 m. mély s 180 nyiláson szabályozódik a vízlefolyás. A medencze 1065 millió köbméter vizet fogad be. A vízzel való ellátás ilynemü szabályozása Észak-Egyptom termőképességét háromszorosára emelte s az ily módon elért hasznot évenként több mint 2.000,000 font sterlingre becsülik.

Assuantól, illetve Philaetől Chartumig az út első részét hajón kell megtenni. A sudani kormányzat hajói közlekednek itt kétszer hetenként Philae és Wadi-Halfa között, a mely már Sudan első nagyobb helysége s a sudani sivatagi vonat kiinduló pontja. A Nilusnak ez a része, melyet egy nap és két éjszaka fut meg a hajó, talán a legszebb a hatalmas folyó összes részei között. Az okkersárga sivatagi homok gyönyörü alakulatai néhol egész a folyó partjáig leterjednek s nagyszerü színvegyüléket adnak a pálmaerdők sötétzöldjével. Helyenként felfeltünedeznek még itt is a régi egyptomi kultura hatalmas alkotásai, mint pl. az abusimbeli sziklatemplom, melynek nagyszerü oszlopai és szobrai a hajóról is láthatók; elmegyünk Korosko mellett, melyet Kitchener sudani hadjáratai tettek történelmi nevezetességüvé; ez volt a hadműveletek kiinduló pontja s messziről is látszanak a hegyi utak, melyeken át az angol seregek pusztító, véres utjukra keltek a máhdi ellen.

Kora hajnalban érkeztünk Wadi-Halfába, Sudan első nagy városába. Innen indul a nevezetes vonat, a melyet 1896-ban az angol-egyptomi seregek elönyomulásának biztosítása czéljából épitettek nagyrészt a sivatagon keresztül. E területen természetesen nincsen helység s csak vízfelvétel végett áll meg a vonat. A vízzel való ellátás volt a vonat megépitésének legnagyobb akadálya s néhol 24—25 méterre is le kellett ásni, míg talajvizet értek. E kutak a vonatnak hivatalos állomásai a sivatagon, ezeken kivül azonban gyakran, sőt meleg napokon néha félóránként is meg kell állania, ha a forró sivatagi homok forróra dörzsöli a kerekeket. A sok megállás természetesen sok késéssel jár s az utasnak mindig el kell rá készülnie, hogy 6—10 órával később érkezik Chartumba, mint a menetrend mutatja. Ez az út különben egyáltalán nem kellemetlen. A vonatot széles faernyők védik a nap ellen, azonkivül kitünő tágas hálófülkékkel van ellátva, a fülkékben villamos szellőztető kerekek, a kocsikban fürdőszobák, stb. teszik elviselhetővé a nagy meleget, a mely itt már jóval nyomasztóbb, mint akár Assuanban, akár a Niluson. Egy angol katonatiszt, a kivel az állomáson találkoztunk, sietett is figyelmeztetni bennünket a nagy melegre, a mely Chartumban és attól délre reánk vár s jó tanácsokal látott el, a melyeknek legfontosabbika az volt, hogy a nap ellen jól öltözködjünk. A napszúrás itt t. i. az idegenek réme. Nagy számmal veszi áldozatait, főleg azok közül, a kik kénytelenek sokat szabad ég alatt tartózkodni s főleg a katonák közül. Az angol-egyptomi csapatok legnagyobbrészt arab és más bennszülöttekből áll, a kiknek szervezete a klimához szokva van. a tisztek azonban mind angolok, s ezeknek igen nagy százaléka válik a napszúrás folytán munkaképtelenné. A napszúrás nagyrészt megöli áldozatait, de ha hosszas szenvedés után le is győzte a beteg az agyhártyagyuladás képében jelentkező bajt, idegrendszere annyira meggyengül, ellenállóképessége annyira szenved s főleg a nap iránt oly fokozott mértékben lesz fogékonnyá, hogy szolgálatra teljesen képtelenné válik s azért az ily tisztek rögtön elhagyják állomáshelyüket. A napsugarak rendkivüli intensitása ellen egyetlen védőeszköz a helyes öltözködés. Ez mindenek előtt abban áll, hogy nem szabad túlságosan könnyen öltözködni, vagy kivált kabát nélkül járni, s főleg védeni kell a tarkót és a gerinczoszlopot. A tarkó védelmére az angolok tropusi kaskja szolgál. Ez parafából készül s vászonnal van bevonva, széles karimája teljesen felfogja a reá eső sugarakat s a karima hátul széles nyulványnyá alakulva védi a tarkót. Érzékenyebbek még fátyolt is kötnek rá, a mely a vállra lelógva, még biztosabb védelmet ad. A gerinczoszlop védésére a sárga vászonruhák háta kettősen van varrva, vagy pedig hosszú, esetleg többszörös vászondarabot varrnak a kabát hátába.

Nem kevesebb veszedelemmel fenyegeti e vidéken az idegent a malaria, mely ha nem is igen nagy számban szedi áldozatait, de annál rosszabb indulatú. A súlyos, rosszindulatú váltólázalakok uralkodnak itt, melyekből a beteg csak hosszas szenvedés után, vagy csak más klima alatt gyógyul ki. A malarián kivül még több másféle, kínzó tünetekkel járó, hosszabb-rövidebb tartamú betegséget előidéző lázforma uralkodik itt, melyeknek aetiologiája még nagyrészt ismeretlen s a jövő bakteriologusainak bő felfedezési anyagot ad.

Közvetlen Chartum mellett, a fehér Nilus másik partján

fekszik Omdurman, a mahdi székhelye. Sajátságos nyomasztó benyomást tesz az emberre ez a csupa apró laposfedelű házból álló óriási terület, melynek minden talpalatnyi földjét vér áztatta, s melynek minden köve borzalmas, örjöngő kegyetlenkedésről tehetne tanuságot. S most óriási bazárjaiban a legkülönbözőbb fekete fajok békésen kereskednek, élénken illusztrálva azt a változást, melyet az angol uralom az azelőtt vad, vérszomjas, kegyetlen emberek közt létrehozott. Orvosilag különös érdekességgel bir itt a rendkivül sok elephantias iseset. A betegesen duzzadt czombok s főleg lábszárak erős ellentétként tünnek ki az arabok és négerek rendes körülmények között botszerű lábszárai között.

Innen felfelé haladva a fehér Niluson, már majdnem teljesen megszünik az europai cultura. Egyes helyeken még találkozik egy-egy angol katonatiszt, de a délibb vidékeken még a kormányzó is a feketék közül kerül ki. Kopár őserdők, száraz nádasok s bozótok szegélyezik a már itt is széles folyót, s életet a termé szetnek csak a rengeteg vad ád. A partokon ezrével látható a legkülönbözőbb fajtájú szárnyas vad, a folyóban seregestül ütik fel otromba fejüket a vízilovak, a homokpadokon krokodilusok sütkéreznek, az erdőkben antilop- és bivalycsordák tünedeznek fel s időnként megjelenik a juhnyájak réme: az oroszlán, hogy táplálékról és italról gondoskodjék magának; másutt kidöntött fák egész sora jelzi, hogy elefánt tisztelte meg látogatásával az erdőt. Hygieniai szempontok itt már nem játszanak szerepet. A bennszülöttek — sudánnégerek — késsel mennek egymásra egy kifogott vízilóhulla húsáért, s megeszik a nyershúst még rothadt állapotban is. Öltözékük fehér lepel, mely nyakig beborítja izmos szépalkatú idomaikat, melyekkel élénk ellentétben áll pipaszárszerű lábszáruk. Az asszonyok sok karpereczet viselnek, a férfiak fő dísze a haj. Hajukat földdel és egy fa kérgének vörös porával keményre gyúrják s azután kakastaréjszerű alakot csinálnak belőle, a melyet még tollakkal díszítenek. Különös gondot fordítanak fogazatukra, a melyet bizony bármely európai előkelő dáma megirigyelhetne. Úgy az arab, mint ez a néger más dolog hijján rendesen a fogát tisztítja. Gyakran láttam, hogy többen is ülnek együtt s lábukat maguk alá húzva, keleti nyugalommal és türelemmel dörzsölik fogukat valami faággal. Megtudtam azután, hogy az a fadarab egy cserjének az ága s neve „*arak*“. A fa kérgét le kell hasítani s akkor belseje ecsetszerűen kibontható s ez a faecset a fogkefe. E fogkefe használata különben már régi traditiókon alapul. Állítólag már Mohamed is ezzel tisztította fogát, a mint az a „hadith“-ban, a próféták könyvében meg van irva. S hozzá fűződik a régi arab költészet egyik remekének keletkezése is. Mikor t. i. Immam Ali, Mohamed veje, először látta meg a nagy próféta leányát, az épen arak-kal tisztította a fogát; arak azonban nemcsak a cserje neve, hanem egyszersmind azt is jelenti, hogy: én látlak; s a vers, melyet a költő az első találkozás behatása alatt irt, e két szó hasonló hangzását használja fel poetai játékra. Az arakot különben magunk is kipróbáltuk s valóban az ősi hírnévhez méltó, kitünő fogtisztító szernek találtuk.

A bennszülöttek itt egyébként egészséges emberek, a kik csak ritkán szorulnak a természet gyógyitó szereire, annál kevésbé orvosi segítségre; sebzéseik kitünően gyógyulnak és sebfertőzés talán egyáltalán nem fordul elő. Gyógyszert alig ismernek, kivéve egy a datolyához hasonló, kesernyés ízü gyümölcsöt, melyet obstipatio alkalmával sikerrel használnak. Más bajaikat pedig a Korán mondásaival gyógyitják s nem egy bennszülöttet láttunk könyökére kötött, kis, bőrből készült koczkával, melynek belekarczolt, a Koránból vett mondásai védik az illetőt a különböző bajoktól, láztól, fejfájástól stb.

Idegennek az itt tartózkodás — egész a 10°-ig, Fasodáig jutottunk el — már kissé nyomasztó. A déli és korai délutáni órákat egyáltalán nem lehet a szabad ég alatt tölteni, s a hőmérsék az árnyékban is meghaladja néha az 50° C-t. Még nehezebben elviselhetővé teszi a klimát az időnként jelentkező forró szél. Mintha kemenczéből fújna, úgy csapja meg az ember arczát, s nem egynek kellemetlen szivoppressiós érzést okoz. 14 nap mulva érkeztünk vissza Assuanba, melynek tiszta, száraz, meleg levegőjét szinte üdítőnek találtuk a forró napok után.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Magyar orr- és gégegyógyászati bibliographia és repertorium 1903-ig. Összeállították **Donogány Zakariás dr.** és **Lipscher Sándor dr.** Budapest, Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. 1906. 8°, VIII + 59 + IV lap.

A mikor *Temesváry*-nak gynaekologiai bibliographiája és repertoriuma megjelent, alkalmunk nyilt jelezni, hogy kivánatos volna, ha az összes tudományszakok gondoskodnának szakmájuk bibliographiájáról. *Navratil* tanár initiativájára ime megjelent a magyar orr- és gégegyógyászaté. Az összeállítóknak: *Donogány* és *Lipscher* dr.-oknak munkájáról, mint a lelkiismeretes szorgalom gyümölcséről, a legnagyobb elismerés hangján kell szólanunk. Remélhetőleg a többi tudományszakmának is újabb példát nyujtottak vele. Hiszszük, hogy eljön az idő, a mikor *Temesváry*-éval együtt az ő bibliographiájukat is az úttörők közt fogjuk emlegethetni.

Az irodalmi anyagot a szerzők — a „tárczák“ kivételével — az 1903. év végéig gyüjtötték össze s benne felölelték az összes magyar nyelvű közleményeket s a régi latin nyelvüeket.

Ismételjük, hogy a munka elismerést érdemel, a két szerző pedig köszönetet.

Még csak egy sajtó(?)-hibára kell figyelmeztetnünk a szerzőket. Azt irják, hogy „1903 után a Bókay tanár úr szerkesztésében megjelenő „Magyar orvosi búvárlat tükre“ évről évre gondoskodik a magyar irodalom összeállításáról“. Ezt a „Magyar orvosi búvárlat tükrét“ négy év előtt óhajtotta megjelentetni *Bókay Árpád* tanár úr. Bizonyos okoknál fogva azonban a terv mindeddigelé nem volt tettre felváltható, az emlitett munka mindeddig nem idult meg. Összetévesztik ezt a szerzők a „Magyar orvosi irodalom“-nak tavaly óta a Magyar Orvosi Archivum mellékleteként megjelenő ismertetésével, a melynek egyik kiváló munkatársa — épen maga *Donogány* dr. *Györy.*

W. Brügelmann: Die Behandlung von Kranken durch Suggestion und die wahre wissenschaftliche Bedeutung derselben. Mit einem Anhang: Die Philosophie in der Medizin. Leipzig, G. Thieme, 1906.

1902 áprilisban a porosz kultusminister a berlini orvosi kamarához kérdést intézett a hypnosis haszna felől. A beérkezett vélemény ezt a gyógyitó eljárást meglehetősen elitéli. Ezzel szemben a szerző a hypnosissal való gyógyitásnak védelmére kel, a mennyiben neurastheniás depressioban, asthmában, hysteriában, alkoholismusban, morphinismusban, nemi perversitás leküzdésére sokszor jó hasznát vette. Kiemeli, hogy a hysteriában mindig ki kell hámozni, hogy mi adta meg a lökést a baj kifejlődésére. Ha annak a körülménynek az emlékét elfelejtetjük hypnosisban a beteggel, többet érünk el, mint ha csak annyit suggerálunk, hogy javulni fog vagy gyógyul. Morphinismus ellen is jobb a morphium ellen utálatot suggerálni, mint egyszerüen lebeszélni a beteget a szer használatáról. A függelék aphorismákat ad, közöttük egynehány jó megjegyzést találni. *Kollarits Jenő* dr.

Új könyvek: *R. Ruge:* Einführung in das Studium der Malariakrankheiten. Zweite Auflage. Jena, G. Fischer. 11 m. — *Rieger:* Untersuchungen über Muskelzustände. Jena, G. Fischer 2 m. — *J. Gaule:* Kritik der Erfahrung vom Leben. I. Bd. Leipzig, S. Hirzel. 8 m. — *R. Sleeswijk:* Über die Art und Wirkung der auslösenden Kräfte in der Natur. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 3 m. — *H. Kehr:* Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. München, J. F. Lehmann. 4 m. — *H. Stadler:* Aseptische Operationen im Privathaus. Würzburg, A. Stuber. 0.75 m. — *M. Neuburger:* Geschichte der Medizin. I. Bd. Stuttgart, F. Enke. 9 m. — *E. Romberg:* Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefässe. Stuttgart, F. Enke. 13 m. — *J. Zabludowski:* Zur physikalischen Therapie der habituellen Obstipation und der sexuellen Neurasthenie. Berlin, A. Hirschwald. 1 m. — *R. E. Schütz:* Chronische Magen-Darm-Dyspepsie im Kindesalter. Berlin, S. Karger. — *B. Gompertz:* Pathologie und Therapie der Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter. Wien, J. Safar. — *P. Penta:* Die Simulation von Geisteskrankheit. Würzburg, A. Stuber. 3 m. — *F. Calot:* Téchnique du traitement des tumeurs blanches. Paris, Masson et comp. 7 fr. — *G. Newman:* Infant mortality. London, Methuen and Co. 7 s. 6 d. — *J. C. Thresh* and *A. E. Porter:* Preservatives in food and food examination. London, J. and A. Churchil. 14 s. — *Reginald Harrison:* The urethrotomies and kidney capsulotomy in diseases of the urinary organs. London, J. Bale, Sons and Danielsson. 2 s. 6 d. — *R. Prosser White:* Catarrhal fevers. London, H. K. Lewis. 4 s. — *J. B. Leathes:* Problems in animal metabolism. London, J. Murray. 7 s. 6 d.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A Schaudinn-féle treponema pallidum (spirochaeta pallida) tenyésztéséről tesznek jelentést *Leuriaux* és *Geets* brüsseli orvosok. A syphilis friss másodlagos tüneteit mutató betegeken szigorú asepsissel végeztek lumbalpunctiót és az ily módon nyert folyadék 2 részéhez 1 rész közömbös pepton-húslevest adtak. Ezen keveréket 3—4 napig tartották 37°-on s azután függő cseppben megvizsgálva, felette vékony, gyors és szakadozott mozgású testecskéket láttak. 20 percznyi centrifugálás után a finom üledéket szilárd disznóvérsavóra vitték át, a melyen 3—4 nap mulva tenyészet mutatkozott sárgásfehér, nedves, nyálkás lepel alakjában. Ezen tenyészet néha 20 nap mulva is átoltható volt. A szerzők 42 eset közül 3-ban kaptak teljesen egyező tenyészetet, 1-szer fertőzve volt a tenyészet, 38-szor a táptalaj steril maradt. Folyékony disznóvérsavóban is sikerült a tenyésztés. A 4—5 napos tenyészetből vett és Giemsa szerint megfestett készitményben, leginkább igen apró, protoplasma-burokkal és egy vagy több igen jól festődő maggal biró, kerek vagy tojásdad képleteket találni, melyeknek nagysága a normális vörösvérsejt $^1/_4$ —$^1/_5$-e. Ezen alakok a *Siegel* által leirt cythorrhyctes luisnak felelnek meg.

A 6—7 napos tenyészetben ezen alakok mellett igen nagy számban jelennek meg hosszú (usque 15 mikromillimeternyi), protoplasma-burokból és magból álló képletek, melyekben a mag vonja magára leginkább a vizsgáló figyelmét, minthogy igen finom hosszú képletté alakult. Ezen képlet hajlásokat mutat az enyhe hullámvonaltól a legfinomabb sürű tekervényezettségig. Látni protoplasmás burkukat elhagyó magokat is, melyek igy önálló protozoákká válnak; látni továbbá buroknélküli képleteket, melyek halványabban festődnek, mint a protoplasmától körülvettek, továbbá párhuzamosan futó, vagy hosszukban egymásután következő spirochaetákat stb. Az alakok egy harmadik fajtáját is észlelhetni, melyeket festődésük szerint protoplasmanélküli magoknak kell tekinteni. Ezek erősen festődő, változó vastagságú pálczák, hol hajlottak, hol kissé spirálisak, hólyagcsákkal stb., egy szóval a legkisebb térfogatra redukált spirochaetát képviselő képletek. Ezen megfigyeléseket összefoglalva és az eddigi leletekkel összehasonlítva, a szerzők a spirochaeta pallidát a syphilis-protozoon csak egy átmeneti alakjának tekintik. Még pedig származik ez a kerek vagy ovalis spórából (nyugalmi alak), mely a sporozoidok kétféle párhuzamos átalakulása által részben protoplasmával biró trypanosomává, részben a tisztán magállománynyal rendelkező, utoljára leirt rövid alakká fejlődik. (Centralblatt f. Bakteriologie etc. I. Abt. Origin. Bd. XLI. Hft. 6.) *Picker Rezső* dr.

Belorvostan.

A szív galopprhythmusáról értekezik *Fr. Müller* müncheni tanár. Bouillaud, Traube, Potain és Johnson nyomán galopprhythmus alatt egy harmadik, abnormis szívhang megjelenését értjük, miáltal a szívhangok rhythmusa UU— vagy U—U alakot ölt. A szívcsúcslökések tanulmányozásából kiderült, hogy a galopprhythmusnak két alakja van. Az egyikben a rendellenes szívhang s a cardiogramm megfelelő kis csipkéje közvetlenül a systole elé esik (praesystolés typus); a másikban ez a hang a diastole elején, közvetlenül a második hang után hallható (protodiastolés typus).

Ugyanazon pontokon, melyekre a galopprhythmus rendellenes hangjai és cardiographikus csipkéi esnek, a normális cardiogramm is mutat kis kiemelkedéseket, úgy hogy a szóban forgó rendellenesség egy rendes körülmények között is meglevő jelenség fokozódásának tekinthető. E mellett szól az is, hogy pericarditisben legtöbbször a galopprhythmusnak megfelelő hármasütemü dörzsölő zörej hallható, akkor is, ha a szív egészen ép. A dörzsölő zörej harmadik részletének tehát nem lehet a szivizom bántalmazottsága az oka, mint Barié állítja.

A galopprhythmus rendesen a csúcs felett a legerősebb s általában a szívgyomrok felett kifejezettebb. Valószinü tehát, hogy a szív e részének rendellenességével van dolgunk.

A praesystolikus galopprhythmus eseteiben készült szív- és érlökésgörbék tanulmányozásából kiderül, hogy a pitvarhullám abnormisan erős és a gyomorsystolétól messze esik. Vagyis más szóval, a gyomorsystole sokkal később indul meg, mint a hogy rendesen a pitvarsystolét követni szokta. Ennek okát abban találhatjuk, hogy — mint Engelmann kimutatta — elhaló sziveken, vagy ha a pitvarok és gyomrok közti részek sérültek, a mozgási izgalom vezetése a szív e részei közt gátolt és ezért késés áll be.

Arra is gondolhatunk, hogy a szívgyomor tökéletlen kiürülésekor a pitvarnak a vér beömlésére erősebben s hosszabban kell összehúzódni, mint rendes körülmények között.

A protodiastolés typus lényegében nem különbözik az előbbitől. Vannak átmeneti alakok, sőt egy és ugyanazon esetben is átmehet az egyik typus a másikba. Valószinű tehát, hogy a jelenség oka mindkét typusban ugyanaz.

A praesystolés typus inkább lassú s erőteljes szívműködés mellett fordul elő, míg a protodiastolés a szívműködés nagyobb zavaraiban észlelhető, ha szapora és szabálytalan a pulsus.

Galopprhythmus keletkezhetik magas vérnyomás nélkül is, ily esetekben azonban beteg a szivizom, a szivelégtelenség tehát megvan.

A tárgyalt jelenség a prognosis szempontjából nem oly rossz, mint sokan hiszik. Golyva-szív, szív-neurosis és typhus eseteiben nem jelent veszélyt. Minden esetben figyelmet érdemel, s gyakran jelzi energikus beavatkozások (digitalis-rendelés) szükségességét. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 17. szám.)

Dalmady Zoltán.

Felfelé haladó áramlás a bárzsingban. *Kast*, Ewald tanár kórházi osztályának segédorvosa érdekes czikkében előadja, hogy gyomor- és oesophagus-fistulás kutyákon észlelte először, hogy az alsó fistulán át a gyomorba vitt korom- és lycopodiumszemcsék egy idő mulva megjelentek a felső fistula nyilásában, kell tehát, hogy az oesophagusban felfelé irányuló áramlás legyen jelen. Erre emberen is kisérletezett, még pedig 11 egyénen, olyan módon, hogy este $^1/_2$—2 gm. semen lycopodiit nyeletett velük gelatinatokocskákban, s másnap reggel mikroskoppal megvizsgálta annak a víznek az üledékét, a melylyel az illetők a szájukat kimosták. Az üledékben 6 esetben talált lycopodiumszemcséket, 2-ben többet, 4-ben kevesebbet. Mivel eseteiben ki volt az rekeszthető, hogy e szemcsék hányás vagy felböfögés útján kerültek a szájüregbe, vizsgálataiból azt következteti, hogy az emberen is állandóan van némi felfelé irányuló áramlás a gyomorból a száj felé, mely apró, a gyomortartalomban suspendált testeket magával ragadhat. Ennek az áramlásnak az oka a rekesz mozgása, az aorta és a szív lüktetése és különösen a mellkasi nyomásnak a ki- és belélegzéssel járó váltakozása. Ebből az áramlásból érthető az emésztési zavarokra jellemző fehér nyelvlepedék s a rossz szájszag, továbbá a subjectiv savanyú, pépes szájíz rontott gyomornál. A gyomorból felkerülő emésztetlen ételrészecskék könnyen megtapadnak a nyelv szemölcsei közt s ez az oka a bevont nyelvnek nemcsak gyomorbajokban, hanem zavart emésztéssel járó lázas betegségekben is; a bevont nyelv e szerint általában arra utal, hogy a gyomorban emésztetlen tartalom van s hogy a gyomortartalom feljutása a rendesnél nagyobbfokú, a mi nagyon különböző okokból fordulhat elő s a mit elősegit a cardia hiányos zárása is. Érthető, hogy miért érezzük néha reggel felébredéskor szájunkban az este evett ételek ízét. A szóbanforgó áramlást igen lassúnak kell képzelni, bizonyára több óráig tart. Sok ember 2—3 órával evés után, a nélkül, hogy gyomorhurutja volna, sajátszerű ízt érez a szájában, a mihez igen gyenge foeter ex ora társul: ez alatt ért fel a kissé bomló gyomortartalom a szájba. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 28. sz.)

Az arteriosclerosis tanának mai állásáról ir *Burwinkel*. Az arteriosclerosis a 40. éven túl a leggyakoribb halál-ok; a lipcsei életbiztosító társaság 10,000 halálesete között 22—25%-ot tesz ki. A vagyonosabb és főleg a városi elem között sokkal elterjedtebb, mint a szegényebb és falusi lakosság közt. 50 évig disponáltabbak a férfiak, de azután a két nem között a betegség aránya egyforma. Előfordul helyi megbetegedés gyanánt is (pl. súlyos munkát végző kézmüveseknél a felső végtagok erein), de általában anyagcsere-zavarok általános kifejezője. Okai: 1. Mechanikaiak: ha tartósan erős nyomás alá kerül az érfal; ide tartoznak a vesebajokon kivül a tartós obstipatiókban, bélatoniákban

szenvedők, kiknél a nyomás állandóan fokozott. 2. Áramlassulás, vagy a vérösszetétel zavarai: midőn az érfal hiányos táplálása miatt annak speciális szövetelemei elhalnak. Ennek tulajdonítja a dohányzás hatását is, mely alatt a tüdőcapillarisokban a vér nem kap kellően oxydált levegőt. Minden más körülmény is, mely a vér tökéletes oxydatioját akadályozza (asthma, emphysema, kyphoskoliosis, stb.) ezért jár arteriosclerosissal. 3. Átöröklés, mint minden anyagcsere-betegségnél, úgy itt is szerepel, főleg mikor valami más anyagcsere-zavar is fennáll. 4. Czélszerűtlen táplálkozás; főleg a túlnyomóan animális étrendet kárhoztatja, mint a mely a vér viscositását jentékenyen fokozza (*Hürthle*). Feltünő, hogy az alkoholismus hatását csak alárendeltnek, s csak a bő folyadékfelvétel alapján tartja számbavehetőnek. Alig hiszszük, hogy nézetéről bárkit is sikerült meggyőznie. 5. A syphilisre nézve elfogadja ugyan, hogy önmagában is van aetiologiás szerepe, de szerinte nem azokat lepi meg első sorban, kiknél a therapia elhanyagoltatott, hanem — régi kisértet — azokat, kik erős kénesőkezelés alatt állottak. A gyakori lelki emotiók és testi megerőltetések hatását határozottan kétségbe vonja, a mi annál meglepőbb, mert a vérnyomásemelkedés befolyását maga is hangsúlyozza; bizonyságul azon szokatlan gyakorlati tapasztalatára hivatkozik, hogy vidéki orvosok, katonatisztek állítólag relative ritkán esnek e bajba.

A szokott therapián kivül ajánlja a periodusos venaesectiokat a bántalom minden stadiumában, mint a melyek a vérnyomást leszállítják, a vért hígabbá teszik és mérgező alkatrészeiktől, főleg a CO_2-tól megszabadítják. A periodusok idejéről, a kibocsátandó vér mennyiségéről azonban részleteket nem nyujt. (Wien. klin.-therap. Wochenschr. 1906. 24—25. szám.)

R. Zs.

Sebészet.

Az ondóhólyagokon végzett műtétekről húgyivarszervi gümőkór eseteiben értekezik *Riese*. *Bruns* az 1901. évi sebészeti congressuson beszámolt a castratio értékéről s távolabbi eredményeiről heretuberculosis esetében s azt tapasztalta, hogy egyoldali castratio esetén 46%, kétoldali castratio esetén 56% gyógyult véglegesen. E műtéti módszernek vannak ellenzői is, a kik azzal érvelnek, hogy 1. gyakran elegendő a mellékhere egyszerű excisioja vagy a gümős gócz kitakarítása; 2. a here eltávolítása elégtelen, mert a folyamat descendáló jellegű; 3. a here eltávolítása után psychikus zavarok állnak be.

A szerző dolgozatában azt a kérdést tárgyalja, vajjon indicálva van-e a műtét, ha az ondóhólyagocskák, illetve a ductus deferens is gümősen megbetegedett. *Büngner* ilyen esetekben a ductus deferens evulsioját végezte a castratioval kapcsolatban. Azon esetre pedig, ha az ondóhólyagok is megbetegedtek, ezek kiirtását ajánlotta vagy *Dittel-Zuckerkandl* módszere szerint, vagy a *Rydygier-Rehn* sacralis, vagy a *Sick* parasacralis methodusával.

Riese hét esetben (hatszor tuberculosis miatt) végezte a castratiót az ondóhólyagok teljes és a prostata részleges kiirtásával kapcsolatban. A műtét esetleges szövődményei lehetnek a vérzés, a húgysipoly-képződés, az ureter vagy a bél sérülése. A vérzés elkerülése végett fent pontosan le kell kötni az art. deferentialist, lent az art. haemorrhoidalis mediát és az art. vesicales-t. Kis húgysipolyok, ha nincs hólyagtuberculosis jelen, begyógyulnak. A végbél sérülését elkerülhetjük, ha tompa kampókat használunk.

Riese harántgátmetszéssel hatol be. Csak a súlyos esetekben tartja a műtétet javaltnak, olyan esetekben, midőn a here és mellékhere nagyfokú gümös-sajtos megbetegedése van jelen sipolyokkal. Egyszerű idült ondóhólyaggyuladás esetén e műtét nincs helyén, mert ez műtét nélkül is gyógyul. (Deutsche med. Wochenschr., 1906. 25. sz.) *Steiner Pál* dr.

A postoperativ ileusról ir *Finney* gazdag tapasztalatai (26 eset) alapján. Az ileus vagy korai (többnyire peritonitis okozta vagy dynamikus), vagy késői s ilyenkor rendszerint álszalagok által előidézett; drainage előmozdítja ileus létrejöttét, de az esetek jó részében (38·4%) minden drainage nélkül is létrejön az ileus. Érdekes a szerzőnek azon megfigyelése, hogy míg egy esetben a hasüreg egész tartalmának kipakolása, kiöblítése és a beleknek gazetörlővel való ledörzsölése után nem jöttek létre adhaesiók, máskor kis beavatkozások után is kiterjedt összenövések keletkeztek; úgy hogy az adhaesiók keletkezése csak kis mértékben függ a követett technikától. Az ileus oka a szerző eseteiben 7-szer megtörés, 7-szer összenövés, 2-szer volvulus, 3-szor álszalag volt; heges stenosis, bélkacsnak egy másik, odanött kacs alatt való megfogódása, gastromesenterialis ileus (a bél megtörése a flexura duodenojejunalis helyén), dynamicus ileus 1—1-szer szerepelt; 3 esetben az ok ismeretlen volt. Az akadály helye 20-szor a vékonybélben, 3-szor a duodenumon és pyloruson, 2-szer a flex. sigmoideán, 1-szer a colon ascendensen volt.

A diagnosis, főleg a peritonitistől való elkülönítés, a korai esetekben nehéz, míg a késői esetekben könnyü s ilyenkor az elzáródás székhelyét sem nehéz klinikailag meghatározni. A Finney észlelte esetek közül 15-ben az elsődleges műtét alkalmával többékevésbé általános peritonitis volt jelen, a másodlagos műtét alkalmával ez 8-ban találtatott. A műtét 9-szer adhaesiók felszabadításában, 2-szer entero-enteroanastomosisban állott, 9-szer bélsársipoly képeztetett, 2 esetben egyszerű explorativ laparotomia történt, 4-szer pedig nem végztek secundaer műtéti beavatkozást.

10 beteg meghalt, 4 az obstructio fennállása miatt, 3 peritonitisben, 3 toxaemia tünetei között. Érdekes egyik esete, a hol a fatalis kimenetelű postoperativ ileus nephrostomia után a hasüreg megnyitása nélkül következett be; a laparotomia mechanikus akadályt nem birt kimutatni.

A műtét, a hasüreg újólagos megnyitása, minden postoperativ ileusnál indokolt s ha peritonitis nincs jelen, szép sikerrel is kecsegtet. (Annals of surgery, 162. füzet.) *Pólya.*

A ductus thyreoglossus nyitvamaradásából származó nyaki fistulát sikeresen gyógyitott *M. I. Chevers* croton-olaj befecskendéssel és galvanisatioval; a sipoly, mely sonda számára könnyen átjárható volt és a bőrről a pharynxba vezetett, 1½ havi kezelés után teljesen elzáródott, s 1 évi megfigyelés alatt nem nyilott fel újra. (Annals of surgery, 162. füzet.) *Pólya.*

Multiloculáris pankreascysta kiirtása után ileus jelentkezett *I. O. Malcolm* esetében; az ileus oka, mint a 16. napon végzett relaparotomiánál kitünt, a flexura sigmoideának szögletbe törése volt; lateralanastomosis készítése után a haránt- és leszálló vastagbél között a beteg meggyógyult. (The Lancet, 1906. junius 16).

Pólya.

További megjegyzések a vakbélműtétek technikájához czímén *Hahn* (Mainz) azon kifogások ellen kel ki, melyeket módszere ellen a kis metszést illetőleg vakbélműtéteknél tettek. Kikel *Haberer* (Bécs) ellen, a ki módszerét vak és czéltalan eljárásnak minősítette. *Hahn* szerint jóakarattal és kellő elővigyázattal minden sebész a kis hasfalmetszéssel czélt ér. Szerinte még diffus peritonitisnél is elegendő a kis hasfalmetszés a drainezésre. A későbbi eredmények pedig *Hahn* szerint jobbak, mint a nagy metszésnél, a mennyiben belek előesését sohasem tapasztalta, hasfali sérvképződés pedig szintén a legnagyobb ritkaság.

Módszerével *Hahn* eddigelé 31 beteget operált. 11 nem perforált eset közül halálozás 0, 17 perforált eset közül a halálozás szintén 0 volt, míg két igen súlyos diffus peritonitis esetében, melyek a legsúlyosabb prognosist nyujtották, az egyik beteg meggyógyult. (Zentralblatt für Chirurgie, 1906. 7. szám.) *Gergő.*

Kis hasfali metszések czímü értekezésében *Bier* (Bonn) is ajánlja Hahn eljárását, azaz a kis metszést vakbélműtéteknél.

Bier már évek óta alkalmazta ezen eljárást és több 100 műtét kapcsán megelégedéssel nyilatkozhatik róla. Csak az appendix kifejtésében tér el Bier; ezt ugyanis úgy végzi, hogy a coecumot a hassebből kihúzza, követi az appendix gyökéig, ott a vakbelet két ligatura közt átvágja és a csonkot a környezet irányában fejti ki.

Kis hasfalmetszéseket végez még *Bier* a legtöbb hasfali műtétnél is, így főleg a gastroenterostomiánál, valamint alkalom esetén az epeműtéteknél is.

Ezen kis metszések hasznát Bier abban látja, hogy bélhüdések utánuk ritkábbak, miután a beleknek csak kisebb részével jutunk érintkezésbe, hogy a fertőzés veszélye csökken és

a műtettek psychéje is kevésbé szenved a kisebb műtéti beavatkozás tudatában. Másrészt azonban hátránya az ezen fajta műtéteknek, hogy fejlettebb technikát kívánnak, és hogy egy kis hassebnek a varrata nehezebb, mint egy nagyé.

Ezen eljárásokban *Bier* analogiát lát a *Dollinger* féle módszerhez a nyaki mirigyek subcutan operálásánál. Nehezebb eljárás ez is, mint a kényelmes percutan módszer, de a fáradozással felér azon tudat, hogy vele a beteget nagy nyaki hossz- és harántmetszésektől és következményes torzító hegektől, melyek egész életére elcsúfítanák, megóvtuk. (Zentralblatt für Chirurgie. 1906. 7. szám.) *Gergő.*

Gyermekorvostan.

A lues congenitának sublimat intramuscularis befecskendésével való kezelését *Heubner* a bélcsatorna útján való kezelésnek elébe helyezi, mivel pontosabban ellenőrizhetjük az antiluetikus anyagnak a szervezetbe jutott és általa felhasznált mennyiségét. 1904. évig nyolcz ily módon gyógykezelt esetről tesz említést, ezek másodnaponként 1 mg. sublimatot kaptak a gluteusok közé. Közülök három halálosan végződött, ellenben öt esetben a lueses jelenségek feltünő rövid idő alatt fejlödtek vissza. Egyedüli hátránya ezen eljárásnak az intensiv fájdalmasság, a mit az injectioval okozunk, valamint a szöveteknek a beszúrás helye körül észlelt és nem ritkán hosszabb ideig tartó infiltratioja. Imerwohl közleménye alapján 1905-ben 8 veleszületett lues-esetet kezelt concentráltabb sublimat-oldattal, azonban kisebb volumen befecskendezésével (2—5%-os oldat). Heubner 2%-os oldatból a Pravaz-fecskendő egy osztályzatának megfelelő mennyiséget, azaz körülbelül egy cseppet fecskendezett a gluteusok közé. Nyolcz ily módon kezelt esete közül kettő számításon kivül marad, mert csupán egy injectiót kaphatott. Kettő 2—2½ hónapi kezelés után teljesen gyógyult. A hátralévő négy eset halállal végződött. Úgy a gyógyultaknál, mint az elhaltaknál a lueses jelenségek (exanthemák, coryza stb.) feltünő gyorsasággal fejlödtek vissza (10—12 nap). A szerző az eljárást főleg az ambulans kezelésnél ajánlja. *Péteri* dr.

Roux-féle serummal kezelt és gyógyult diphtheria utáni bénulás egy esetéről számol be *Comby* a párisi „Société de Pédiatrie" f. évi április hó 24.-iki ülésén. A szerző maga már 5 ilyen sikerrel kezelt esetet tett közzé, utána többen (Mourniac, Chambou) kisérleteztek ilyen irányban. Jelen esetben a hüdéses tünetek a diphtheriás megbetegedés után két hónappal jelentkeztek és járási nehézségekkel vették kezdetüket. A kezelés megkezdésekor teljes járási képtelenség, a beteg még állani sem tud. Az alsó végtagizomzat teljesen hüdött. A térd- és Achilles ínreflexek teljesen hiányzanak. A hüdés, jóllehet kisebb fokban, a felső végtagokra is kiterjedt, majd a háti- és nyakizmokra is. Faradikus- és galvanáramra ingerlékenység nincs a sacrolumbalis izomcsoportban és a lábfej izomzatában, a többi izmokban az ingerlékenységnek csak csökkenése mutatkozik.

A beteg 5 nap alatt 70 cm³ Roux-féle diphtheriaellenes vérsavót kapott. Az első két injectio után már javulás mutatkozik, ágyában magányosan felül, az alsó végtagok izomereje növekszik, majd magányosan lábraáll és járni is tud. Húsz nap alatt teljes gyógyulás.

Kisérő szövődményként mindössze könnyü albuminuriát és egy morbilliform serumkütéget észleltek. *Péteri* dr.

Bőrkórtan.

A bőrbetegségeknek élesztővel való kezelését ismerteti *E. Saalfeld* (Berlin). E kezelésmódnak első leirója *Lassar* volt, a ki a sörélesztőt furunculosis eseteiben ajánlotta. Az élesztővel való kezelés azonban csak akkor nyert kiterjedtebb alkalmazást, a mikor *Brocq* is ajánlotta furunculusok és acne ellen. A sörélesztőnek friss állapotban nyerése azonban némi nehézségekbe ütközik, és nem is mindig egyforma összetételü és hatású. Czélszerü volt ezért az az irányzat, hogy az élesztőnek hatóanyaga állandó készítmény alakjában jusson forgalomba. Ilyen készítmény a „*furonkuline*", melyet a „La Zyma" nevü gyár (Clarens-Montreux) készit. A szerző e praeparatumot 60 esetben alkalmazta s általában igen kielégítő hatásúnak találta. A furonkulinet, a mely szürkes-fehéres finom por, *Saalfeld* kezdetben napi 3 kávéskanálnyi adagban adja; később felmegy 3—4 evőkanálnyira. A por közvetlenül az étkezési idő előtt veendő. Zavaró mellékhatásokat ilyen adagolás mellett nem lehet észlelni. Legtöbbször furunculusokban és acneban szenvedők kapták. A hatás meglehetősen egyöntetü. A rendesen fennforgó obstipatio csakhamar múlik s rendes székletét áll be. Az indican, mely acnes és furunculosisos betegek vizeletében gyakran fordul elő, a furonkuline használatára csakhamar kevesbedik. Nyilvánvaló tehát, hogy a furonkuline bizonyos fokig béldesinficiens. Olyan esetekben, a melyekben az acnes megbetegedés nem bélbeli eredetü (pl. chlorosis), az élesztőkezelés eredménytelen. A szerző helyesnek vélné a szert oly börbajokban is alkalmazni, a melyeknek a kiváltó oka általános tapasztalat szerint a bélhuzamban keresendő. Ily bántalom elsősorban az urticaria. Valószinü, hogy psoriasis bizonyos eseteiben is eredményes lesz az élesztő-kezelés. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 29. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A creosotal használatáról croupos tüdőgyuladásban többen kedvezően nyilatkoznak. Igy *J. Allan*-nak egy súlyos esetében a krisis már a 4. napon beállott s a lábbadozás zavartalanul folyt le, a mit a szerző a creosotal alkalmazásának tulajdonit. A krisis előtt négyszer napjában 3 gm.-ot, utána háromszor 2 gm.-ot adott a szerből. (Lancet, 1906. márczius 24.) *Danow* a gyermekek bronchopneumoniájában alkalmazta a creosotalt eredménynyel, még pedig inhalatiók alakjában. A gyermek kora szerint 0·2—1 gramm creosotalt inhaláltatott 1 óra hosszat, 3-szor napjában. (New-York St. Journal of Med. 1905. oktober.)

A helmitol alkalmazásának igen jó eredményét látta *B. Romo* pyelo-cystitis esetében. 17 napi teljes vizelet-retentio után, mely minden kezelésnek ellenállott, a helmitol 2 napi használatra a spontan vizelést ismét megindította, a tenesmus engedett, s a vizelet, mely eleinte vérrel és genynyel kevert volt, fokozatosan feltisztult. 3 heti kezelés után teljes gyógyulás állott be. (Clinica moderna, 1906. 47. sz.)

Az omorol hatását a gyermekek diphtheritisében dicséri *Viett*. Az omorol finom por, mely physiologikus konyhasó-oldatban oldható. A beteg torkát először kiöblíttetjük 3%-os oldattal, majd gyapottamponnal letisztítjuk a nyálkát a beteg helyekről s azután az álhártyáktól fedett területekre vattaecsettel bőven reádörzsölünk omorol-port, s hasonlóképen omorol-port fujunk Döring-féle fújtatóval az orrgaratüregbe is. E kezelést 2 óránként, súlyos esetekben óránként kell megismételni s az álhártyák eltünése után még 2—3 napig folytatni. Közben inhalatiókat is rendeltetünk a betegnek 3%-os omorol-oldattal. (Medico, 1906, 21. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 28. szám. *Berger Ferencz*: Neuralgia vagy fogfájás? *Alexander Béla*: Plastikus x-sugaras képek. *Unterberg Hugó*: A húgycsőszükületek kezeléséről. 29. szám. *Fejér Gyula*: A reczehártya centrális ütőerének részleges emboliájáról. *Schweitzer Artur*: Adatok a pertussis therapiájához. *Unterberg Hugó*: A húgycsőszükületek kezeléséről.

Orvosok lapja, 1906. 28. szám. *Stein Lipót*: A gyökeres sérvmütétről. *Rozsnyai Bertalan*: Érdekes elmekórtani eset a törvényszéki orvosi gyakorlatból. 29. szám. *Jankura Iván*: Agydaganat esete. *Bauer Kálmán*: Spermin mint oxydáló ferment.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 28. szám. *Preisich Kornél*: A scrophulosisról. *Csurgó Jenő*: A digalen hatásáról. 29. szám. *Halász Henrik*: Az influenza-, kanyaró- és vörhenyotitisek prophylaxisa. *Tausz Béla*: A scrophulosis balneotherapiájának mai állása. *Alpár Sándor*: Jodfersan.

Vegyes hirek.

Közegészségügy a képviselőházban. A belügyi tárcza költségvetésének tárgyalásakor több felszólalás történt a közegészségügy köréből, a melyekre gróf *Andrássy Gyula* belügyminister a következőben válaszolt:

„A közegészségügy fontosságáról a magam részéről át meg át vagyok hatva. Meg vagyok győződve arról, hogy ezen a téren roppant sok mulasztást követett el a magyar állam, hogy eddig nem értette át teljesen ennek életbevágó fontosságát. Ez pedig leginkább annak tulajdonitható, hogy a publikum, a nagy közönség maga nem érti ennek nagy horderejét, nem kivánja az ilyen természetű rendszabályokat. Ha történik valami ebben az irányban, azt szekaturának tartja, annak nem akar engedelmeskedni, azt tartja, hogy ez a tudósoknak elméleti mulatsága. Nincsen egészen felvilágositva arról, hogy ezen a téren milyen nagy eredményt lehet elérni. Az angol nemzet a leggyakorlatibb nemzet a világon és a modern közigazgatást épen a közegészségügy terén fejlesztette ki leginkább. Ott a kormánynak az óriási nagy decentralisatio és önkormányzat ellenére nagy hatalmat, kényszerítő hatalmat adott; a közegészségügy érdekében a helyi hatóságokra ráparancsolhat kiadásokat, a mi Angliában igen nagy kivétel, mert ott igazán nemcsak szóval hirdetik a szabadságot, de a valóságban is létezik. És mégis, éppen a közegészségügyben drastikus rendszabályokhoz nyultak, a melyeknek azonban meg is volt a gyakorlati eredményük, mert például Viktória királynő uralkodása alatt az átlagos emberi élet tiz évvel hosszabbodott meg. Hát ez gyönyörű eredmény. Ha ezt csak megközelitőleg elérhetnők, azt hiszem, hogy nagyobb érdemeket szereznénk az ország iránt, mint sok más jelszónak megvalósitásával, a mely tetszetős, de a mely távolról sem hozna reális állandó hasznokat és előnyöket, a melyeket szerezne az, ha a magyar ember életét meg tudnánk hosszabbitani. Erre különösen szükségünk van, mert Európának a legkevesebb sűrűséggel biró lakossága a magyar. Azt hiszem, egy négyzetkilometerre 50 ember esik Magyarországon, holott Ausztriában valami 80, Németországban pedig 101 ember esik egy négyzetkilometerre. És akkor, a mikor a sűrűség ilyen csekély, ugyanakkor a halandóság nálunk nagyobb, mint másutt és az életkor átlaga Magyarországon a legkitebb. Ilyen viszonyok között azt hiszem, hogy ki fogja magát fizetni mindaz, a mit erre a czélra forditunk.

Felvetették azt az eszmét, hogy a közegészségügyet államositsuk. Hát az államositás mellett sok szól, de azt hiszem, hogy a lényeg nem az államositásban rejlik. Azt hiszem, hogy a lényeg abban van, hogy kellőleg dotált orvosi karral rendelkezhessünk a vidéken. Jelenleg az a nagy baj, hogy az orvosok túlnyomó nagy része a városokban van, mig a vidéken alig kapható orvos. Általában nem a községnek, nem a megyének mulasztása, ha sok községi és körorvosi állás nincs betöltve, hanem annak a következménye, hogy nem lehet orvost találni, mert abból a fizetésből, a mit ott adnak, nem élhet meg az orvos. Gazdagabb városokban a jelenlegi fizetés talán megfelelő. Ezért legfontosabbnak tartom az orvosi karban a fizetési viszonyok rendezését, még pedig mindenesetre olyképen, hogy szegényebb vidékek az államtól e czélra pótlékot kapjanak.

Vajda képviselő mintegy kritizálva a mai állapotokat, összehasonlitja a csendőrségre és rendőrségre forditott költségeket a közegészségügyre forditott költségekkel és mintegy gunyolódva azt mondja: csendőrségre van pénz, közegészségügyre nincsen. Igen csodálom, hogy a t. képviselő úr mondja ezt, a ki mint orvos ismeri a viszonyokat és komoly tanulmány tárgyává tette ezt a kérdést; ha meggondolja a t. képviselő úr ezt a dolgot, és nem csak hangulatot akar csinálni a csendőrség ellen, akkor meggyőződhetik arról, hogy a csendőrségre a közegészségügy szempontjából egyenesen szükség van. Csupán egy példát kivánok erre felhozni. Annak idején, mikor államtitkár voltam a belügyministeriumban, kolerajárvány volt Szatmármegyében és én ott körutat tettem. Be volt bizonyitva, hogy a kolerát a folyó vize terjeszti. Mi erre kutakat ásattunk és eltiltottuk a népet a folyó vizének használatától. Nem engedelmeskedtek az utasitásnak, hanem a csendőrségnek kellett egész éjjel a folyó partján állania, hogy visszahajtsa a népet, a mely a halálba akart ugrani. Tudjuk azt is, hogy csakis csendőrökkel lehet az egyes járványos házakat elzárni attól, hogy a kiváncsi nép oda ne csődüljön. A ki ezt tudja, nem mondhatja, hogy a csendőrre forditott pénz a közegészségügy szempontjából elveszett pénz. Határozott előnye a közegészségügynek, hogy legyen kellő számú csendőrség".

Megerősités. A vallás- és közoktatásügyi minister *Leitner Vilmos* dr.-nak, a budapesti Stefánia-gyermekkórház főorvosának, a budapesti tudomány-egyetem orvosi karán a gyermekek szembetegségeinek kór- és gyógytanából egyetemi magántanárrá történt képesitését jóváhagyólag tudomásul vette és a nevezettet ezen minőségében megerősitette.

Megbizás. A belügyminister a gyulai állami gyermekmenedékhelynél a másodorvosi teendők ellátásával *Kurtucz Valéria* dr.-t bizta meg.

A m. kir. államvasutak főorvosává *Tóthfalussy Gyula* dr.-t, helyettesévé pedig *Chyzer Béla* dr.-t nevezték ki.

Pest vármegye főorvosává *Györgyi József* dr. abonyi járásorvost nevezték ki.

Kinevezés. *Ofner Mór* dr.-t Újvidék város főorvosává, *Csáky Károly* dr.-t pedig ólublói járásorvossá nevezték ki.

Szabadka város négy új kültelki orvosi állás szervezését határozta el.

Jubileum. *Schäffer Adolf* dr.-t e hó 17.-én lelkes ovatiókban részesitették abból az alkalomból, hogy 25 éve áll a pancsovai közkórház élén. *Polatsek Félix* dr. szepsi körorvost 25 éves orvosi működése alkalmából e hó 14.-én az Országos Orvos-Szövetség abaujtornamegyei fiókja testületileg üdvözölte.

A stomatologusok országos egyesülete szeptember hó 14. és 15.-én tartja évi köz- és nagygyülését.

A tiszti orvosi vizsgák Budapesten szeptember hó 24.-én kezdődnek. Az előkészitő tanfolyam augusztus hó 27.-én veszi kezdetét.

A tiszti orvosi vizsgára előkészitő kursus *Kolozsvártt* f. évi szeptember hó 10.-én kezdődik. Kursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágositást ad Filep Gyula dr. egyetemi magántanár Kolozsvártt, Mikó-utcza 1., Közegészségtani Intézet.

Beck Soma dr. egyetemi magántanár, bőrorvos lakását augusztus hó 1.-én V., Váczi-körút 33. szám alá helyezi át.

Hazai fürdők látogatottsága. *Iglófüred* (julius 21.) 403; *Tátrafüred* (julius 22.) 2059; *Tátraszéplak* (julius 13.) 583.

Kisebb hirek külföldről. *Rosemann* dr. rendkivüli tanárt a physiologia rendes tanárává nevezték ki Münsterben. — Az angol királyi sebésztársaság elnökévé *Henry Morris*-t választották meg.

Hibaigazitás. *Korányi Frigyes* tanárnak „A gerinczoszlop kopogtatási hangjáról ép és kórtani viszonyok között" czimü, lapunk 25. és 26. számában megjelent czikkében a 659. lap második hasábjának 49.—52. sorában „az ovariális cystánál az előbbi tompulat helyén felül dobos hang, az előbbi dobos hang helyett alul pedig tompult hang jelenik meg, a mely azután átmegyen a keresztcsontnak dobos hangzásába" helyett „az ovariális cystánál az előbbi tompulat helyén felül dobos hang, az előbbi tompult dobos hang helyett alul pedig éles dobos hang jelenik meg, a mely azután átmegyen a farcsikcsontnak dobos hangjába".

A túlságos húsevés káros befolyására hivja fel a figyelmet *Chalmers Watson*. Tekintettel arra, hogy a húsfogyasztás Angliában rendkivül fokozódott (a húsbevitel 1853-ban fejenként 3 font volt, 1903-ban pedig 50 font): azt a kérdést vetette fel, vajjon a szülések számának apadása, a gyermekhalandóság növekedése stb. nem hozható-e összefüggésbe a fokozott húsfogyasztással. Patkányokon végzett nagyszámú kisérlete első sorozatának eredményeit most közli; ezek a következők: 1. Túlságos húsevés a test növekedését csökkenti. 2. Kora ifjúságuktól húsdiaetán tartott patkányok sterillé válnak. 3. A lactatio csökken. 4. A szervezet ellentálló képesség e alászáll; az állatok rendszerint fiatal korban pusztulnak el. 5. A túlságos sok hust evő állatok magzatainak halálozási százaléka nagyon magas. (The Lancet, 1906. julius 21.)

Lapunk mai számához F. Hoffmann-La Roche & Cie., czég **„Thigenol"** és **C. Reichert Wien** optikai műhelyeinak VIII., Bennogasse 24—26. prospektusai vannak csatolva.

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

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.**

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

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

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

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

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 15. Csúz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészet utóbántalmak ellen. Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató ülés 1906. április 25.-én) 741. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VIII. rendes ülés 1906. május 8.-án) 742. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (IV. rendes ülés 1906. április 24.-én) 742. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon (1905. junius 2.-án tartott szakülés) 743. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató ülés 1906. április 25.-én.)

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

(Folytatás.)

Bélstenosis-esetek.

Milkó Vilmos: Bemutatásom czélja, hogy néhány példával illustráljam a bélszűkületek különböző fajtáit, valamint azt az áldásos hatást, melyet egy palliativ műtét, az enteroanastomosis kifejt ezen bántalom therapiájában.

Az első eset 36 éves, 4 hónapja terhes nőt illet, ki azon panaszszal került a Rókus-kórház I. sebészeti osztályára, hogy 5 hó óta hasának bal felében kólikaszerű fájdalmai vannak, melyek eleinte ritkábban, utóbbi időben mind gyakrabban, úgyszólván mindennap jelentkeznek. Ezen fájdalmak alkalmával hasa megkeményedik, benne erős korgást érez, a szelek nehezen mennek. Széke már hosszabb idő óta rendetlen, csak hashajtók bevételére ürül apró rögökben. Véres széke sohasem volt. A beteg az utolsó hónapokban erősen lesoványodott. Már ezen subjectiv panaszok arra engedtek következtetni, hogy a betegben mechanikai eredetű chronikus bélszűkület van. Még inkább megerősítette ezt az objectiv vizsgálat, melynek során kitünt, hogy a különben ép szervezetű nőben a bal hypogastriumban jó férfiökölnyi, dudoros, kemény, csak igen korlátoltan mozgatható test van, mely a méh bal oldalán a synchondrosis sacro-iliaca sin. felett foglal helyet, de a nemi szervekkel semminemű összefüggésben nincs. Ezen daganat a rectumon keresztül is jól kitapintható és függőleges irányban elég jól eltolhatónak mutatkozik. A betegnél úgyszólván állandó haspuffadás van jelen. Vizsgálat közben jól kivehető bélperistalticát látunk, mely a vastagbél körvonalainak megfelelően a has jobb oldaláról az említett térfogatnagyobbodás felé húzódik. A kórjelzést ezen alapon az S-romanum rosszindulatú daganata által okozott szűkületre tettük, a mely feltevésünket a műtét teljesen igazolta. A középvonalban végzett laparotomia után kiderült, hogy a flexura sigmoideán a colon descendens legalsó részletére is kiterjedő kemény, göbös daganat ül, mely a belet körkörösen, gyűrűszerűleg infiltrálja és űrterét czeruzavastagságnyira szűkíti. A gyökeres műtét a már igen legyengült nőn azért nem volt kivihető, mert a daganat már a mesosigmoideum jelentékeny részét is ellepte s azonkivül nagy retroperitoneális mirigymetastasisok voltak tapinthatók. Hogy tehát a beteget fájdalmaitól és az előreláthatólag bekövetkező teljes bélobstructio veszélyétől megmentsük, a daganat felett és alatt levő bélrészek között anastomosist létesitettünk, vagyis colosigmoideostomiát végeztünk. Műtét után a beteg állapota kielégítő volt, sebe per primam gyógyult. A bélkólikák a műtét után teljesen megszüntek s a beteg jó közérzettel, gyarapodó erőben hagyta el műtét után 4 héttel osztályunkat.

A második esetben a bélszűkületnek azon nem épen ritka alakjával volt dolgunk, melyet ileocoecalis tuberculosis okoz. A 32 éves férfi gyermekkorában baloldali coxitist állott ki, s több izben volt vérköpése. Jelen baja 1905. márczíusban kezdődött, a mikor hasának jobb felében hirtelen erős, görcsös fájdalmak támadtak hidegrázás, láz kiséretében, a mihez hányás és csuklás is csatlakozott. A roham 2 nap alatt elmult, s utána jól érezte magát egészen folyó évi február 5.-éig, mikor is az előbbihez hasonló roham jelentkezett. Ilyen görcsökkel és hányással járó rohama február hóban még négyszer volt 1—2 napi tartással. Azóta tűrhetően érzi magát, csupán az ileocoecalis tájékon van állandó kellemetlen nyomásérzése. Székleti zavarokról nem panaszkodik. Objectiv vizsgálatkor az ileocoecalis tájékon meglehetősen diffus, tömött ellentállást tapintunk, mely nyomásra igen érzékeny. A lesoványodott beteg láztalan, mindkét tüdőcsúcsa felett határozatlan, kissé érdes légzés hallható. A kórjelzés ezen esetben appendicitis és ileocoecalis tuberculosis között ingadozott. Appendicitis mellett szólt a bántalomnak hevenyen, rohamok alakjában való jelentkezése és a székletétzavarok hiánya. Tuberculosis mellett pedig főleg az anamnestikus adatok szóltak. Az objectiv vizsgálat eredménye mindkét lehetőség felvételét megengedte.

A műtétet f. é. márczius 2.-án végeztük, a beteg gyengeségére való tekintettel lumbális anaesthesiában. A szokott ferde appendicitismetszésből behatolva azt találjuk, hogy a vakbél helyén nagy ökölnyi, még eléggé mozgatható, az ileum alsó végét, a proc. vermiformist és a colon ascendens kezdeti részét is magába foglaló, tumorszerű conglomeratum van, melynek felületén nagyobb sajtos göbök ülnek. Ezen bélconvolutum űrtere igen szűk, csupán a mutatóujj hegyét fogadja be. Minthogy a peritoneum parietalen is vannak elszórtan sajtos göbök, s a mesenteriális mirigyek babnyira, sőt mogyorónyira megnagyobbodtak, de meg a beteg gyengesége is kizárta a nagykiterjedésű bélresectiót, entero-enteroanastomist készitet ünk az ileum alsó vége és a colon ascendensnek a flexurához közel eső részlete között, ügyelve arra, hogy a bélkacsok isoperistaltikus irányban legyenek egymás mellé fektetve. A vakbélhez vezető ileumkacsot néhány csomós varrattal megkisebbitjük, hogy a bélpassage az új közlekedésen keresztül történjék. Ez eredmény ebben az esetben is kielégítő volt. A műtét után 8 napig jelentkeztek ugyan még görcsös fájdalmak, de azután a panaszok megszüntek, a beteg erőben gyarapodott és 4 hét mulva teljesen jó állapotban hagyta el az osztályt.

Esetünknek némi érdekességet ad az a körülmény, hogy az ileocoecalis tuberculosis teljesen az appendicitis kórképe alatt folyt le, s hogy a betegnek jelentékeny bélszűkülete ellenére székelési zavarai alig voltak. Az ileocolostomia által egyfelől elejét vettük annak, hogy a bélelzáródás tünetei kifejlődjenek, azzal pedig, hogy a kóros bélrészletet a keringésből kirekesztettük, a kóros folyamatot is kedvezően véltük befolyásolni.

A harmadik esetben többszörös bélszűkülettel volt dolgunk, a mely hassérülés kapcsán másodlagosan keletkezett hashártyalob eredménye volt. A beteget mult év deczember 10.-én hasba szúrták. Beszállitásakor, 3 órával a sérülés után a bal m. rectus külső szélén 4 cm. hosszú áthatoló sebzést találunk, melyből nagy darab omentum lógott ki. Peritoneális tünetek teljesen hiányoztak. A rögtön végzett laparotomia alkalmával meggyőződtünk róla, hogy bélsérülés nincsen. A kilógó, mintegy 15 cm. hosszú csepleszdarabot több részletben lekötöttük és néhány nagyobb vérző csepleszért ligáltunk. A hassebet teljesen bevarrtuk. A lefolyást erős bronchitis zavarta, máskülönben a has részéről tünetek nem jelentkeztek s a hasseb per primam gyógyult. A beteg a műtét után 4 héttel gyógyultan távozott s még odahaza is 3 hétig teljesen jól érezte magát. Ezen idő óta azonban hasában a bal bordaív alatt keménységet vesz észre, időnként görcsös fájdalmai vannak, melyek eleinte ritkábban, később gyakrabban jelentkeztek és később kifejezetten kólikajellegüek voltak és erős korgással jártak. A beteg széke rendetlen. A legutóbbi időben fájdalmai állandóak, nehányszor hányt is; állapotának rosszabbodása miatt osztályunkra vétette fel magát. Felvételekor az erősen lesoványodott, cachectikus külsejű betegen a bal bordaív alatt ökölnyi, érzékeny, kemény térfogatnagyobbodást tapintunk, mely helyét sem active, sem passive nem változtatja. A betegnek kb. 2—3 perczenkint vannak erős görcsös fájdalmai, mely alkalommal erős bélmerevedés látható. A bélmerevedés a baloldali ellentállás helyéről látszik kiindulni s innen a symphysis felett a jobb oldal felé terjed át erős korgás kiséretében. Kétségtelen lévén a bélszűkület, február 27.-én laparotomiát végeztünk, a mikor is a következőket találtuk. A baloldalt tapintott kemény ellentállás nem más, mint az összekunkorodott, lobos, kérgesen megvastagodott cseplesz, mely a colon transversummal, a vékonybelekkel és a fali hashártyával szívós, kérges hártyák útján összenőtt. A vékonybelek nagyrésze és a colon descendens egymással és a fali hashártyával részint szalagos, részint lapszerinti összenövéseket mutat, úgy hogy a tájékozódás rendkivül nehéz. A bélszűkület tulajdonképeni oka pedig az, hogy egy kb. 15 cm. hosszú vékonybélkacs egész hosszúságában tömött hegszövetbe beágyazva megtöretést szenvedett. Ezen bélkacsnak a hegek közül való kiválasztása nagynehezen sikerült ugyan, de a közben serosája és musculárisa több helyen beszakadt, úgy hogy a különben is heges falzatú bél életképessége kérdéses lévén, legczélszerűbbnek látszott az odavezető és elvezető bélrészletek között széles enteroanastomosist készíteni, hogy a kóros bélrészletet a keringésből kiiktassuk. Ez egyszersmind a legenyhébb beavatkozás is volt, mert bélresectiót az igen legyengült beteg már aligha állott volna ki.

Hogy a leválasztott bélrészlet és a fali hashártya közt újólagos összenövés ne jöhessen létre, a kettő közé a cseplesz egy darabját fektettük. Hasonló módon szabaditottunk fel még egy erősen lenőtt vékonybélkacsot. Az összes odatapadások feloldásától természetesen el kellett tekintenünk a beteg állapota miatt, annál is inkább, mert előreláthatólag újabb összenövések képződtek volna. A hasat vérzéscsillapitás után Mikulicz-tampon bennhagyásával zártuk. A lefolyás ezen esetben is kedvező volt. A kólikák a műtét óta teljesen megszüntek. A beteg erőben gyarapodott, jól érzi magát. Kérdés, hogy mi okozott ily kiterjedt összenövéseket a különben teljesen sima lefolyású első műtét után. Az egyik kevésbbé valószinű lehetőség az, hogy talán mégis volt a betegnél kisebb bélsérülés, mely az I. műtétnél elkerülte a figyelmünket és innen kiindulólag kapott peritonitist. Sokkal valószinűbb azonban az, hogy a lekötött cseplesz körül csonkexsudatum képződött s ez okozta a nagy adhaesiokat.

Pólya Jenő. Tisztán mesenteriális, sőt csepleszsérülés után is előfordul, hogy a bélnyálkahártya elhal közvetlen táplálkozási zavar miatt. Ha a cseplesz sérült, retrograd úton keletkezik lob és circuláris elhalások következnek be a nyálkahártyán utólagos szűkületekkel.

Beékelt húgycső és húgyhólyagkő esete.

Milkó Vilmos: Az 55 éves beteget f. é. márczius 12.-én vettük fel a Rókus-kórház I. sebészeti osztályára. Panaszai 5 év előtt kezdődtek. Eleinte gyakori vizelési inger, majd, különösen hevesebb testmozgások után, vérvizelés jelentkezett. A vizelési inger mind fájdal-

masabb lett, különösen a vizelés végén érzett a gáttájékra és a herékbe kisugárzó erős fájdalmakat. Utóbbi időben panaszai fokozódtak. Vizeletét mind nehezebben, igen vékony sugárban üríti, a vérvizelés úgyszólván állandó. Kb. 1 hó óta a gyakori vizelési inger ellenére is csak nagy kinnal ürít néhány csepp büdös véres vizeletet. A kissé lefogyott, de különben ép szervezetű beteg húgycsövének bulbusos részében kőkemény, csak kevéssé mozgatható test tapintható. Sondával vizsgálva e test kőnek bizonyul, mely a hugycső űrterét annyira kitölti, hogy még a legfinomabb filiform bougieval sem sikerül mellette a hólyagba bejutni. Hogy a hólyag állapotáról mégis fogalmat alkothassunk, Röntgen-vizsgálatnak vetjük alá a beteget, a mikor kiderül, hogy a hólyagban is van egy nagy diónyi, világos árnyékot adó kő.

A műtétet Herczel tanár megbizásából márczius 17.-én végeztem lumbalis stovain-anaesthesiában. Median húgycsőmetszésből sikerült a kúpalakú, kisebb diónagyságú, csúcsával a húgycső hártyás részébe erősen beékelt követ, s ezután a hólyagot előzetesen mutatóujjunkkal vizsgálva, a benne levő igen nagy, de puha követ kömorzsolás segélyével teljesen eltávolitani. Miután a húgycsőnek az a részlete, melyben a kő volt, diverdiculumszerű zsákká alakult, melynek falzata különben is teljesen heges volt, legczélszerűbbnek mutatkozott ezen részt circularis resectioval teljesen eltávolitani, mire a húgycső hátulsó falának folytonosságát catgut-csomósvarratokkal állitottam helyre. Állandó katheter behelyezése után a gátsebet nyitva kezeltük. A lefolyás teljesen sima, láztalan. 1 héttel a műtét után az állandó kathetert teljesen elhagyjuk s a beteget protrahált ülőfürdőkkel kezeljük, mire a gátseb gyorsan gyógyul. A beteg most teljesen jól van, vizelete tiszta, ezt a húgycsövön keresztül akadálytalanul tudja üriteni.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VIII. rendes ülés. 1906. május hó 8.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Arnold.**

Diónyi gyomorfenék-rák.

Balás Dezső: A gyomorrák elhelyeződésének és korai diagnosisának egy ritkább esetét vagyok bátor a következőkben bemutatni.

K. P. 68 éves napszámos f. é. márczius 14.-én vétetett fel Janny tanár osztályára, azzal a panaszszal, hogy körülbelül 5 hét óta emésztési zavarokban szenved, melyek következtében erősen lesoványodott és elgyengült. Étvágytalan, étkezés után néha savanyú felböfögései vannak, de sohasem hányt.

A lesoványodott és elgyengült beteg vizsgálatánál a gyomortáj behúzódott, az alhastáj mérsékelten elődomborodó. A gyomortáj nyomásra sehol sem fájdalmas, tapintási és kopogtatási eltérés gyomorfelfúvás mellett sem található.

A beteg márczius 15.-én próbareggelit kapott. A residuum 50 cm^3, erős savreactiót ad, szabad sósav negativ, tejsav erősen positiv. Bár tapintás és kopogtatás útján a gyomortájon elváltozás nem volt kimutatható s a beteg nem hányt, tekintettel a gyomortartalom vegyi vizsgálatára, a betegnél carcinoma ventriculire állitottuk fel a kórjelzést.

A műtétet, tekintettel a beteg korára és gyöngeségére, combinált chloroformaether-narcosisban végeztem. A has bemetszése és az erősen sorvadt gyomor előhúzása után a gyomorfundus táján, a kis görbület közelében, a hátsó falból kiinduló, a gyomor üre felől igen könnyen mozgatható, első pillanatra polypusnak imponáló, körülbelül diónyi nagyságú puha daganatot találtam. A daganathoz oly módon fértem hozzá, hogy a colon transversumot felcsapva, a lig. gastrocolicumot bemetszettem s a támadt résen a gyomor hátulsó falát kibuktattam. A daganat mozgékonysága s alig koronányi tapadó felülete miatt kiindulási pontját csak úgy tudtam meghatározni, hogy a sorvadt gyomrot a daganat fölött megfeszítettem, midőn a kóros résznek megfelelően a daganat a kis curvaturára is ráterjedt.

Minthogy a gyomron egyéb elváltozás s makroscopice metastasisnak még nyoma sem volt kimutatható, a daganat kiirtását teljesen ép szövetben nagyobb nehézség nélkül végeztem, miután előzőleg a gyomor és az omentum minus ereit gondosan alákötöttem.

Esetemben eléggé tanulságos és a gyomortartalom vegyvizsgálatának értékét növeli, hogy a daganat ily kezdetleges stadiumában is hiányozhatik már teljesen a szabad sósav és az erjedési zavarok jelenléte már diagnostikus értékkel birhat. Ily korai stadiumban történt művi beavatkozás után joggal remélhető a teljes gyógyulás és a kiújulás elmaradása.

Ectopia vesicae Maydl szerint operálva.

Winternitz Arnold: Az ectopia vesicae gyógyitására mindazon legrégibb idők óta ajánlott eljárások, melyek plasticus módon bőrlebenyek segélyével igyekeznek a nyitott hólyagot fedni és ezáltal hólyagüreget teremteni, elvetendők, mert sikerükben bizonytalanok, continens hólyagot nem szolgáltatnak, sőt gyakran phosphátkövek képződésére adnak okot. A Segond és Trendelenburg-féle műtétmódok, melyeknél a meglévő ectopicus hólyagrész használtatik fel új hólyag képzésére, szintén nem ajánlható. Előbbinél feltétlenül receptaculumot kell hordania a betegnek, utóbbi műtét pedig sikerében bizonytalan, s legjobb esetben szintén csak receptaculum könnyebb alkalmazhatóságát érhetjük el vele. Az egyedüli műtétmód, melylyel ectopia vesicae urinariaevel született egyének nyomorúságain egy csapással segiteni lehet, a Maydl-féle műtét. Ezen műtétmód segélyével a vizelet a sigmabélbe vezettetik el, úgy, hogy az ily módon operált betegeknek vizeletük felfogásául a tetemes űrterű végből áll rendelkezésükre, a vizelet lebocsátását pedig a sphincter ani akaratlagos beidegzésével szabályozhatják. A Maydl-féle műtét legfontosabb pontja az, hogy nem az elmetszett ureter-végeket varrjuk be a flexurába, hanem a körülmetszett hólyagfal azon részletét implantáljuk a bélbe, mely az ureter-nyilásokat tartalmazza. Ezáltal az ureternyilások záróizmai és beidegzése sértetlenek maradnak, a mi a későbbi functio tekintetében fontos.

A bemutatott beteg 9 éves fiú; 5 hónap előtt operáltatott. A functionális eredmény teljesen kielégitő, a mennyiben a gyermek vizeletét jól tudja tartani és akaratlagosan nappal két-három órai időközökben bocsátja ki. Éjjel rendszerint egyszer vizelnie kell, de vannak éjjelek, midőn az egész éjjelt átalhatja. Insufficientiát a sphincter ani részéről avagy proctitist a végbélben felgyülemlő vizelet folytán nem észlelt. Pyelititisnek is eddig semmi nyoma nem mutatkozott. A bemutató a Maydl-műtétet tartja az ectopiások gyógyitására a legegyszerűbbnek és legalkalmasabbnak, ama megszoritással, hogy 7—8 éven alúli gyermekeken nem végezhető.

Dollinger Gyula: Négy betegen végzett ektopia vesicae miatt Maydl-műtétet és betegei között van egy, a ki már több mint 3 esztendő óta teljesen meggyógyult és vizeletét 3—4 óráig képes végbelében visszatartani; utolsó betegénél azonban, egy 17 esztendős ifjúnál, a műtét után való napon uraemiás tünetek jelentkeztek, noha a vizelet a végbélen át állandóan ürült. E súlyos tünetek 14 napig állandóan fennállottak, a mikor peritonitis fejlődött, melynek következtében a beteg a műtét utáni 15. napon meghalt. A bonczolás kimutatta, hogy a vizelet lefolyásában akadályozva nem volt, de hogy a végből és az S romanum nyálkahártyáján számtalan, az izomrétegig érő fekély volt; ezek egyike okozta a hashártyagyuladást és az uraemiás tüneteket okozó húgyalkatrészek a végbél nyálkahártyáján átszivódtak. A készítményt bemutatja.

Adat a gümös mellékhere conservativ csonkításához.

Dollinger Gyula: Az előadó 35 éves ember jobb gümös mellékheréjét resekálta és az ondózsinórt bele akarta oltani a here szövetébe — Razumovszky-műtét —, a mikor észrevette, hogy az ondózsinórnak egy magasabban fekvő részében lencsényi gümös göb van, e felett pedig néhány centimeternyire az ondózsinórt mintegy 5 millimeter hosszúságban hegszövet pótolja. E tapasztalatra való tekintettel a műtét előtt az ondózsinórt mindenkor a lágyékcsatorna külső nyilásáig kitárja és megvizsgálja, vajjon teljesen átjárható-e. A készítményt bemutatja.

Epehólyagrák.

Dollinger Gyula: 46 esztendős asszony rákos epehólyagját mutatja be, melyet műtéttel távolitott el. Az epehólyag férfiökölnél nagyobb üregében több epekő van, mig az epehólyag legnagyobb részét rákos tömeg tölti ki, a mely mikroskopos vizsgálatra adenocarcinomának bizonyul. A rák az epehólyag falát még nem törte keresztül, a szomszéd nyirokcsomók rákosan beszűrődve nem voltak.

Navratil Dezső előadást tart: **A pajzsmirigyszeletek hegképző hatásáról részleges és körkörös bárzsingvarratoknál.** (Lapunkban egész terjedelmében megjelent.)

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(IV. rendes ülés 1906. április 24.-én.)

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

(Vége.)

Ónodi Adolf: Nem pártolja a Killian által ajánlott, a rostacsonton át való megnyitását az iköbölnek, hanem a direct megnyitás mellett van. Az iköbölnek mélyebb recessusai lehetnek, melyek endonasális úton nem láthatók.

Donogány Zakariás: A pulsatio oka talán az, hogy a csepp mellett levegő jut be és ez okozza a tüneményt.

Navratil Dezső: A pulsatiót magyarázni nem tudja, csak ha arteria nyilik bele. A nyilást nyitva kell tartani, legjobban szondára reáégetett lapisgyöngygyel. Egy ülésben nem lehetett a beteget megoperálni, mert nagyon érzékeny volt. A pulzálás az art. radialis pulsatiójával egybeesett.

Polyák Lajos: Hogy az általam, illetve Keppler által ajánlott Bier-féle eljárás nem vezetett eredményre, ez természetes, mert a hol lefolyással nem biró geny van, azt evacuálni kell, különben a geny mennyisége növekszik. A hol a genynek csak kis lefolyása is van, a könnyebbség beáll.

A másik megjegyzésem az, hogy ma cocain és tonogen mellett minden orrműtétet *egy* ülésben végezzünk be. Ez a principium. Készséggel elismerem, hogy a bemutatott esetben bizonyára nem lehetett

egy ülésben befejezni a műtétet. A pulzálást eddig minden megvizsgált esetben láttam, olyankor is, midőn átöblítés után az öblítő folyadék ürül ki a nyiláson.

Submucosusan operált deviatio septinél fejlődött bőralatti emphysema esete.

Navratil Dezső: Kilencz éves fiún a bal oldal felé elől könyökszerűen elhajlott sövényt operált submucosusan Hayek-Wenzel szerint. Műtét alatt a könyök élén a nyálkahártyán kis lencsényi perforatio támadt baloldalt. Jobboldalt a nyálkahártyalemez ép. Bevarrás. Nyálkahártyákat összefektető tampon mindkét orrfélbe. Tampon hossza 2 cm. Műtét utáni napon a beteg számtalanszor trüsszent s rövid idő alatt baloldalt az arcz és a nyak fele 4—5-szörösére fúvódott fel. Fél nap alatt e tünemény magától elmult. Műtét után harmadnapon otitis media baloldalt. A betegnek orra nem volt irrigálva, sem a tampon nem ért a tubáig. Tamponálás előtt az orrát a beteg jól kifujta. Török Béla kartárs paracentezálta a beteg dobhártyáját. Az otitis media lassan gyógyul, mivel a táplálkozás nehezen megy a folytonos émelygés és hányás miatt. A septumseb már tizednapra meggyógyult. Ezen esettel kapcsolatosan felemlíti az előadó, hogy ő újabban ott, a hol nem okvetetlenül indikált a septum-műtét, ezen műtétet nem végzi, hanem helyette, ha az egyik oldalon van elég levegő, a másik oldalon az összenyomott kagyló nyálkahártyáját resekálja, vagy ha a resectio nem elegendő, esetleg Rabeau-val részleges turbinectomiát végez. Több esetben igen jó eredményt ért el. Erre a conclusiora egy esete kapcsán jött, mikor is az erősen deviált sövényt szépen egyenesre helyreállította s műtét után egy hó mulva egyik orrfélen sem volt a betegnek levegője, mivel azon az oldalon, a hol eredetileg volt a betegnek levegője, a sövény feküdt rá, s a hol eredetileg nem volt, ott kis ideig eléggé tág volt a levegőpassage, de mihelyt a kagyló a nyomás alól felszabadult, megduzzadt s teljesen elzárta a levegő útját. Ezért a septumműtét után még kétoldalt resekálni kellett az alsó kagylók nyálkahártyáját, a minek a beteg legkevésbé sem örült. Ajánlja a submucosus septum-műtétet (több mint 20 esetet operált jó eredménynyel), de csakis nagyfokú deviationál, ha a levegőpassaget kagylóműtéttel helyrehozni nem lehet. Melegen ajánlja e műtéteknél Zwillinger automatikus orrtágítóját.

Donogány Zakariás: Az alsó kagyló, ha hypertrophiás, kacscsal megkisebbíthető. Helyesebb néha a septumot igazítani.

Polyák Lajos: Alsó kagylót resekáltam néha, de csak jól megokolt esetekben. A septumresectiót kevés esetben szükséges végezni. Műtéteimnek alig 2—3%-ában végzem. Itt indikálva van a conservativismus.

De ha szükség van a deviatio corrigálására és a kagyló resectiojára is, akkor tanácsos előbb a kagylót resekálni, és csak ha az meggyógyult, végezzük a submucosus resectiót.

Baumgarten: Inkább előbb végzi a deviatio operálását és csak azután a kagylóresectiót.

Onodi Adolf: A septumdeviatio indicatioi becsületesen meg vannak állapitva. A kagylónak csak részleges resectioját ajánlja.

Navratil Dezső: Hypertrophiás lehet a csont is, meg a nyálkahártya is, és ha a kagylót teljesen otthagyjuk, megduzzad és elzárhatja az orrjáratot. Rabeau se metszi ki teljesen a kagylót, csak legyalulja. Ha szükséges eltávolitani az alsó kagylót, akkor eltávolitjuk, de csak annyit, a mennyi a téraránytalanság megszüntetésére szükséges. Ki kell még jelentenem, hogy a Zwillinger orrtágitója kitünő szolgálatokat teljesithet.

Papilloma laryngis. Laryngofissio.

Navratil Dezső: Huszonkét éves férfit mutat be Dollinger tanár klinikájáról (tanárjelölt), kinél az előadó egy év előtt végezett Schleich- és cocain-adrenalin-érzéstelenitésben félig lógó fej mellett laryngofissiót papillomák miatt. A beteg teljesen hangtalan s légzése is kissé nehezített volt. A laryngofissionál az előadó vigyázott, hogy a cart. thyreoidea felső élénél 2—3 mm.-nyi területen a porczot ne vágja át teljesen, a mi fontos a hang képzése szempontjából, mivel így ki van zárva, hogy eltolódás jöjjön létre. Ezen eljárást különben már régen ajánlja Navratil tanár. A papillomák majdnem körkörösen voltak elhelyezve, kivéve a hátsó fal felét. A papillomák az ál- és valódi hangszalagon ültek s subglottikusan is nagy számban voltak. Ezek eltávolitásánál igen használhatónak bizonyult a Hayek-féle egyenes dupla curette. Az eltávolitott nagymennyiségű papillomát bemutatja. A kiirtott területekre a jobboldali felkarról vett Thiersch-féle bőrlebenyeket ültetett át.

Felemliti, hogy egy esetében Dollinger tanár klinikáján, a hol a négy év előtt végezett tracheotomiánál kisérletet tett decanulementre, a képződött sarkanytyút kiirtván, az odahelyezett Thiersch-lebeny teljesen megtapadt. Érdekes ezen esetben, hogy a selyemvarrat vagy ligatura egy kacsa endolaryngeálisan lett eltávolitva, műtét után négy hó mulva, 1½ cm.-nyire a glottis alatt a hegtől, mely keletkezett. Bemutatja az eltávolított fonalat. Máskor catgutot fog használni. Az előadó kiemeli, hogy a papillomáknál az endolaryngeális műtét az, mely először kell hogy szóba jöjjön; de ezen elhanyagolt esetben az endolaryngeális műtéttel a valódi hangszalagokon ülő sok papilloma eltávolitása alatt a valódi hangszalag esetleges megsértésével többet árthatott volna, a mennyit a koczkáztatott laryngofissioval. Ezért végezett laryngofissiót.

Canulebehelyezés, tampon, nyitvakezelés. A Thiersch-lebenyek nem tapadtak meg, okát az előadó *a papillománál fennálló állandó hurutban keresi.* Secundaer varrat. Műtét utáni időben egy-két itt-ott jelentkező kis papilloma-recidivát endolaryngeális úton távolitott el. A beteg fél év óta recidivamentes, hangja erős, kissé rekedtes. Különben mint tanár, hallgatóinak érthető előadást tud tartani. Az előadó a betegnek a hangszalagok lecurettezését ajánlotta, de a beteg ebbe nem egyezett bele.

Lipscher Sándor: A Thiersch-lebeny valószinűleg azért nem tapadt meg, mert ahhoz sima felület szükséges, a mi a papillomák egyenként való eltávolitása után aligha volt meg.

Navratil Imre: Nem czélszerű endolaryngeálisan operálni recidiváló papillomákat, melyek carcinomásan degenerálhatnak is. Ezeket laryngofissioval kell operálni, és pedig az alapi nyálkahártyával együtt kiirtani; ekkor a kiújulás nem következik be. A bemutatott esetben az álhangszalagok gyenge hypertrophiája nem igényel beavatkozást. Hogy laryngofissio után egy szinvonalon csinálhassuk meg az egyesitést, hidat kell hagyni, mint azt már régen ajánlotta.

Navratil Dezső: A hangszalagok tájékán sima volt a seb, ettől lehetett volna thierschelni, de a beteg vért aspirált (nem lógó fejjel operálta) és valószinűleg ennek bomlása okozott nála 38°-os lázat és késztette a köhögésre, igy vált le a Thiersch-lebeny. Navratil Imre ajánlatát követték.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1905. évi junius 2.-án tartott szakülés.)

1. **Fráter Imre: Koponyasérülés, trepanatio.** A beteg 20 éves, napszámos; két haragosa május 7.-én három sörös üveggel fejbe vágta. Másnap reggelig a fiú öntudatlan állapotban feküdt, majd feltápászkodva, leszaggatta magáról a ruháit és ide-oda futkosott. Arra a kérdésre, hogy mi történt vele, nem tudott felvilágositást adni, hanem összefüggéstelenül beszélt.

A sérülés Mező-Keresztesen történvén, az ottani orvos látta el a sérültet az első segélylyel. A sérülés a következő volt: A baloldali falcsontnak a halántékcsont felé néző széle felett szaggatott szélű, egy cm.-nyire tátongó, 2 cm. hosszú, a bőrön és galeán áthatoló folytonossághiány. E seb be lett varrva.

Mivel azonban a sérült még 7 nappal a sérülés elszenvedése után is állandóan nyugtalan magaviseletet tanúsitott, 13.-án beszállitották kórházunkba. Felvételkor a sebből eltávolittattak a fonalak és ekkor igen kevés, alig genyes vérrostonya ürült ki. Ez alkalommal észleltünk egy epileptikus rohamot, a melyet a szemek remegése vezetett be, majd a jobb arczizmok, kar és láb görcsös rángatózása követett, a mi később általánossá lett. Mérsékelt palpitatio cordis. E roham után a beteg fél óráig tartó álomba merült.

A fentebb leirt sebtől felfelé, valamivel a faludor alatt, gyermektenyérnyi helyen a bőr alatt fluctuatio érezhető. A bőrön lobnak tünete nincsen. Ugyane helyen a csont 3—4 millimeternyire be volt süppedve.

A kórház sebészeti osztályán május 16.-án történt a műtét. A fentebb leirt fluctuatio helyéről kevés, folyékony állapotban levő vér ürült. E helyen a csont több táblácskára repedezett; a csontlemezek eltávolittattak és ekkor a dura mater sértetlennek látszott. De feltünt az, hogy az agy nem pulzált úgy, mint rendesen. A dura legfeszültebb helyén bemetszés tétetvén, itt egy mogyorónyi területen ellágyult agyrészletet találtunk, mely kikanalaztatott és jodoformgaze-zel kitöltetett. Műtét utáni délután a beteg láztalan. Azután a beteg intelligentiája lényegesen javult. Beszélőképessége visszatért, eszmélete tiszta; a csontdefectus területén lüktető agysérv. A seb tiszta, sarjadzó. Műtét után epileptikus roham nem jelentkezett.

2. **Fráter Imre: Anus praeternaturalis elzárása.** A beteg 32 éves, napszámosnő, a ki előadja, hogy még februárban köldöksérve keletkezett, a mely márczius elején meglobosodott. A beteg folyton hányt, hányadéka bélsárral volt keverve, de azért a végbélen át is volt ürülése. Orvoshoz fordul, ki a lobos bőrt bemetszve, jókora hosszú bélrészletet üszkösnek talált, a mely magától levált. Ilyen állapotban vétetett fel április 7.-én.

Felvételkor láztalan, igen elesett, pulsus gyenge, filiformis, száma perczenként 102. Nyelv bevont száraz, arcz sápadt. Etvágy jó. A has bőre a gyomorgödörtől kezdve egész a symphisisig piros, helyenként átlyukgatott, a köldöktájon egy tenyérnyi bőr-folytonossághiány, melyen át állandóan sárgás, bélsárszagú nyálkás bélváladék ürül.

A műtét április 10.-én történt aethernarcosisban. Körülbelől fél méter bélrészlet resecáltatott, mely a hasfalhoz nőtt és át volt lyukadva. Miután a lobos, genyes járatokkal átjárt hasfalat feltárta, a meneteket kikaparta és igy megtisztította, a bélvégeket Murphy-gombbal egyesitette. Mikulicz-tampon behelyezése után a hassebet részben egyesitette.

Műtét után a beteg öt napig opiumot kapott, a hatodik napon beöntésre a végbélen át félkemény, pépes szék ürült, a kilenczedik napra a Murphy-gomb távozott.

Jelenleg a beteg közérzete teljesen jó, jól táplálkozik; a hasfalon féltenyérnyi granuláló sebfelület, melynek egy részét csak a bélfal képezi.

(Folytatása következik.)